

## 4. Die NS-Zeit:

### 4.1. Das Tuberkulose-Problem:

Der Zeitraum zwischen 1933 und 1945 ist gezeichnet von einer rassistischen Ideologisierung der Politik, der Gesellschaft und auch der gesamten Medizin. Auflösung der demokratischen Verfassung,<sup>535</sup> Massenhörigkeit<sup>536</sup> und Massenmord, auch durch Ärzte,<sup>537</sup> waren Kennzeichen der Zeit des Nationalsozialismus.

Inwieweit kann man jedoch eine derartige Entwicklung innerhalb der Tuberkulose-Politik und -Medizin aufzeigen? Liest man in der Fach- und Staatspresse nach der Machtübernahme Aussagen zur Tuberkulosebekämpfung oder zur Person des Tuberkulösen, so erkennt man erschreckend verschobene Betrachtungsweisen und Töne bezüglich dieser Krankheit: Von „Seuche“, „weißer Pest“, „Seuchenträgern“, „Hydra, der es den Kopf abzuschlagen gilt,“ oder von einer „rücksichtslosen Ausmerze“ wird dort gesprochen.<sup>538</sup> Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß das Wohl des Patienten nun nicht nur durch die Krankheit, sondern auch durch staatliche Repression bis aufs Äußerste gefährdet war.

Diese Zitate offenbaren aber nur einen Teilaspekt der Veränderungen nach 1933. Vielmehr erlebte die Tuberkulosebekämpfung, von der Politik bis zur praktischen Durchführung, innerhalb der 13 Jahre dauernden Diktatur signifikante Veränderungen. Je nach Einfluß der nationalsozialistischen Ideologie kann man drei Bewegungen unterscheiden: Erstens die totalitäre Neudefinition der Tuberkulosekrankheit im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie mit ihrem Höhepunkt um 1933-1935, zweitens die totalitäre, aber fachlich konzipierte Tuberkulosebekämpfung, die sich über die gesamte Periode mit Höhepunkten um Kriegsbeginn erstreckte und als letzte die nicht-ideologische Medizin mit ihrem größten Einfluß in der Zerfallsphase der NS-Herrschaft.

- Neudefinition, Ideologisierung der Tuberkulose:

---

<sup>535</sup> Die Verfassung war aufgrund der Ermächtigungsgesetze von 1933 außer Kraft gesetzt, in: Frerich, Johannes und Frey, Martin: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, München 1996, S. 246

<sup>536</sup> Obwohl es keine absolute Massenbewegung gab. Ergebnis der NSDAP bei den letzten Reichstagswahlen 1933: 43,9%. Ebda.

<sup>537</sup> Auschwitz als Ort der Synthese von Rassenmord und Mord durch Ärzte, in: Schmuhl, Walter: Sterilisation, „Euthanasie“, „Endlösung“. Erbgesundheitspolitik unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft, in: Frei, Norbert: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 295 ff.

<sup>538</sup> Erste Zitatfolge aus Keltling, Kristin: Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus, Med. Diss., Kiel 1974, S. 4. Letztes Zitat aus Griesbach: Die Tuberkulose-Bekämpfung, Leipzig 1941, S. 7

Der Staat hat, „... *was irgendwie ersichtlich krank ist und erblich belastet und damit weiter belastend ist, zeugungsunfähig zu erklären und dies praktisch auch durchzusetzen.*“<sup>539</sup>

„... *der Führer hat mir wörtlich erklärt, er wäre der oberste Gerichtsherr und würde dafür sorgen, daß kein Arzt bestraft würde, der die Schwangerschaft aus eugenischen Gründen unterbricht, denn über den Paragraphen stände das Wohl des deutschen Volkes.*“<sup>540</sup>

Die obigen Zitate lassen schon einige Charakteristika der NS-Medizin erkennen: Die Medizin muß sich nicht unbedingt an Gesetzen orientieren. Des Führers Wort und Ideologie ersetzt die Maßstäbe des eigenen Handelns sowie die ärztliche Ethik. Andererseits dient die Medizin auch der Politik mittels der Rassenpflege: Die Vererbung der Krankheiten rückt damit in den Mittelpunkt des Interesses. Dadurch erfuhr auch die Tuberkulose eine im folgenden beschriebene Neudefinition.

Die Diskussion um die Vererbung von Krankheiten war charakteristischerweise jedoch nicht von den Nazis neu erfunden worden. Vielmehr erreichte sie einen Höhepunkt schon in der Weimarer Republik, auch unter Beteiligung sozialdemokratischer Ärzte wie Alfred Grotjahn.<sup>541</sup>

In der Medizin waren solche Anschauungen oder auf Vererbung basierende Theorien, wie die der Konstitutionslehre, d.h. die Lehre vom disponierenden Körper, weit verbreitet gewesen.<sup>542</sup>

Die entscheidende Frage war jedoch, inwieweit daraus praktische Schritte abgeleitet wurden. Für solche Schritte waren die Idee der Eugenik, dem Eingriff in das Erbgut des Volkes, und andere bevölkerungspolitische Aspekte von kausaler Bedeutung.<sup>543</sup> Jedoch erst in der NSDAP fand sich der passende Partner, um daraus Politik werden zu lassen.<sup>544</sup> Legt man das Ausmaß der Politisierung der Tuberkulose durch die nationalsozialistische Ideologie zu Grunde, so kann dieser Vorgang mit rassistischer Ideologisierung der Tuberkulose umschrieben werden, welcher unweigerlich auch die Tuberkulosemedizin und -bekämpfung einbeziehen mußte.

---

<sup>539</sup> Hitler, Adolf: Mein Kampf, Zentralverlag der NSDAP, München 1942, S. 447. Auf Seite 445 wird die mangelnde Durchsetzungskraft der Weimarer Republik bezüglich der Sterilisierung von Tuberkulösen kritisiert, aus: Kelting (1972), S. 2

<sup>540</sup> Reichsärztführer Dr. Wagner als „Stellvertreter des Führers“ am 13.9.1934 an den Reichsminister des Inneren im Zuge der Diskussion über das Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses, vom 14.7.1933, in: Barch Berlin, R43 II/720, Blatt 33

<sup>541</sup> Gesetzentwurf zur Sterilisation von 1932 des Ausschuß für Bevölkerungswesen und Eugenik des preußischen Landesgesundheitsrates, in: Schmuhl, Walter: Sterilisation, „Euthanasie“, „Endlösung“. Erbgesundheitspolitik unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft, in: Frei, Norbert: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 295

<sup>542</sup> Siehe dazu im Kapitel zur Weimarer Republik, besonders Ulricis Einstellung dazu.

<sup>543</sup> Vergleiche: Baader, Gerhard: Rassenhygiene und Eugenik - Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategie gegen sogenannte „Minderwertige“, in: Bleker, Johanna und Jachertz, Norbert (Hrsg.): Medizin im „Dritten Reich“, S. 36-42

<sup>544</sup> Müller-Hill, Benno: Selektion. Die Wissenschaft von der biologischen Auslese des Menschen durch den Menschen, in: Frei, Norbert: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 141-144

Zu Beginn des Dritten Reiches traten diese Ideen der Vererbungslehre allgemein in den Vordergrund. Auch in der fachlichen Tuberkulosediskussion fanden sich entsprechende Stimmen, die Diskussion um die Vererbung der Tuberkulose keimte verstärkt auf.<sup>545</sup> Zwar wurde die Krankheit an sich nicht als vererbbar bezeichnet. Der Einfluß von Faktoren, die dementsprechend disponieren, war jedoch in zahlreichen Werken scheinbar bewiesen.<sup>546</sup> Der Begriff der „tuberkulösen Sippen“ war geboren,<sup>547</sup> die Konstitutionslehre fand neuen Auftrieb.<sup>548</sup> Damit war die Krankheit der Tuberkulose für das Feld der Eugenik geöffnet. Die Tuberkulose-Ärzeschaft war darüber vielerorts begeistert: So meint etwa der bekannte Tuberkulosearzt Franz Ickert, daß die Reichsregierung erwarte, daß jeder deutsche Arzt sein Handeln und Denken auf die Grundsätze der Eugenik umstelle.<sup>549</sup>



**Abbildung 18: Nationalsozialistische Propaganda zur Tuberkuloseentstehung. Neben der Infektionstheorie und der Bedeutung der körperlichen Verfassung, wird als zentrale Ursache die erbliche Disposition propagiert. Original-Dia aus der Sammlung des Sommerfelder Archivs.**

<sup>545</sup> Auslöser ist der scheinbare Beweis dieser These in einer Arbeit, die 1933 erscheint: Diehl, Karl und Verschuer, Ottmar, Frhr. von: Zwillingtuberkulose und erbliche Tuberkulosedisposition, Jena 1933

<sup>546</sup> Ebda

<sup>547</sup> Beispielsweise: Geißler, Oswald: Der Erbgang der Tuberkulosehinfälligkeit in einer geschlossenen Sippe, Berlin 1937

<sup>548</sup> Stärkster Vertreter ist der Tuberkulosearzt und Anstaltsleiter Kurt Klare, in: geissler, O.: Der derzeitige Stand unseres Wissens vom Einfluß des Erbes und der Konstitution bei der Tuberkulose und dessen praktische Verwertbarkeit, in: Deutsches Tuberkuloseblatt, 1941, S. 248

<sup>549</sup> Kelting (1972), S. 26

Zwar regten sich auch Widerstände wie etwa von Redeker, der für die Unabhängigkeit von rassenhygienischen Gründen eintrat,<sup>550</sup> doch verhielt sich die Ärzteschaft zumindest in den frühen dreißiger Jahren ob der folgenden Neudefinition und Ideologisierung äußerst zurückhaltend.

Die Umsetzung der Eugenik durch die NS-Erbpolitik wies ein weites Spektrum an Maßnahmen auf. Diese reichten von finanzieller Benachteiligung, über Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, „Euthanasie“, bis zum Völkermord.

In den zugehörigen Gesetzeswerken findet sich die Tuberkulose jedoch nur vereinzelt wieder: Dazu gehörte das Gesetz zur Förderung der Eheschließung von 1933. Darin war das Verweigern von Ehestandsdarlehen an solche Paare festgeschrieben, „wenn einer der beiden Ehegatten ... an Infektionskrankheiten oder sonstigen das Leben bedrohenden Krankheiten leidet.“ In der anschließenden fachlichen Diskussion wurde darüberhinaus sogar die Tatsache einer durchlebten Tuberkulose als Grund verteidigt, das Darlehen zu versagen.<sup>551</sup>

Zum anderen war am 14. Juli 1933 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet worden. Darin fand sich die Tuberkulose nicht explizit als Erbkrankheit aufgeführt. Dennoch muß man davon ausgehen, daß für die „Praktizierung des Gesetzes eine enorme Ausdehnung des Betroffenenkreises ... intendiert war.“<sup>552</sup>

Im „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ von 1935 war die Tuberkulose wiederum nicht als Erbkrankheit angegeben. Dennoch fiel sie unter den §1, der Eheverbot folgendermaßen vorschrieb:

***„Eine Ehe darf nicht geschlossen werden, wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommenschaft befürchten läßt.“***<sup>553</sup>

Die Tuberkulose war damit von Beginn an in den Gesetzen vorhanden, die dem NS-Staat als Basis für eugenische Maßnahmen diente. In bestimmten Bereichen der NS-Gesundheits- und Rassenpolitik trat jedoch später eine Auflösung der Rechtsstaatlichkeit und zunehmende Radikalisierung der Maßnahmen auf.<sup>554</sup> Dazu zählen die Maßnahmen gegen psychiatrische Patienten, wie die gegen die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten. Deren Ermordung in der

---

<sup>550</sup> Kelting (1972), S. 32

<sup>551</sup> Zitat des ergänzten Fassung des Gesetzes, vom 27.7.1933, in: Kelting (1972), S. 9

<sup>552</sup> Winau, Rolf: Sterilisation, Euthanasie, Selektion, in: Kudlien, Fridolf: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 198

<sup>553</sup> Kelting (1972), S. 8

<sup>554</sup> Schmuhl (1991), S. 306

sogenannten T4-Aktion war unter Mitarbeit von Ärzten geplant und durchgeführt worden.<sup>555</sup> Solche Entwicklungen müssen als Maßstab für mögliche, rassistisch und eugenisch begründete Aktionen angesehen werden, die nun gegen den Kranken, den Schwachen gerichtet waren. Inwieweit lassen sich auch bezüglich der Tuberkulose Ansätze einer derartigen Radikalisierung finden ?

Drei Entwicklungen sind zu unterscheiden: Einerseits staatliche Planung von Maßnahmen mit Massenwirksamkeit, andererseits Planungen aufgrund der Loslösung von Machtzentren und schließlich gezielte Ideen und Aktionen einzelner Involvierter.

So waren die Gesetzesbestrebungen der neuen Machthaber nach 1935 bei weitem nicht erschöpft. Die eigentliche Zielsetzung der eugenisch fundierten Politik war die Einführung der staatlich abgesicherten Euthanasie.<sup>556</sup> Die Diskussion aus dem Reichsausschuß<sup>557</sup> um das Euthanasiegesetz<sup>558</sup> im Jahre 1939 macht erschreckend klar, welches Verständnis vorherrschte und welche Patienten in Frage kommen sollten: Man sah sich in der Rolle des Erlösers, da es Patienten betraf, „die wegen einer unheilbaren Krankheit eine Erlösung suchen.“<sup>559</sup> Bezüglich der Patientenauswahl plante man die Vernichtung des Lebens „... eines Menschen, welcher aufgrund eines ... unheilbaren oder chronischen Leidens sich im schaffenden Leben als unfähig erweist, ...“<sup>560</sup> Gerade der Tuberkulose war zum einen chronisch krank und zum anderen kaum oder nur begrenzt arbeitsfähig. Das es sich im Euthanasiegesetz gerade um den letzteren Aspekt handelte, zeigt auch die folgende Aussage: „... was ich noch vermisse, daß es sich bei dem ganzen Gesetze nicht um eine Frage des Individuums handelt, sondern darum, ob und inwieweit der Einzelmensch für die Volksgemeinschaft, meinerwegen auch nur in ganz beschränktem Maße, von Interesse oder Vorteil ist.“<sup>561</sup> Eine gesetzmäßigen und damit eine für jederman öffentliche Verankerung ist jedoch nie erfolgt.<sup>562</sup>

Andererseits gab es in der Fachpresse die Gleichstellung Asozialer und unerkannter Offentuberkulöser.<sup>563</sup> Darüber gab es wohl graduelle Unstimmigkeiten, doch war der Kranke

<sup>555</sup> Aly, Götz (Hrsg), Aktion T4. 1939-1945. Die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, Berlin 1987

<sup>556</sup> Winau (1987), S. 199

<sup>557</sup> Der genaue Name des Gremiums wird nicht genannt.

<sup>558</sup> Das Gesetz sollte den Namen „Gesetz über die Leidensbeendigung bei unheilbaren Kranken und Lebensunfähigen“ tragen, in: R 96 I / 2, S. 659-681,

<sup>559</sup> Ausspruch von Stähle, Eugen, ehemals Staatskommissar für Volksgesundheit in Württemberg, in: R 96 I / 2, S. und S. 659-681

<sup>560</sup> Ausspruch von Wentzler, wahrscheinlich Wentzler E., Kinderarzt, in: Barch Berlin, R 96 I / 2, S. 659-681

<sup>561</sup> Ausspruch von Schultze, wahrscheinlich Schultze, Walter, SA-Arzt und Gauobmann für Bayern des NS-Ärztebundes: Barch Berlin, R 96 I / 2, S. 659-681

<sup>562</sup> Winau (1987), S. 200

<sup>563</sup> Ulrici, Hellmuth: Probleme der Tuberkulosebekämpfung, in: Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1939, Nr. 2, Sonderdruck S. 1-14 in X 19-25

potentiell von derartiger Stigmatisierung insofern bedroht, als Zwangseinweisungen in eine Anstalt erfolgen konnten. Die Einweisungen basierten meistens auf der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.<sup>564</sup> Im Jahre 1942 sollen mehr als 2.200 Betten in Zwangssylen existiert haben.<sup>565</sup> Doch finden sich sogar Hinweise, daß Asozialität auch direkt ins KZ und somit in den Tod führen konnte.<sup>566</sup>

Die Ausweitung des Machtbereichs einzelner Machttäger definierte den Übergang des NS-Staates vom Normen- zum Maßnahmen-Staat.<sup>567</sup> Für die Gesundheitspolitik bedeutete dies die Verlagerung der Entscheidungsgewalt vom Reichsinnenministerium hin zur Partei und schließlich der Reichskanzlei. So wurde selbst die Vereinigung von staatlicher und parteiamtlicher Gesundheitsführung, Reichsgesundheitsführer Leonhard Conti, faktisch entmachtet. Mit der Einführung der Führer-Befehle als Grundlage gesundheitspolitischer Maßnahmen, ging die Macht jeweils auf einzelne Machthungrige über. Damit vollzog sich eine Loslösung möglicher Aktionen vom allgemeinen Konsens und eine dementsprechende Radikalisierung. Als Beispiel diene der Führerbefehl zur T4-Aktion, den der Reichsbeauftragte für Heil- und Pflegestätten Dr. Linden bezüglich der Euthanasie von Insassen der Heil- und Pflegeanstalten erwirkte.<sup>568</sup>

Damit wird klar, wie zu Kriegsbeginn eine unberechenbare Machtkonstellation entstand, die sich unweigerlich massiv gegen die Tuberkulösen richten konnte. Im begrenzten Maße ist dies auch eingetreten.

Dazu sind die Planungen für Konzentrationslager für Tuberkulöse anderer Nationalität zu zählen. Mitscherlich und Mielke<sup>569</sup> berichten ausführlich über ein Konzept der SS-<sup>570</sup> und Gesundheitsführung,<sup>571</sup> welches die Asylierung, aber auch die „Sonderbehandlung“ polnischer Tuberkulöser vorsah. Weiter heißt es, daß die geplante Aktion „ein Radikalverfahren“ sei, das innerhalb eines halben Jahres durchgeführt werden könne, und daß die Zustimmung zur Sonderbehandlung schon gegeben wurde.<sup>572</sup> Aufgrund der möglichen Auswirkungen in der Auslandspresse wurde diese Planung aber wieder zu den Akten gelegt.

<sup>564</sup> §11, Absatz 2, der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 1.12.1938, in: RGBl. I, S.1271 ff.

<sup>565</sup> Kloos, G. : Anstalten zur zwangsweisen Unterbringung von Offentuberkulösen, Öffentlicher Gesundheits-Dienst, 1942, S. 84 f.

<sup>566</sup> Im Gutachten des Anstaltsleiters der Anstalt Gugging/Wien heißt es, daß L. nicht im eigentlichen Sinne geisteskrank ist, „... sondern als Asozialer ...“ einer festen Verwahrung und Disziplin bedarf. „Er ist für das KZ geeignet.“ In: Barch Berlin, R 96 I / 2, Blatt 804

<sup>567</sup> Schmuhl (1991), S. 306

<sup>568</sup> Ebda

<sup>569</sup> Mitscherlich, A. und Mielke, F.: Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt/Main 1962, S. 231 ff.

<sup>570</sup> Korrespondenz mit SS-Chef Heinrich Himmler, Mai 1942, ebda.

<sup>571</sup> Der Stellvertreter des Reichsgesundheitsführeres, Dr. Blome, ebda.

<sup>572</sup> Der Stellvertreter des Reichsgesundheitsführeres, Dr. Blome, ebda.

Die Reihendurchleuchtungen unter den tuberkuloseverdächtigen Polen sollten von einer mobilen Sondertruppe ausgeführt werden. Bezeichnenderweise stand dieser Röntgen-Sturmbann unter der Befehls- und Ausführungsgewalt der SS. Deren Aufgaben lagen jedoch nicht nur in den besetzten Gebieten. Schon im Frühjahr 1938 hatte eben jener SS-Sturmbann eine dörferweise Reihendurchleuchtungen in Mecklenburg vorgenommen.<sup>573</sup> Wenigstens zum Teil waren damit Aufgaben der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung und deren konzeptionelle und praktische Bearbeitung auf die Organisation der SS übergegangen.

Gezielte Aktionen richteten sich aber nicht nur gegen Ausländer. Dafür gibt es zahlreiche Belege. Die Diagnose Tuberkulose prädestinierte für den Tod: So wurde im KZ Dachau der Vergasungsbefehl aufgrund des Röntgenbildes gestellt.<sup>574</sup> Auch galten die Tuberkulösen als allgemeine Last und als Objekt menschenverachtender Humanexperimente: Dazu sind die massive Ermordungen Tuberkulöser in den Konzentrationslagern Mauthausen, Buchenwald und Neuengamme zu zählen.<sup>575</sup>

Ähnliches scheint in manchen Tuberkuloseanstalten vorgegangen zu sein. Es gilt zumindest als sehr wahrscheinlich, daß im Dr. Heim-Hospital Buch der Stadt Berlin Tuberkulöse reihenweise umgebracht wurden. So schnellte bei einer gesamten Neuaufnahme im Jahre 1939 von 866 Patienten die Todesrate im Jahre 1940 auf 757 Todesfälle und im Jahr 1941 sogar auf 999 Fälle. Dies entsprach gegenüber 1933 einer Zunahme von fast 300%. Auch nahm die Beisetzung auf dem Anstaltsgebiet in den Jahren 1940-41 um das Zwanzigfache zu. Gerade in diesem Krankenhaus befanden 1940 die Berliner Gesundheitspolitiker über die Belegung der freigewordenen Betten der Euthanasie-Aktion T4.<sup>576</sup>

In Anbetracht der großen Zahl der tuberkulösen Kranken hätte es im Falle einer geplanten Vernichtung Tuberkulöser erst recht keine Chance zur Geheimhaltung einer massiven Aktion gegeben. Insofern ist es verständlich, daß die Tuberkulosebekämpfung auch aus rein

---

<sup>573</sup> Holfelder, H.: Einsatz und Tätigkeit des Reihenröntgenbildnertruppe der SS in Mecklenburg, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1939, Nr.5-6, S. 257 ff.

<sup>574</sup> Klee, Ernst: Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer, Frankfurt/Main 1997, S. 32-33

<sup>575</sup> Zu Mauthausen, in: Ebda, S. 32. In Buchenwald stellte der SS-Arzt Eisele fest, daß es „plötzlich .... genug Tbc-Kranke“ gab, die daraufhin mittels Einspritzung von Evipan-Natrium oder mittels Herzstich mit dem gleichen Mittel getötet wurden, nach Kogon, E.: Der SS-Staat. Das System der deutschen Konzentrationslager. München 1974, S. 279, nach Stahl (1982), S. 95. Im KZ Neuengamme ließ zwischen 1944 und 1945 der Hohenlychener Arzt Kurt Heißmeyer mehr als Hundert Häftlinge und weitere Kinder aus Auschwitz mit virulenten Bakterien infizieren. Viele der Erwachsenen starben, zur Vertuschung wurden Kinder und Pfleger mit Morphium getötet und erhängt, in: Hommel, A., Thom, Achim: Verbrecherische Experimente in den Konzentrationslagern - Ausdruck des antihumanen Charakters einer der faschistischen Machtpolitik untergeordneten medizinischen Forschung, in: Thom, Achim und Caregorodcev, Genadij Ivanovic (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Leipzig 1989, S. 392, und: Bringmann, Fritz: Kindermord am Bullenhuser Damm, Frankfurt 1978

<sup>576</sup> Wolff, Horst-Peter und Kalinich, Arno: Zur Geschichte der Krankenanstalten in Berlin-Buch, Berlin 1996, S. 128-129

politischen Gründen einen anderen Verlauf nahm. Betrachtet man auch das Maß der Unterwerfung der späten Gesundheitspolitik unter einzelne NS-Herrschaftsträger, muß man eben diese epidemiologischen Zahlen als glücklichen Umstand bezeichnen, welcher die Tuberkulosebekämpfung in fachlichen Bahnen bewahrte.

- Die totalitäre Tuberkulosebekämpfung:

Die eigentlichen Herrschaftsträger konnten somit zwar nur vergleichsweise wenige ideologische Komponenten dauerhaft in die Tuberkulosebekämpfung implementieren, blieben aber eine immerwährende und unberechenbare Bedrohung. Letztendlich haben sie aber keinen entscheidenden Wechsel der Politik wie beispielsweise bei den psychiatrischen Patienten verursachen können. Die ideologischen Strömungen in der Tuberkulosepolitik hatten vielmehr bis in die späten dreißiger Jahre zunehmend an praktischem Einfluß verloren.<sup>577</sup> Im folgenden sollen nun weitere Ursachen und Charakteristika einer Tuberkulosebekämpfung nachgezeichnet werden, welche sich schließlich auf dem Boden eines allgemeinen Konsens zwischen den beteiligten Fachleuten und deren Gremien aufzeigte.<sup>578</sup> Diese Politik orientierte sich an den klassischen Prinzipien der Bekämpfung einer Infektionskrankheit, besaß aber auch die charakteristische Handschrift der totalitären Herrschaft, wie schon für die Erbtheorie aufgezeigt wurde. Daher soll sie als totalitäre Tuberkulosebekämpfung bezeichnet werden.

Die Phase der Neudefinierung der Tuberkulose als Erbkrankheit und die Ideologiesierung der Bekämpfung war noch von einer weitgehenden Zurückhaltung der Ärzteschaft und der zuständigen Organisationen, wie des Reichstuberkuloseausschusses und der fachärztlichen Gremien, begleitet.<sup>579</sup> Mitte der dreißiger Jahre keimte jedoch zunehmend Kritik an der Wertigkeit der Definition als Erbkrankheit auf. Die Definition der Tuberkulose als

---

<sup>577</sup> Während auf anderen Feldern gerade Ende der Dreißiger stärkste Bewegungen zu verzeichnen waren. So liefen die Aufnahme und Kartierung von Erbkrankheiten bezüglich der gelisteten Erbkrankheiten, wie die der Geisteskrankheiten, in den späten Dreißiger Jahren auf Hochtouren, in: Schreiben des Reichsministeriums des Inneren vom 5.12.1939 an alle Regierungsstellen zwecks der Durchführung der Erbbestandsaufnahme in Anstalten, in: Larch (Landesarchiv) Berlin West, Rep. 12, Acc. 1641, Nr. 246

<sup>578</sup> Der Reichstuberkuloseausschuß ging aus dem Deutschen Zentralkomitee hervor und war von Fachleuten besetzt. Der als Aufsichtsorgan fungierende Reichstuberkuloserat wurde 1938 gegründet. Darin waren Mitglieder des Reichs-Innenministeriums, des -Arbeitsministeriums, des -Ministeriums für Volk und Propaganda, der Parteikanzlei und des Oberkommandos der Wehrmacht vertreten, in: Kelting (1972), S. 51-53

<sup>579</sup> So sind selbst in den Maßnahmen des Reichstuberkuloseausschusses keine eugenischen Maßnahmen aufgeführt, in: Kelting (1972), S. 59



Infektionskrankheit geriet damit wieder zunehmend in den Vordergrund, und erst ab den vierziger Jahren gelang es, die Erbtheorie völlig zu verdrängen.<sup>580</sup>

Eine Fülle von Gesetzen und Verfügungen geben einen guten Überblick über die bürokratische Politik, mit der die Tuberkulose als Infektionskrankheit bekämpft werden sollte.

Die erste gesetzgeberische Maßnahme war die Verschärfung der Meldepflicht für Tuberkulose durch Ausweitung auf alle Formen der Tuberkulose inklusive der Hauttuberkulose und insbesondere auf den Verdacht dieser Erkrankungen. Diese Veränderung blieb jedoch als preußisches Gesetz mit beschränkter Wirkung.<sup>581</sup>

Die erste konzeptionelle und reichsweite Veränderung brachte das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ im Jahre 1934.<sup>582</sup> Im Grunde waren dadurch Vorgaben aus dem preußischen Tuberkulosegesetz reichsweit festgeschrieben worden. Es war jedoch eine neue Stelle auf allen Verwaltungsebenen reichsweit einzurichten und deren Aufgaben waren inhaltlich weit differenzierter formuliert: Das Gesundheitsamt. Indem die Aufgabe, Leitung und Einrichtung einer ausreichenden Zahl von Fürsorgestellen auf das Gesundheitsamt überging,<sup>583</sup> wurde faktisch eine Verstaatlichung des gesamten Fürsorgewesens erreicht. Zum Teil hatte dieses zuvor noch in der Hand von Versicherungen und Wohlfahrtsorganisationen gelegen. Desweiteren waren alle auf dem Gebiete der Bekämpfung zuständigen Stellen und Organisationen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenzufassen.<sup>584</sup>

Alle sanitätspolizeilichen Aufgaben, welche zuvor von den Tuberkulosefürsorgestellen übernommen worden waren, waren dem Gesundheitsamt fest überschrieben worden. Wirtschaftliche Hilfen mußten nicht geleistet werden, sondern waren nur zu vermitteln und anzuregen. Auch die genannten Aufgaben der Erfassung, Untersuchung, Überwachung, Beratung und Belehrung, sowie der Vermittlung von Heilverfahren glich den Aufgaben der

---

<sup>580</sup> Aus einem Merkblatt von 1944, in: Ebda, S. 60

<sup>581</sup> „Gesetz über die zweite Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose“ vom 24.3.1934, in: Preußische Gesetzessammlung, 1934, Nr.18, S. 229,

<sup>582</sup> vom 3. Juli 1934, in: Dr. Moebius, E. Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Band 1a, Der öffentliche Gesundheitsdienst, Textausgabe des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens nebst Durchführungsverordnungen..., mit einer Einführung von Dr. Med. Arthur Gütt, Berlin 1935

<sup>583</sup> Das Gesundheitsamt hatte nun dafür zu sorgen, daß die Fürsorgestellen ärztlich zu geleitet und mit einem Röntgenapparat ausgestattet waren Ebda, S. 93

<sup>584</sup> Ebda, S. 93

Fürsorgestellen.<sup>585</sup> Die Ausbildung von Fürsorgeärzten sowie die Koordination des Fürsorgebetriebes oder die Erstellung von Erbgutachten traten als neue Aufgaben hinzu.<sup>586</sup>

Der Geist und die Intention solcher Maßnahmen hatte sich jedoch stark verändert. Die Diskrepanz zwischen individueller und völkischer Zielsetzung offenbart sich im Vorwort der Buchausgabe des Gesetzes:

**Denn „nimmt die Zahl der rassistisch und erbbiologisch wertvollen Menschen mehr und mehr ab, ... so gibt es keinen deutschen Aufstieg mehr. Diese Entwicklung kann nicht durch Gesundheitspolitik im alten liberalistischen Sinne aufgehalten werde, sondern nur durch Umstellung des öffentlichen Gesundheitswesens zum öffentlichen Gesundheitsdienst, durch eine erb- und rassenmäßige Erneuerung, durch eine bevölkerungsmäßige Umstellung auf allen Gebieten.“**<sup>587</sup>

Für die praktische Arbeit und den Kranken war jedoch diese politische Sichtweise des Gesetzes wenig entscheidend. Nicht nur durch die Ausdehnung des Fürsorgenetzes, sondern auch durch neue Inhalte, wie z.B. dem Festschreiben der Röntgenuntersuchung, war eine weitreichende Verbesserung geschaffen worden.

Über die bisher beschriebenen Gesetze hatte sich die öffentlichen Stigmatisierung des Tuberkulösen aber verschärft. Die öffentliche Meinung wurde gezielt dahingehend mit der lauenden Ansteckungsgefahr konfrontiert, daß eine regelrechte „Bazillophobie“ eintrat. Mit der Fokussierung auf das Verhalten gegenüber einem Tuberkulösen, der Prävention als Aufgabe des Einzelnen und nicht des Staates, konnte gezielt von den wahren Ursachen der Problematik, der unzureichenden Krankenversorgung und der sozialen Situation, abgelenkt werden.<sup>588</sup>

Diese Grundhaltung manifestierte sich schließlich in der Verordnung von 1938 zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, durch die es möglich wurde, die Zwangasylierung anzuordnen, wenn „... infolge Verhaltens des Kranken oder des

---

<sup>585</sup> Ebda, S. 92

<sup>586</sup> Die Finanzierung dieses neuen Amtes war weder im Gesetzestext noch in den Durchführungsbestimmungen geregelt. So waren wohl neben der Staatlichen Finanzierung auch Beiträge durch Kommunen und Kreise vonnöten. Es gibt aber auch Zeugnisse, daß die alten Träger der Fürsorgestellen, wie z.B. die Landesversicherungsanstalten ihre Unterstützungszahlungen nicht einstellten. Ebda, S. 51.

<sup>587</sup> Einführung von Dr. Arthur Gütt, in: Dr. Moebius, E. Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Band 1a, Der öffentliche Gesundheitsdienst, Textausgabe des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens nebst Durchführungsverordnungen ..., mit einer Einführung von Dr. Med. Arthur Gütt, Berlin 1935, S. 3 ff.

Krankheitsverdächtigen die Gefahr der Verbreitung der Krankheit ...“ bestand.<sup>589</sup> Dabei hatte das Gesundheitsamt nur vorzuschlagen, aber die Entscheidung und die Durchführung von Maßnahmen lag bei der Ortspolizei.<sup>590</sup> Die Ortspolizeibehörde konnte darüberhinaus zur „ärztlichen Behandlung anhalten“. Bezüglich des Behandlungszwangs war obige Verordnung damit so unscharf formuliert, daß sich daraus nicht eindeutig der Zwang zu einer bestimmten Behandlungsart ableiten ließ. Von fachlicher Seite wurde daher auch die Ausweitung auf einen behördlichen Auftrag zur Durchführung der Kollapsbehandlung gefordert.<sup>591</sup> Eine solche Erweiterung der Verordnung ist wenigstens schriftlich nie erfolgt.<sup>592</sup>

Mit der Einführung massiver Röntgenreihenuntersuchungen um 1935<sup>593</sup> und der Schirmbildfotografie um 1938 erreicht die Vision der völligen Kontrolle der Bevölkerung hinsichtlich des Tuberkulosebefalls ihren Höhepunkt.<sup>594</sup> Nach Zahlen aus der Politik sollen 1941 drei Millionen Personen durchleuchtet worden sein.<sup>595</sup> Andere Autoren sprechen von circa 500.000 Personen.<sup>596</sup> Circa 20.000 bis dato nicht erkannte Tuberkulose konnten damit entdeckt werden.

Daß solche Zahlen aber in keinem Verhältnis zu den epidemiologischen und therapeutischen Daten standen, machen folgende Zahlen klar. Im Deutschen Reich waren zum selbigen Zeitpunkt, im Jahre 1941, etwa 1,6 Millionen Lungentuberkulose bekannt, wovon 400.000 als ansteckend galten.<sup>597</sup> Vergleicht man diese Zahlen mit denen der verzeichneten Betten zur Behandlung der Tuberkulose, welche sich auf 28.751 Stück summierten, so fällt das enorme Mißverhältnis auf. Dieses hatte sich in Bezug auf die Zahl der bekannten Offentuberkulösen sogar stark verschlechtert.<sup>598</sup> Die wichtige Früherkennung der Krankheit in der Bevölkerung war somit relativ überschätzt worden, während auf die quantitative Verbesserung der Behandlung weniger Wert gelegt wurde.

---

<sup>588</sup> Stahl, Maria: Krankheit und Politik am Beispiel der Tuberkulose, in: Tübinger Vereinigung für Volkskunde e.V. (Veranstalter), Projektgruppe „Volk und Gesundheit“ (Hrsg): Volk und Gesundheit, Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, Begleitbuch zur gleichnamigen Wanderausstellung, Tübingen 1982

<sup>589</sup> §11 des Gesetzes, in: Griesbach (1948), S. 240

<sup>590</sup> Ebda, §7

<sup>591</sup> Kelting (1972), S. 41

<sup>592</sup> Weitere Gesetze : 1940, Anzeige der Aufnahme bzw. Entlassung Tuberkulöser aus den Anstalten, 1942, Vorschriften gegen die Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch Schulen, Kinderheime und ähnliche Einrichtungen, in: Griesbach (1948), S. 202 und 246

<sup>593</sup> Griesbach (1948), S. 281

<sup>594</sup> Holfelder, H.: Einsatz und Tätigkeit der Reihenröntgenbildnertruppe der SS in Mecklenburg, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1939, Nr.5-6, S. 257 ff.

<sup>595</sup> Der Stellvertreter des Reichsgesundheitsführers Conti, Kurt Blome: Ausrottung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Denkschrift 1941, in: Stahl (1982), S. 98-100

<sup>596</sup> Griesbach (1948), S. 281

<sup>597</sup> Blome (1941), S. 98

Dieses Mißverhältnis mußte sich bei gesteigertem Interesse an der Behandlung und dem Heilerfolg konkret als Problemstellung in Form von Bettenmangel offenbaren. Dieser bahnte sich seit 1936 an und erreichte mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges einen Höhepunkt, als verstärkt Arbeitskräfte und Soldaten benötigt wurden und primäre rassenideologische Interessen weit in den Hintergrund traten. Diese Veränderungen der Rahmenbedingungen hatten auf die politische Bewertung der Lungentuberkulösen auch dementsprechende Wirkung. Die Lungentuberkulösen wurden wieder als wertvolle Bürger betrachtet, deren Arbeitskraft es auszunutzen galt.<sup>599</sup>

Damit offenbart sich auch die sekundäre Haltung des Dritten Reiches gegenüber der Tuberkulose. Zum einen wurden die vorher nicht erwerbsfähigen, invaliden Patienten offiziell zu Arbeitsfähigen konvertiert.<sup>600</sup> In diesem Sinne ist auch die verstärkte Maßgabe der Arbeitstherapie zu verstehen. Die „Therapie durch Arbeit zur Arbeit“<sup>601</sup> in speziellen Arbeitsheilstätten wurde eingeführt. So mußten die Patienten in manchen Nachkurheilstätten bis zu sechs Stunden schwere Arbeit verrichten.<sup>602</sup>

Andererseits wurden die Tuberkulösen innerhalb der Erkrankten in Heilungsfähige und Unheilbare selektiert. Dementsprechende Anweisungen auf die Belegungstaktik der Tuberkuloseanstalten waren zu verzeichnen: In Richtlinien des Reichsversicherungsamtes wird angemahnt, nur aussichtsreiche Tuberkulöse, die Frühfälle, aufzunehmen, und darüberhinaus den Heilstättenaufenthalt auf drei Monate zu beschränken, da dieser im allgemeinen ausreichend sei.<sup>603</sup>

---

<sup>598</sup> 1928 gab es bei 200.000 offenen Tuberkulösen 8.000 Betten zur operativen Behandlung, bei 17.000 Betten zur Heilbehandlung nach klassischen Muster. Ulrici, Hellmuth: Die Anstaltsbehandlung Tuberkulöser, in: Klinische Wochenschrift, 1928, Nr.22, S. 1047 ff.

<sup>599</sup> Nicol, Kurt: Tuberkulosebekämpfung und Planwirtschaft, in: Deutsches Ärzteblatt, 1938, S. 421, nach: Stahl (1982), S. 96

<sup>600</sup> Nach Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes zur Invalidität erklärte sich 1937 aus einer offenen Tuberkulose die Invalidität, 1939 war jedoch im Einzelfall zu entscheiden, in: Kelting (1972); S. 49. Auch benennt ein Anstaltsleiter die Arbeitsfähigensuche mit „Auskämmung aller Anstalten nach geeignetem Krankenmaterial“, in: Stahl (1982), S. 92

<sup>601</sup> Stahl (1982), S. 93

<sup>602</sup> Ebda

<sup>603</sup> Im einzelnen waren als nicht behandlungsbedürftig aufgeführt: 1. Schwere einseitige Tuberkulosen bei Personen im Alter über 50 Jahren 2. Doppelseitige Erkrankungen mit Kavernen, 3. Käsig Pneumonie (wahrscheinlich TBC), 4. Darmtuberkulose als sekundäre Diagnose, 5. Inaktive Tuberkulöse, in: Kelting (1972), S. 68-69

-Nichtideologische Bekämpfung:

Es scheint paradox, im Umfeld der NS-Herrschaft von nicht-ideologischen Entwicklungen sprechen zu wollen, aber mittels Fokussierung auf den reinen Inhalt kann man in der Tat solche erkennen. Zu diesem Feld gehört die Tuberkulosemedizin.

Auf diagnostischem wie therapeutischem Feld waren jedoch nur wenige wirkliche Neuerungen im Vergleich zur Tuberkulosemedizin der Weimarer Republik auszumachen. War es auf diagnostischem Gebiet die Verbilligung des Röntgens durch die Papieraufnahme und die Schirmbilfotografie,<sup>604</sup> so war es in der Therapie wieder die Chirurgie, die einige Verbesserungen einläutete. Dazu gehörten die Anwendung der Lobektomie, der einseitigen Pneumektomie, nach Vorbild des Sauerbruch-Assistenten Nissen<sup>605</sup>, sowie die selektive Drainage der Lungenkavernen nach Monaldi<sup>606</sup> oder die Wiedereinführung der Pneumolyse.<sup>607</sup>

Eine bahnbrechende Neuerung auf internistischem Gebiet wurde durch den deutschen Chemiker Gerhard Domagk entwickelt. Seit den frühen dreißiger Jahren hatte er sich mit einer spezifischen Behandlung gegen einige der wichtigsten Bakterienarten wie die Streptokokken<sup>608</sup> mittels spezifischer Chemikalien beschäftigt. Für seine Entdeckungen des ersten Antibiotikums erhielt er 1939 den Nobelpreis für Medizin. Ab 1940 unternahm er auch Forschungen hinsichtlich antituberkulöser Medikamente, wobei schon 1941 schwach wirksame Stoffe entwickelt wurden, die aber erst nach dem Krieg auf den Markt kamen.<sup>609</sup> Bereits 1943 hatte die Arbeitsgruppe um Domagk und R. Behnisch eine neuartige Stoffgruppe in Erprobung, welche eine deutlichere anti-tuberkulöse Wirkung zeigte und zum Patent angemeldet wurde: Das TB I / 698. Aufgrund desaströser Bedingungen der Forschung unter Kriegsbedingungen konnten jedoch keine Tierversuche ausgeführt werden. Erst 1946 wurden

---

<sup>604</sup> siehe Abhandlung der totalitären Tuberkulosebekämpfung

<sup>605</sup> erste erfolgreiche totale (einseitige) Pneumektomie überhaupt 1931 an der Charité/Berlin, durch Rudolf Nissen, Assistent und stellvertretender Direktor unter Ferdinand Sauerbruch, der seit 1926 an der Charité als Direktor berufen war. Während jene Operationstechnik in Deutschland bis in die Nachkriegszeit „weitgehend abgelehnt“ wurde, entwickelte man sie in den USA für die Tuberkulose- und die Krebschirurgie noch vor dem Krieg zu einer „systematisierten Operation“ weiter, in: Nissen, Rudolf: Helle Blätter, dunkle Blätter, Erinnerungen eines Chirurgen, Stuttgart 1969, S. 230 f.

<sup>606</sup> Kavernensaugdrainage nach Vincenzo Monaldi, der am berühmten Forlani-Institut in Rom arbeitete

<sup>607</sup> Pneumolyse bedeutete die Lösung der parietalen Pleura mit der folgenden Möglichkeit eines extrapleurales Pneumo- oder Oleo-Thorax. Eigentlich war die Methode um die Jahrhundertwende von Baer und Tuffier entwickelt, aber lange Zeit vernachlässigt worden. Kremers Versuche mit den apikalen Plomben müssen zu ersten Wiederaufnahmen gerechnet werden. Hein (1938), S. 602 und 679

<sup>608</sup> Prontosil. In: Redeker, Dietrich: Zur Entwicklungsgeschichte der Tuberkulostatika und Antituberkulotika, Stuttgart 1990, S. 80

<sup>609</sup> Sulfathiazolverbindung, unter folgenden Produktnamen auf dem Markt Cibazol (Ciba), Eleudron (I.G. Farben), Thiazomide (Rhône-Poulenc). Ebda, S. 87

die ersten Patienten mit diesem tuberkulosepezifischen chemotherapeutischen Heilmittel, dem Conteben, behandelt.<sup>610</sup>

Das Bild der Anstaltsbehandlung war damit weiter durch das in der Weimarer Republik verfeinerte Heilkonzept der Allgemeinbehandlung mit operativer Organtherapie dominiert.

#### **4.2. Das „Waldhaus Charlottenburg, Tuberkulosekrankenhaus der Reichshauptstadt Berlin,“ 1933-1945**

**Waldhaus Charlottenburg**  
**Sommerfeld (Osthavelland)**  
 Tuberkulose-Krankenhaus der  
 Reichshauptstadt Berlin.

**Abbildung 19: Die neue Zuordnung des Waldhauses zur „Reichshauptstadt Berlin“. Stempelabdruck aus einer Krankenakte, in: AS-X-12, S. 201**

##### **4.2.1. Konzepte und Realität der Versorgung Berlins:**

Die Politisierung des Berliner Gesundheitssystems zeigte sich schon vor der endgültigen Wahl Hitlers zum Reichskanzler.<sup>611</sup> Diese Rechts-Links-Polarisierung, die politische Brisanz der Thematik Gesundheitsversorgung und der hohe Anteil der Ärzte jüdischer Abstammung innerhalb der Gesundheitsversorgung prädestinierten dafür, daß sich schon kurz nach Machtergreifung schwerste Auseinandersetzungen in der Kliniklandschaft ereigneten. Hausverbote, Massenentlassungen, Internierungen und Folterungen umreißen das Spektrum, mit welchem die neuen Machthaber anders gesinntes oder jüdisches Personal malträtierten.<sup>612</sup> Die Politik zielte auf eine komplette Diskriminierung der jüdischen Ärzte und Hochschullehrer: Entlassung nicht-arischer Beamter im Jahre 1933, Verlust der

<sup>610</sup> Thiosemikarbazon Conteben ( nun Firma Bayer), 1946 in Freiburg unter Professor Karl W. Kalkoff erstmalig eingesetzt. Ebda, S. 90. Das PAS des Schweden Jörgen Lehmann wurde 1943 entdeckt und auch ab 1946 eingesetzt. Selman A. Waksman et al. entwickelten das Streptomycin um 1943/44, und behandelten damit die ersten Patienten im Dezember 1944.

<sup>611</sup> Zum Beispiel die Polarisierung der Belegschaft in der Heil- und Pflegeanstalt Buch.

<sup>612</sup> Für das Klinikum Buch, in: Wolff (1996), S. 98. Für das städtische Krankenhaus Moabit und am Urban, in: Winau, Rolf: Medizin in Berlin, Berlin 1987, S. 325 ff.. Ausführlich zu den Vorkommnissen im Krankenhaus Moabit, in: Pross, Christian und Winau, Rolf: nicht mißhandeln. Das Krankenhaus Moabit (=Stätten der Geschichte Berlins Band 5), Berlin 1984

Kassenzulassung und Verlust der Approbation im Jahre 1938 markieren die Durchführung diesbezüglicher Verordnungen und Gesetze.<sup>613</sup> Gerade für die politische Bewertung der verbliebenen Ärzteschaft sind diese Fakten geradezu erdrückend.

Man muß sich verdeutlichen, daß damit eine Krise des Gesundheitssystems in einer Zeit heraufbeschworen wurde, in der aufgrund der wirtschaftlichen Krise schon weitreichende Unterversorgung bestand.<sup>614</sup> Die Finanzierung dieses Gesundheitssystems war in den frühen dreißiger Jahren äußerst problematisch und sogar teilweise eingestellt. Staat und Kommunen hatten in Anbetracht der extremen Arbeitslosigkeit keine finanziellen Spielräume mehr.<sup>615</sup> Gerade die Wohlfahrtsausgaben der Städte, beispielsweise für die Arbeitslosenunterstützung, wuchsen rapide an, während das Steueraufkommen faktisch zum Erliegen kam.<sup>616</sup>

Auch die Landesversicherungsanstalten standen aufgrund dieser Situation unter finanziellem Druck.<sup>617</sup> In der Folge wurden Invaliden-, Witwen- und Waisenrenten teils einbehalten.<sup>618</sup> Die Zahl der Heilbehandlungen ging zurück.<sup>619</sup> Erst mit der Verordnung vom 18.2.1933 wurde verboten, mehr als zwei Drittel der Rente einzubehalten.<sup>620</sup> Dies macht deutlich, in welchem Umfang zeitweilig die Leistungen gekürzt waren.

Diese Krise gipfelte schließlich in einer grundsätzlichen Veränderung der Sozialversicherung. Einerseits wurde die Finanzierung der Landesversicherungsanstalten so umgestaltet, daß die Ausgaben an die Einnahmen gekoppelt wurden.<sup>621</sup> Andererseits wurde die Neuordnung der

---

<sup>613</sup> Winau (1987), S. 325 ff.

<sup>614</sup> Diese ersten Auswüchse der Diktatur richteten sich frappanterweise gegen sich selbst, wenn man bedenkt, daß diese Maßnahmen insgesamt doch mehr als ein Drittel aller Berliner Ärztekollegen betrafen. Zahl nach: Winau (1987), S. 325

<sup>615</sup> In einer Entschließung der Stadtverordneten der Stadt Berlin vom November 1932 offenbart der Kämmerer die Grundsätze: „Gehälter, Löhne und Wohlfahrtsausgaben werden weiterhin bestritten. Alle übrigen finanziellen Verpflichtungen im Schulwesen, Gesundheitswesen usw. hat die Stadt so gut wie eingestellt.“ In: Verwaltungsbericht der Reichshauptstadt Berlin, für die Zeit vom 1.4.1932 bis 31.3.36, Heft 2a Hauptfinanzverwaltung, S. 13

<sup>616</sup> In Berlin existierten 300,000 „unterstützte Parteien“, wobei einem notwendigen Gesamtvolumen von 193 Millionen RM nur 48 Millionen RM Reichswohlfahrtshilfe gegenüberstanden. Ebda, S. 13. der Fehlbedarf des Haushalts wurde „formell“ zwar durch Zuschüsse des Reichs ausgeglichen, doch: „Rechnungen von Lieferanten wurden zurückgehalten, Die Betriebe mußten auf ihre Ablieferungen an die Stadtkasse Vorauszahlungen leisten.“ Außerdem bestand ein gar so moderner Haushaltsstopp: „Die Haushaltsmittel wurden nur zögernd und in Quoten freigegeben.“ Ebda S. 13-14.

<sup>617</sup> Circa 10% Bilanzdefizit im Jahre 1933, in: Landesversicherungsanstalt Berlin: Verwaltungsbericht für das Rechnungsjahr, 1933-1935, Berlin 1934-1936, S. 12

<sup>618</sup> So wurden die Waisenrenten im Jahre 1933 auf 60% des Standes von 1931 heruntergefahren. Ursächlich war die Herabsetzung des Maximalalters auf 15 Jahre und die Anwendung der IV. Notverordnung vom 8. Dezember 1931, § 10, in: Landesversicherungsanstalt Berlin: Verwaltungsbericht für das Rechnungsjahr, 1933-1935, Berlin 1934-1936, S. 8 und 10

<sup>619</sup> Ebda, S. 30

<sup>620</sup> Ebda, S. 8

<sup>621</sup> Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, Angestellten- und der knappschaftlichen Versicherung vom 7.12.1933. Beitragserhöhungen seitens der Versicherungspflichtigen konnten vermieden werden, in: Frerich, Johannes und Frey, Martin: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland,

Kassenlandschaft durchgeführt. Das Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung stärkte die Landesversicherungsanstalten gegenüber den Krankenkassen insofern, daß sie zum Träger solcher „Aufgaben, die zweckmäßig gemeinsam für ihren Bezirk durchgeführt werden (Gemeinschaftsaufgaben)“ bestimmt wurde.<sup>622</sup> Als solche Aufgaben wurden der Betrieb von Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen, vorbeugende Gesundheitsfürsorge, sowie Bereitstellung von überwachenden Vertrauensärzten bestimmt. Außerdem gewährte man der LVA die „gemeinsame Verwaltung der Rücklagen der Krankenkassen,“ welche sich auf einen Betrag von meist 2 Monatsausgaben summierten.<sup>623</sup> Mit der wirtschaftlichen Erholung verstärkte sich auch allmählich wieder der Kurbetrieb. Alle Heilanstalten der Berliner Krankenkassen waren auf die Landesversicherungsanstalt Berlin übergegangen.<sup>624</sup> Die Auslastung aller Tuberkuloseanstalten der LVA Berlin betrug Ende 1935 dennoch nur 61%.<sup>625</sup> Von 1933-1938 verdreifachte sich die Zahl der Heilbehandlungen der Landesversicherungsanstalten, was vornehmlich auf die Übernahme der Kassenheilstätten zurückzuführen war.<sup>626</sup> Die Sozialversicherer hatten wieder zu ihrer alten Leistungsfähigkeit zurückgefunden.

Zusätzliche strukturelle Veränderungen sollten sich aus dem „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von 1934 für die Tuberkulosebekämpfung ergeben. So war die Bildung von Bezirksarbeitsgemeinschaften vorgeschrieben worden. Mitglieder sollten alle privaten und öffentlichen Stellen werden, die sich der Tuberkulosebekämpfung und -fürsorge widmeten, einschließlich der Sozialversicherung. Damit waren alte Ziele einer vereinfachten Tuberkulosebekämpfung formuliert worden.

Doch nur in wenigen Bezirken des Reiches konnten Arbeitsgemeinschaften nach diesem Muster gebildet werden.<sup>627</sup> Die in sie gesetzte Hoffnung einer Vereinheitlichung konnte damit bei weitem nicht erfüllt werden. Das mag einerseits an der fehlenden Festschreibung der

---

München 1996, S. 298 und Landesversicherungsanstalt Berlin: Verwaltungsbericht für das Rechnungsjahr, 1933-1935, Berlin 1934-1936, S. 8

<sup>622</sup> Außerdem standen die Krankenkassen nun diesbezüglich unter der Weisung der Landesversicherungsanstalten, in: Reichsgesetzblatt, Teil I, 1934, S. 577, § 1

<sup>623</sup> Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung, vom 18.12.1934

<sup>624</sup> Darunter die Heilstätten. Müllrose, Reißenhain/Erzgebirge und Kurheim Gutenberg/Bad Nauheim.

<sup>625</sup> Interessanterweise führte die LVA-Berlin dafür eine gesonderte Abteilung „Krankenkasse“ ein, in: Landesversicherungsanstalt Berlin: Verwaltungsbericht für das Rechnungsjahr, 1933-1935, Berlin 1934-1936, S. 37

<sup>626</sup> Die Gesamtzahl der Heilbehandlungen des Deutschen Reiches war damit konstant, während sich in Anbetracht der Begrenzung der Kurzahlen durch die Kapazität und der Senkung der Arbeitslosenquote das Reinvermögen der Rentenversicherung zwischen 1933 und 1944 vervierfachte. Auch konnte eine Beitragserhöhung vermieden werden, indem ab 1937 über das „Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung“ eine Zusatzfinanzierung der Invaliden- und Angestelltenversicherung durch Beiträge der Arbeitslosenversicherung sichergestellt wurde, in: Frerich (1996), S. 299

<sup>627</sup> Darunter die Bezirke Thüringen, Württemberg, Rheinprovinz, Baden, in: Griesbach (1941), S. 10 ff.



Stellung und damit der Autorität, andererseits aber auch am traditionellen System gelegen haben: „Wer zahlt, will auch zu bestimmen haben.“<sup>628</sup>

Auch in Berlin scheiterten diesbezügliche Bemühungen, wodurch sich die Zersplitterung des Systems deutlich aufzeigen läßt. Sowohl die Stadt als auch die Landesversicherungsanstalt waren hinsichtlich der Tuberkulosebekämpfung engagiert. Die Landesversicherungsanstalt hatte die Führung auf dem Gebiete der Verschickung übernommen. Ein Netz von Vertrauensärzten war errichtet worden, nach deren Urteilen die Verschickung erfolgte.<sup>629</sup> Den städtischen Stellen, insbesondere den Gesundheitsämtern, oblagen hauptsächlich sanitätspolizeiliche Aufgaben.<sup>630</sup> Die eine Hand erhielt also die Meldung, und die andere hatte erteilte die Therapie. Beide betrieben jedoch weiterhin eigene Fürsorgestellen, wobei manche Bezirke doppelt versorgt waren. Gerade in den Außenbezirken war jedoch die städtische Versorgung vorherrschend. Im Jahre 1939 wurde dann die Vereinbarung über ein Schnelleinweisungsverfahren getroffen und auch eine Arbeitsgemeinschaft projektiert.<sup>631</sup> Über beide liegen allerdings keine regionalen Berichte vor.<sup>632</sup>

Hatte sich damit die Struktur nur wenig geändert, so ähnelten auch die konzeptionellen Ideen denen der Weimarer Republik. Dies traf insbesondere für die Anstaltsversorgung zu: Leichtkranke wurden in Heilstätten geschickt, in denen aber zunehmend leichte chirurgische Therapie, wie das Anlegen des Pneumothorax angewandt wurde. Komplexere Fälle wie schwerkranke Patienten wurden im Tuberkulosekrankenhäusern versorgt, je nach Heilungstendenz als Chroniker aber schließlich in Hospitäler verlegt.<sup>633</sup> Es gibt jedoch Anzeichen, daß sich das Tuberkulosekrankenhaus in den dreißiger Jahren mehr und mehr zu einer Durchgangseinrichtung zwischen allen Anstaltstypen entwickelte.<sup>634</sup> So wurde zum Beispiel die Behandlung in einem Tuberkulosekrankenhaus wohl desöfteren als Vorbedingung der Heilstättenkur eingefordert, woraus eine weit stärkere Vernetzung der Anstaltstypen entstand.<sup>635</sup>

Bezüglich der Arbeit der Fürsorgestellen war jedoch eine starke Veränderung festzustellen. Während die Anzahl aller durch städtische Fürsorgestellen Versorgten nur von 65.533 auf

---

<sup>628</sup> Griesbach (1948), S. 17

<sup>629</sup> AS-X9, S. 24, nach einem Erlaß des Reichsarbeitsministers, vom 30.3.1936, in: Frerich (1996), S. 292

<sup>630</sup> Conti, Leonardo: Das Gesundheitswesen der Reichshauptstadt im Dritten Reich, Vortrag vor den Ratsherren der Reichshauptstadt, 23.2.1939

<sup>631</sup> Einweisung möglich, bevor Kostenträger bekannt, nach Griesbach (1941), S. 35 ff.

<sup>632</sup> Nach der Machtübernahme wurde die Tradition einer allgemeinen und speziellen Zusammenfassung der städtischen Tätigkeiten im Gesundheitswesen nicht weitergeführt. So wurden die Verwaltungsberichte der Stadt Berlin zwar für die einzelnen Stellen weitergeführt, aber allein das Heft 3, Gesundheitswesen, wurde nicht mehr aufgelegt, nach Recherche der Staatsbibliothek Berlin, Haus 2: unter den Linden, Rechercheabteilung.

<sup>633</sup> Griesbach (1941), S. 117

<sup>634</sup> So werden explizit Beobachtungs- und Durchgangsfälle genannt. Griesbach (1941), S. 117

87.530, d.h. um 33% zunahm, steigerte sich die Zahl der Durchleuchtungen auf 105.000 pro Jahr, d.h. um 77%. Die Zahl der Röntgenaufnahmen verdoppelte sich sogar auf fast 8.000 pro Jahr.<sup>636</sup>

Die Quantität der Betten in Tuberkulosekrankenhäusern hatte sich im Berliner Raum jedoch nur wenig verändert. Zwar fehlen genaue Behandlungszahlen, doch gibt es keine Krankenhausneugründungen der spezialisierten Art.<sup>637</sup> Die Tuberkulosekrankenhäuser Sommerfeld und Neukölln-Hasenheide und das Hospital Buch waren über weite Zeit somit die einzigen spezialisierten städtischen Anstalten.<sup>638</sup> Auch die LVA bot weiterhin ihr System aus Ambulatorien, Röntgeninstituten und der Heilstätte Beelitz.<sup>639</sup> Weiterhin waren noch Kasseneinrichtungen wie die Lupusheilstätte Münchenberg und die Heilstätte Müllrose vorhanden.<sup>640</sup> So ist es kein Wunder, daß bei verbesserten Infrastrukturen auf dem Fürsorgesektor die Zahl der Heilanträge stieg, die Unterbringung der Tuberkulösen in Anstalten aber große Schwierigkeiten bereitete.<sup>641</sup> Im Frühjahr 1939 liefen daher Planungen für ein neues Tuberkulosekrankenhaus im Süden der Stadt. Als Standort war eine bewaldete Fläche in der Königsheide in Treptow in Aussicht genommen worden.<sup>642</sup> Mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde diese Planung allerdings nicht mehr realisiert.

Bezüglich der sozialgesetzlichen Stellung waren für die Tuberkulösen im Vergleich zur Weimarer Republik keinen grundsätzlichen Veränderungen aufgetreten. So galt in den Grundzügen weiterhin die RVO über die Heilverschickung durch die Rentenkassen und über die Übernahme der Krankenhauskosten durch die Krankenkassen.

Über die Saarbrücker Richtlinien von 1935 und die Verordnung von 1938 konnte jedoch eine Verbesserung der Situation erreicht werden: Nun wurde zusätzlich den Ehegatten, allen nicht versicherten Kindern bis zum 21. Jahr, und allen sonstigen nichtversicherten im Haushalt lebenden Familienangehörigen Heilverfahren gewährt. Außerdem war nun auch insofern Einsicht genommen worden, daß für die Behandlung langwieriger Formen der Tuberkulose entsprechende Kurdauern bis zu 6 Monaten Anwendung fanden. Nachdem damit um 1940 über 80% der Bevölkerung rentenversichert waren, war dies theoretisch ein durchgreifender

---

<sup>635</sup> Griesbach (1941), S. 118

<sup>636</sup> Conti (1939), S. 14

<sup>637</sup> Aufgrund des Fehlens der klassischen Zusammenfassung der städtischen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Heft 3 der Verwaltungsberichte) auf Basis der zugehörigen Bezirksausgaben angenommen, in: Verwaltungsbericht der Reichshauptstadt Berlin, 1.4.1932-31.3.1936 Hefte 1-20, 3 nicht erschienen. Siehe auch die Liste der Krankenhäuser, in: Führer durch das medizinische Berlin, Berlin 1941, S. 61, S. 107

<sup>638</sup> Erst 1941 erwarb das Dr-Heim-Hospital Buch den Status eines Tuberkulosehilfskrankenhauses, in: Wolff (1996), S. 129

<sup>639</sup> Landesversicherungsanstalt Berlin: Verwaltungsbericht für das Rechnungsjahr, 1933-1935, Berlin 1934-1936

<sup>640</sup> Bericht der allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin für das Geschäftsjahr 1933, Berlin 1934

<sup>641</sup> Conti (1939), S. 14

Erfolg, da die Rentenkassen damit zum Hauptträger von Heilstättenkuren avancierten. Zusätzlich waren mit dem Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung von 1937 die Chancen einer Übernahme als Versicherungsfall bedeutend verbessert worden.<sup>643</sup>

Die Behandlung von Tuberkulösen im Krankenhaus hatte sich aber unverändert nach dem Krankenkassengesetz der RVO zu richten. Es waren weiterhin 26 Wochen Anstaltsbehandlung, die bei Bedarf auf ein Jahr ausgedehnt werden konnten, garantiert. Erst ab den Kriegsjahren und dem Mangel an Arbeitskräften konnte eine Erweiterung auf über ein Jahr gesetzlich gewährt werden.<sup>644</sup>

Auch die öffentliche Fürsorge von Nichtversicherten war nach der Weimarer Gesetzgebung von 1924 gestaltet. So war eigentlich jeder durch die kommunale Fürsorge versorgt, „wer den notwendigen Lebensbedarf für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder auch nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann ...“. Krankenhilfe sowie Heilverfahren waren darin inbegriffen.<sup>645</sup>

1942 wurde schließlich die Verordnung für Tuberkulosehilfe erlassen. Sie schrieb im Prinzip nur weiterhin fest, daß Tuberkulosehilfe für die große Zahl der Nichtversicherten durch die Gau- und Landesfürsorgeverbände zu leisten war. Im Gegensatz zur Praxis der öffentlichen Fürsorge der Kommunen und Kreise, die auf ein „Zusammenwirken“ verpflichtet wurden, war diese Hilfe jedoch nicht zurückzuzahlen. Sie umfaßte Heilbehandlung, Absonderung und Pflege sowie die wirtschaftliche Fürsorge. Die Einkommensgrenze, die nicht unbedingt Ausschluß bedeuten mußte, war auf 7.200 Reichsmark jährlich festgelegt. Bedenkt man das Einkommen Ulricis als Ärztlicher Direktor im Jahre 1942 mit 11.750 Reichsmark oder der angestellten Assistenten von 8.160 Reichsmark im Jahr, so war darüber im Grunde jedermann versorgt, der nicht ein besonders hohes Gehalt erhielt.<sup>646</sup> In Anbetracht der Kriegssituation werden die Auswirkungen dieses Gesetzes entsprechend begrenzt gewesen sein.

Auch im Versicherungswesen war der NS-Staat bemüht gewesen, neben der traditionellen Organisationsform der Sozialversicherung, ein ideologienahes und parteinahes paralleles Versicherungssystem zu errichten. Träger dieser Intention war größtenteils das ehrenamtliche Tuberkulosehilfswerk (THW) der NSV, der „nationalsozialistischen Volkswohlfahrt“. Dieses war dem Partei-„Amt für Volkswohlfahrt“ unterstellt, und betrieb auf jeglicher

---

<sup>642</sup> Ebda

<sup>643</sup> Der Zeitraum bis zum Eintritt des Versicherungsfalls mußte nun nur zur Hälfte mit Beiträgen belegt sein, während man vorher noch  $\frac{3}{4}$  Deckung einforderte. in: Frerich (1996), S. 301

<sup>644</sup> Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 20.5.1941, in: AS-X9, S. 22

<sup>645</sup> Griesbach (1941), S. 248

<sup>646</sup> AS-ST-42

Verwaltungsebene eine eigene Verwaltung der Tuberkulosehilfe.<sup>647</sup> Die Grundidee war, daß „keinem tuberkulosekranken Volksgenossen die notwendige Behandlung durch ein Heilverfahren aus Geldmangel versagt bleiben darf.“<sup>648</sup> Allerdings stand hinter dieser Idee der NSV-Hilfe nicht die pflegerische sondern die erzieherische Intention.<sup>649</sup> Auch besaß sie eine eigentümliche Finanzierungs konstruktion: Das THW war verpflichtet, nur dann Hilfe zu leisten, wenn kein gesetzlicher Träger in Betracht kam. Eigentlich war aber jeder Nichtversicherte über obige Fürsorgegesetze versorgt. Das THW war aber auch nur als anteilige, nicht rückzahlbare Beihilfe zu den Heilstättenkosten gedacht. Andere Kostenträger oder der Kranke selbst mußten auch einen Beitrag leisten. So ist es kein Wunder, wenn es zu Überschneidungen kam und „es in zahlreichen Fällen möglich“ wurde, „Rückerstattungen durch die Fürsorgeverbände.. zu erhalten.“<sup>650</sup> Diese Rückzahlungen konnten nach den Fürsorgegesetzen wiederum dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Faktisch waren damit alle Fürsorgefälle unter die Mitkontrolle dieser Organisation gefallen. Aber auch auf dem Gebiet der versicherten Patienten versuchte sich die NSV zu etablieren. So war über das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens eine Zusammenarbeit als Arbeitsgemeinschaft vorgeschrieben worden. Am Beispiel der regionalen Arbeitsgemeinschaft, der Rheinprovinz, soll der Einfluß der Partei sichtbar gemacht werden: In der Mitgliedsliste steht die NSV mit Sitz Berlin an erster Stelle. Alle Heilverfahrens anträge, außer den Fürsorgefällen, waren direkt „an die zuständige Gauamtsleitung der NSV zur Prüfung und Weitergabe an die Arbeitsgemeinschaft“ abzugeben.<sup>651</sup> Das staatliche Gesundheitsamt mußte zudem die Formulare der NSV verwenden, konnte aber nur die Heilstätte vorschlagen. Die Zulassung der Heilstätten mußte jedoch über die NSV erfolgen.<sup>652</sup> Auch die Versorgung der Gruppe der Versicherten stand damit zunehmend unter Mitkontrolle der NSV. Damit wird die Zielsetzung des obigen Gesetzeswerks sichtbar: Die Tuberkulosebekämpfung sollte unter die Kontrolle parteinaher Organisationen gestellt werden. Die zögerliche Umsetzung sowie der Widerstand der Versicherungsträger wußte dies jedoch zu verhindern.<sup>653</sup>

Dies blieb nicht die einzige Maßnahme, um eine ideologische Beeinflussung zu garantieren: So existierte neben dem THW der NSV, die „Freiplatzspende“ des „Erholungswerks des

---

<sup>647</sup> Siehe Organisationsschema zur Vereinheitlichung der Tuberkulosehilfe, in: Griesbach (1941), S. 35

<sup>648</sup> Griesbach (1941), S. 247

<sup>649</sup> Frerich (1996), S. 313

<sup>650</sup> Griesbach (1941), S. 245 ff.

<sup>651</sup> Gerade die Gruppe der Nichtversicherten waren damit aber der Kontrolle der NSV entzogen. War dies demnach eine neue Strategie ?

<sup>652</sup> Die Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft Rheinprovinz, in: Griesbach (1941), S. 29

deutschen Volkes der NSDAP“, später wurde der Name abgeändert in Hitler Freiplatzspende.<sup>654</sup> Inwieweit sie sich tatsächlich aus Spenden aus dem Volk finanzierte, bleibt unklar.

Betrachtet man den lokalen Schriftwechsel oder die internen Akten des Waldhauses, so muß man trotz all dieser Maßnahmen davon ausgehen, daß das Problem der Kostenübernahme weiterhin existierte. Desöfteren war auch die Gesamtfinanzierung der Kur, sowie Dauer oder auch Art der Kur ungesichert.<sup>655</sup> Bezüglich der Rückzahlungspflicht sei aus einem Patientenbrief zitiert: „Nach meiner Meinung nützt mir eine Erholung bei Ihnen nichts, wenn ich mir die dadurch entstehenden Kosten nachher wieder abhungern muß.“<sup>656</sup> Diese Problematik entstand auf dem Boden der Zersplitterung der Kostenträger. So häuften sich die Berichte über die Zuzahlung der Familie und der Fürsorgeverbände, die auf Rückzahlung bestanden.<sup>657</sup>

Auch die Versorgung durch die Rentenkassen war nicht umfassend, wie der Fall der Frau R. zeigt: Sie bezog aufgrund ihrer Einzahlungen eine Rente der Invalidenkasse, wovon die Miete beglichen werden konnte. Da sie in der Folge jedoch nicht heilstätten-, sondern krankenhauspflichtig wurde, mußte die Fürsorge des Bezirks einspringen. Um die laufenden Kosten niedrig zuhalten, veranlaßte diese nun die Kündigung und Auflösung der Wohnung.<sup>658</sup> Die Krankenkassen wiederum verschanzten sich hinter dem Grundsatz der maximalen Behandlungsdauer von einem Jahr. So wurde die „Behandlungsbedürftigkeit,“ zum Beispiel die Notwendigkeit des Nachfüllens des Pneumothorax, zum Maß für die geleistete Behandlungsdauer, worauf einen eventuell nachfolgende Krankenhausbehandlung verweigert werden konnte.<sup>659</sup>

Im Schriftwechsel mit den Kassen wird zudem die Zielsetzung und die Selektionsbereitschaft im Einklang mit den Zielen der NS-Volkskörper-Ideologie sichtbar: Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte meinte: „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“, weshalb ein Heilverfahren nur bei Aussicht auf „Wiedererlangung der Berufsfähigkeit in absehbarer Zeit“ übernommen würde.<sup>660</sup> Die NSV hingegen sprach von „Wohlfahrtspflege um des Volkes Willen“, dem „Dienst an der Rasse“.<sup>661</sup> In diesem Sinne war auch die

<sup>653</sup> Griesbach (1948), S. 17

<sup>654</sup> AS-X12, S. 18, betrieb zudem auch das „Müttergenesungswerk“.

<sup>655</sup> Griesbach (1948), S. 36

<sup>656</sup> Aus einem Brief des Patienten L., F. an die Verwaltung des Waldhauses, vom 29.4.37

<sup>657</sup> AS-X12, S. 17, S. 19, S. 3, S. 5

<sup>658</sup> AS-X9, S. 14

<sup>659</sup> Brief der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Westhavelland, vom 23.5.1936, in: AS-X-12, S. 100

<sup>660</sup> Merkblatt der RfA, von 1935, in: AS-X9, S. 26

<sup>661</sup> Frerich (1996), S. 313

Autonomie der Entscheidung des Patienten zunehmend aufgehoben worden. War über die Verordnung zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten von 1938 schon ein unspezifischer Behandlungszwang vorgeschrieben worden, so übten nun auch die Kostenträger Druck aus. So heißt es in einem an die Patienten gerichteten Merkblatt der NSV:

**„Sie sind verpflichtet, allen zu ihrer Wiederherstellung vom Heilstättenarzt angeordneten Maßnahmen Folge zu leisten und eventuell notwendigen operativen Eingriffen zuzustimmen.“<sup>662</sup>**

In der Tat wurde diese Anordnung dementsprechend gehandhabt. So beweisen diese Fälle nicht nur die Abhängigkeit des Patienten vom parteinahen Kostenträger, sondern auch die weitere Verringerung der Autonomie des ärztlichen Handelns, in diesem Falle durch die Unterordnung des eigenen Handelns unter die Ideologie der Partei.<sup>663</sup> Je mehr sich dieses bürokratisch-ideologische Netz zur Versorgung von Tuberkulose etablierte, um so weiter wurde damit die praktische Loslösung von den Zielen der ärztlichen Ethik betrieben.

**Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei**

**Amt für Volkswohlfahrt**

Briefanschrift: NSDAP. Amt für Volkswohlfahrt  
Gauamtsleitung Danzig-Westpreußen  
Danzig, Wierzbowski 5

Telefon: Städt. Sparkasse 26741  
Städt. Sparkasse 26742/26743

Rhinenzahlen: T 4/2142  
Bei Beantwortung unbedingt anzugeben.

**Tuberkulose-Hilfswerk,**  
Abteilung Tel. 28665.



Gauamtsleitung

**Gau Danzig-Westpreußen**

Wahlbezirk: NS. - Volkswohlfahrt e. V., Gauamtsleitung  
Danzig-Westpreußen, Danzig Nr. 401

Bankkonten: NS. - Volkswohlfahrt e. V., Gauamtsleitung  
Danzig - Westpreußen, Bank für Deutschen  
Bau Nr. 1, Danzig, Konto 6000  
Sparkasse der Stadt Danzig, Konto 6785

Danzig, den 28. März 1941.  
Münchensgasse 10/11

---

**Der Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Bankow**  
der Stadt Berlin

Abgebende Dienststelle: Berlin-Bankow, den 16. Mai 1935

Wohl. IV/9733 Breite Straße Nr. 24a/26

Nr. Fernruf: D 8 Bankow 0011, Hausanschluss

**NSDAP. Hitler-Jugend**  
Reichsjugendführung

Amt für Gesundheit  
der Hitler-Jugend

Zahlen und Namen sind bei Anrufen stets anzugeben

---

**MITTELSTANDSHILFE**  
KRANKENVERSICHERUNGSANSTALT a. G.  
ZU DORTMUND

**BEZIRKS-DIREKTION  
BERLIN**  
ERICH CAPELLE

Telefon: 19 19 07  
Postfachkonto: Berlin 20601  
Kassenstunden tgl. v. 9-12

Ka  
Schaden-Abtlg.  
M. Nr. 51 54/4

**Hitler-Freizeit-Spende**

**Betriebskrankenkasse der Adam Opel A. G.**  
Rüsselsheim a. M., Sektion II-Brandenburg  
Brandenburg (Havel)

Telefon: Sammelnummer 3306  
Bankkonto: Städt. Sparkasse, Brandenburg

---

**BETRIEBSKRANKENKASSE**  
DER RHEINMETALL-BORSIG AKTIENGESELLSCHAFT  
WERK BORSIG BERLIN-TEGEL, BERLINER STRASSE 37



---



**Allgemeine Frankens-**

VERSICHERUNGS - AKTIENGESELLSCHAFT, KÖLN

<sup>662</sup> AS X-12, S. 99

<sup>663</sup> Die Zustimmung zur Operation der Patientin R., einer Minderjährigen, war von deren Eltern verweigert worden, worauf die NSV die sofortige Entlassung anordnete. Erst nach erfolgter Operation wurde die Entlassungsaufforderung zurückgenommen, in: AS-X 12, S. 15

**Abbildung 20: Zusammenstellung verschiedener Kostenträger unter der NS-Herrschaft, darunter das Amt für Volkswohlfahrt der NSDAP, und die Hitler-Freiplatz-Spende. Aus dem patientenbezogenen Briefverkehr mit dem Waldhaus, in: AS-X-12, S. 202.**

Doch welche Erfolge hatte eine solche Gesundheitspolitik aufzuweisen ? Die Zahl der städtisch versorgten Offentuberkulösen blieb in etwa konstant bei 10.000 Fällen, während die Tuberkulosemortalität ab 1936 stark abnahm.<sup>664</sup> Insofern stellt dies eine positive Entwicklung dar, die jedoch keine regionalen Besonderheiten aufwies,<sup>665</sup> als sich im Reich eine vergleichbare Entwicklung vollzog.<sup>666</sup> Im absoluten Vergleich stand Berlin damit jedoch weiterhin an der Spitze der Mortalität an Tuberkulose.<sup>667</sup> Nimmt man die säkulare Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit seit 1932 als Maß, so kann man weder für die Stadt als auch für das Reich eine signifikante Veränderung, und damit einen Einfluß der autoritären Maßnahmen für die Zeit zwischen 1933 und 1939 erkennen.<sup>668</sup>

Mit der Zunahme des Arbeitskräftemangels häufen sich die Anfragen der Arbeitgeber nach der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer. Zunehmend wurden die Kurkosten für den Arbeiter aber auch direkt von den Firmen übernommen.<sup>669</sup>

Die Zeit des Zweiten Weltkrieges zeigte die Tuberkulose jedoch wieder als Krankheit der sozialen Versorgung. Mit dem Beginn des Krieges verschlechterte sich diese epidemiologische Situation stetig, aber noch langsam, bis sie ab 1944 auf über 31 Todesfälle pro 10.000 Lebende explodierte, d.h. auf 385% der Vorkriegswerte schnellte.<sup>670</sup> Zieht man

---

<sup>664</sup> Die Versorgten der Landesversicherungsanstalt waren 4.300 an der Zahl, in: Conti (1939), S. 14. Die Tuberkulosemortalität war auf Todesfälle/10.000 Lebende bezogen: Im Reich 1933, 7,2, 1938, 6,1, in: Berlin 1933, 9,3, 1938, 7,8 alle Zahlen aus Conti (1939), S. 8

<sup>665</sup> Conti versucht mit den gleichen Zahlen jedoch den Eindruck einer überproportionalen Verbesserung zu erreichen, indem er Teile seiner Vergleichsgrafik nicht darstellt, und so einen Vergleich unmöglich macht, in: Conti (1939), S. 8

<sup>666</sup> Hein (1958), S. 478

<sup>667</sup> Während andere Städte wie Oldenburg ans Ende des Städtevergleichs wanderten, in: Hein (1958), S. 430

<sup>668</sup> Hein (1958), S. 477 und S. 495

<sup>669</sup> Herausstechend der Brief vom 23.1.44 der Firma KOKO, welche die Heilbehandlung der Ehefrau eines Arbeitnehmers komplett übernahm, in: AS-X-12, S. 8

<sup>670</sup> Maximum für 1946, in: Hein (1958), S. 478

einen Vergleich zu anderen großräumig zerstörten Städten wie Hamburg mit 11,5 Todesfällen, so wird der eklatante Zusammenbruch der Berliner Gesellschaft deutlich.



#### ***4.2.2. Die Forschungsstätte oder vom Scheitern einer Modernisierung:***

Ruft man sich die Präsenz, die Wichtigkeit und die Geschwindigkeit der Entwicklung des Waldhauses in der Weimarer Republik in Erinnerung, so schien es nur konsequent, daß der Name der Anstalt 1944 mit dem Beinamen Forschungsstätte versehen wurde.<sup>671</sup> Vergleicht man jedoch die bauliche Entwicklung, so muß man sich fragen, inwieweit die Anstalt in den dreißiger Jahren tatsächlich eine solche Bedeutung besaß. So gilt es anhand einiger Parameter, wie Bestand und Veränderung der Bausubstanz, Kurkosten, Ärzteschaft, Patientengut, Medizin und Forschung, die Anstalt und deren Stellung innerhalb der Tuberkulosemedizin und -bekämpfung zu charakterisieren.

Die Aktenlage besonders des Archivs in Sommerfeld weist für die Zeit des NS-Regimes einen stark verminderten Bestand auf. So konnten aus losen Blättern nur noch fünf lückenhafte Verwaltungsakten rekonstruiert werden, die sich allein mit der Zeit zwischen 1933 und 1945 beschäftigen. Sie beinhalten Schriftwechsel zwischen der Anstalt und Patienten, Kassen und Behörden, sowie Akten über tuberkulosekranke Ärzte. Desweiteren sind 16 Original-Verwaltungsakten verschiedensten Inhalts vorhanden, die zum Teil die Zeit ab 1933 berücksichtigen.

##### *- Bausubstanz:*

Um es vorwegzunehmen; die erwartete Vergrößerung und Modernisierung der Anstalt blieb in den dreißiger Jahren aus. Die detaillierten Projektierungen der Weimarer Republik für das Forschungs- und Lehrhaus und einen weiteren Männerpavillion, die infolge des wirtschaftlichen Niedergangs fallengelassen worden waren, wurden anfangs nicht wieder aufgenommen.<sup>672</sup> Einzig die Umnutzung des Inhalatoriums im alten Badehaus zum Vortragssaal mit 50 Plätzen und 16mm-Projektor konnte im Jahre 1937 realisiert werden.<sup>673</sup>

---

<sup>671</sup> Amschler, Hermann: Hellmuth Ulrici und seine Tuberkuloseklinik Waldhaus Sommerfeld, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1952, Heft 6, Seite 348

<sup>672</sup> So ein Versuch Ulricis, das Bauprogramm für ein Ärztewohnhaus und ein Seminarwohnhaus wieder aufzunehmen, in: AS-7601, S. 147, Nennung der ursächlichen Finanzlage, in: Verwaltungsbericht der Reichshauptstadt Berlin, für die Zeit vom 1.4.1932 bis 31.3.36, Heft 15 Charlottenburg, S. 34

<sup>673</sup> Bethge, W.: 50 Jahre Tuberkuloseklinik und -Forschungsstätte „Waldhaus“ in Sommerfeld, in: Anonym: 50 Jahre „Waldhaus“ Sommerfeld, Berlin 1964, S. 11

Erst um 1940 gelang es wieder, ein Bauprogramm für die Erweiterung auf 600 Betten mittels eines neuen Männerpavillons zu verabschieden.<sup>674</sup> Doch auch dieses wurde nie realisiert.

Die Untätigkeit auf dem Bausektor spiegelt jedoch nur bedingt fehlendes Interesse bezüglich der Tuberkulosebekämpfung wider. Einerseits läuft sie bis in die späten dreißiger Jahre kongruent zu den finanziellen Möglichkeiten der Stadt Berlin,<sup>675</sup> andererseits schien eine Erweiterung auch nicht notwendig, da alle Berliner Tuberkuloseanstalten noch schlecht ausgelastet waren.<sup>676</sup>

Bezüglich der Belegung war das Waldhaus aber nur bedingt mit dem Durchschnittswert aller Tuberkuloseanstalten zu vergleichen. Ein vergleichbarer Leerstand lag nicht vor. So lag die Minimalbelegung in den dreißiger Jahren bei 337 Patienten, das entsprach einer Minimalauslastung von über 73%.<sup>677</sup> Vor allem konzeptionelle Unterschiede waren dafür entscheidend. Zwar waren die leichteren chirurgischen Eingriffe nun auch in Heilanstalten möglich, für die schweren Fälle gab es aber als spezialisiertes Haus weiterhin nur das Waldhaus.

Mit dem wirtschaftlichem Aufschwung und der verstärkten Organisation des Fürsorgewesens und dem daraus resultierenden Bettenmangel wandte sich die Stadt Berlin im Jahre 1939 dem Projekt des Krankenhausneubaus in Treptow zu.<sup>678</sup> Ursächlich war neben der gesundheitspolitischer Konzeption der Zentralisierung sicher auch die Lage des Waldhauses entscheidend. So gab es Ende der dreißiger Jahre wohl schon eine Autobusverbindung von Charlottenburg nach Sommerfeld, der Zeitaufwand mit 1,5 Stunden Fahrzeit war aber sehr hoch.<sup>679</sup> Bezeichnenderweise wurden für Veranstaltungen aus der Reihe der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, die im Waldhaus stattfanden, Unterkunft und Verpflegung angeboten, da sich Hin- und Rückreise von und nach Berlin nicht rentierten.<sup>680</sup>

---

<sup>674</sup> AS-X12, S. 101: Brief des Bezirksbürgermeisters vom 3.10.1940. Zu einem Bauprogramm werden keinen genaueren Angaben gemacht. Die Bettenzahl ist zitiert aus: Bethge (1964), S. 12

<sup>675</sup> Zur Entwicklung im Jahre 1937: „Noch kann aber von einer nachhaltigen Sicherung der Finanzlage nicht gesprochen werden. Die Schuldenlast steht noch immer nicht im Einklang mit Leistungsfähigkeit von Wirtschaft und Bürgerschaft...“ in: Verwaltungsbericht der Reichshauptstadt Berlin, für die Zeit vom 1.4.1932 bis 31.3.36, Heft 2a, Hauptfinanzverwaltung, S. 13

<sup>676</sup> 1935 nur zu 61%, siehe letztes Kapitel

<sup>677</sup> Gesamtsituation siehe Grafik 1

<sup>678</sup> Conti (1939), S. 14

<sup>679</sup> AS-X-9, S. 12

<sup>680</sup> Programm des Internationalen Fortbildungskurses über die Chirurgie intrathorakaler Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Lungentuberkulose, vom 29.10. bis 2.11.1934, in: AS-7116, S. 277

Somit waren die Vorteile einer zentralen Krankenanstalt hinsichtlich Patienteneinlieferung, Notfallverlegung, Besuch, oder auch der Lehrmöglichkeiten nicht zu egalisieren.<sup>681</sup>

Erst mit der massiven Überbelegung im Jahre 1940 und 1941 bezog man das Waldhaus wieder in Erweiterungspläne ein. Insofern schien die Stellung innerhalb der Stadtverwaltung gelitten zu haben, erst mit der Abkehr von den zentralistischen Krankenhausprojekten in der Zeit des Krieges erfährt das Waldhaus wieder Berücksichtigung.

*- Bilanz, Kurkosten, Kostenträger, Konsequenzen:*

Auch in der Zeit des NS-Staates wies das Waldhaus ein Haushaltsdefizit auf, welches sich im Vergleich zur Weimarer Republik jedoch relativ konstant auf 300.000 bis 400.000 Reichsmark, d.h. um 25% belief.<sup>682</sup> Interessanterweise blieben die Ausgaben trotz veränderter Therapiepraktiken unter Beibehaltung der fest vereinbarten Kostensätze weitgehend konstant. Ging man von einer steigenden Therapieintensität, besonders in operativer Hinsicht, aus, so mußte man in der Konsequenz eine weitaus kostengünstigere Einzelleistung annehmen. In der Tat läßt sich in den Bilanzen<sup>683</sup> gerade zwischen 1931 und 1934 eine starke Verringerung der Angestellten-Vergütungen und Arbeiter-Lohnausgaben feststellen.<sup>684</sup> In der Folge lassen sich jedoch keinen signifikanten Veränderungen zwischen den Kostenabteilungen feststellen. Insbesondere läßt sich keine Verringerung der Kosten für die Behandlung der Kranken nachweisen. Vergleicht man diese Ausgabenquote mit den Aufnahmezahlen, so muß man daher davon ausgehen, daß die Finanzierung insbesondere der Operationskosten über die längere Liegedauer der einzelnen Patienten kompensiert wurde.<sup>685</sup>

Schon bei der Kostenrechnung der Weimarer Republik war klar geworden, daß sich die Anstalt des Waldhauses trotz dieses Defizits aufgrund eines vergleichsweise hohen Kostensatzes seitens der Kassen pro Patient und Behandlungstag für den Träger der Anstalt

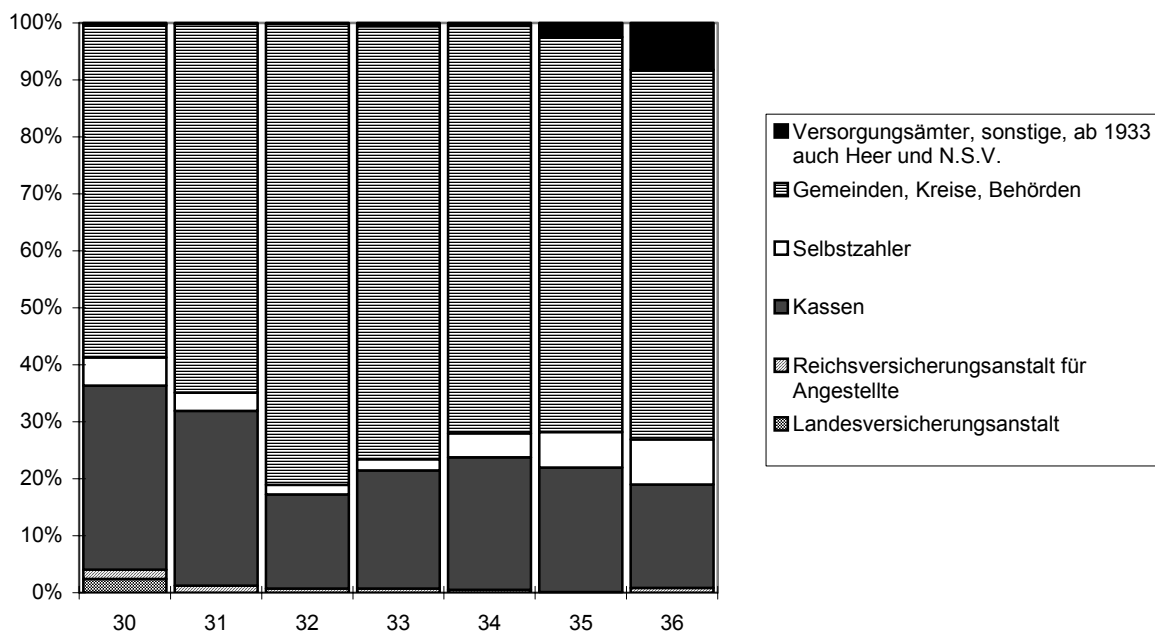
<sup>681</sup> Insofern kann Ulricis Beschreibung der Anstalt im Jahre 1936, in: der er die günstige Lage zur Reichshauptstadt hervorhebt, als Werbung in eigener Sache verstanden werden, in: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1936, Nr. 31, Seite 1271

<sup>682</sup> Siehe Grafik 21, im Vergleich dazu besaß die Heilstätte Beelitz, als einzige ausgelastete Heilstätte der LVA, im Jahre 1935 ein Kostendefizit von ca. 19% ( von den Nutzungsgebühren abgesehen, die an das Reichsversicherungsamt abzutreten waren ), in: Landesversicherungsanstalt Berlin: Verwaltungsbericht für das Rechnungsjahr 1933-1935, Berlin 1934-1936, S. 28-29

<sup>683</sup> AS-ST, 33, 34, 35, 36, und 39, 40, 41

<sup>684</sup> 1931: 464.000 Reichsmark, 1934: 372.000 Reichsmark bei konstanter Zahl von Angestellten und Arbeitern

jedoch relativ neutral finanzieren ließ. Das tatsächliche Ergebnis für den Träger war jedoch entscheidend von der Belegung mit Wohlfahrtsfällen bestimmt, für welche die Stadt selbst aufkommen mußte. Die Verteilung der Kostenträger zeigt folgende Grafik. Demnach verringerte sich zumindest anfangs die Zahl der Wohlfahrtsfälle, beziehungsweise derer, die durch die Gemeinden, Kreise oder sonstige Behörden finanziert wurden.



**Grafik 28: Entwicklung der Kostenträger zu Beginn der NS-Herrschaft, Männer und Frauen, 1930-1936**

Der absolute Rückgang der LVA-Patienten macht deutlich, wie strikt sich die Landesversicherungsanstalten ihrem Grundsatz der Verhinderung der Invalidität verpflichtet sahen. War das Waldhaus im Raum Berlin das einzige Tuberkulosekrankenhaus, so muß man feststellen, daß die Landesversicherungsanstalt Berlin so gut wie keine langwierigen schweren Therapien, wie sie im Waldhaus kostengünstig und hochwertig erfolgen konnten, durchführen ließen.

Bis 1932 nahm die öffentliche Finanzierung entscheidend zu, doch schon ab 1933 zeigte sich ein stärkerer Rückgang. Wie gut zu erkennen ist, geht dieser Rückgang der öffentlichen Förderung klar auf Kosten der Sonstigen-Gruppe, wozu auch die NSV zu zählen war. Daraus

<sup>685</sup> Siehe dazu Grafik 1. In den Akten befindet sich auch eine diesbezügliche Anfrage der Heilstätte Görbersdorf, Dr. Weicker's Lungenheilanstalten, inwieweit in Sommerfeld die operativen Kosten aufgefangen, oder den Kostenträgern in Rechnung gestellt werden.

ergab sich für den Träger der Anstalt, die Stadt Berlin, aber nur dann ein Kostenvorteil, wenn die sonstigen Träger tatsächlich die vollen Kurkosten übernahmen. In vielen Fällen konnte aber nur eine Teilübernahme erreicht werden.<sup>686</sup> Dennoch wurden die Gemeinde darüber entlastet.

Zusätzlich konnte eine Erhöhung des Kostensatz für Kur und Verpflegung auf 6.- Reichsmark und später 7.- Reichsmark mit den Kostenträgern ausgehandelt werden.<sup>687</sup> Bei konstanten Ausgaben hätte dies eine Verringerung des Defizits bedeutet. Die geringe Steigerung der Einnahmen bei relativ konstanter Belegung deutet wiederum auf eine tatsächlich nur anteilige Zahlung des Kostensatzes durch die Kostenträger hin.

Darüberhinaus gelang es der Anstaltsleitung, das lange geforderte Prinzip der Versorgungsklassen einzuführen. Diese Aufteilung war mit Beginn der Weimarer Republik abgeschafft worden, aber schon 1927 wieder in die Diskussion geraten und positiv entschieden worden. Für das Jahr 1935 läßt sich erstmals die E-Klasse, die Einzelbettklasse, nachweisen. Pro Tag waren neben dem Kostensatz der Kassen von 6 Reichsmark weitere 3 Mark Aufschlag und 3 Mark Sonderhonorar für die ärztliche Behandlung zu entrichten.

Andererseits stand das Waldhaus auch unter Kostendruck. So gab es außerhalb Berlins weitaus günstigere Hospitäler, selbst als das Hospital Buch.<sup>688</sup> Der Kostensatz des Tabeenstifts in Frankenstein betrug nur 1,50 Reichsmark pro Tag.<sup>689</sup> Aufgrund dieses Preisgefälles war man vom wirtschaftlichen und damit auch sozialhygienischen Standpunkt aus um so mehr gezwungen, die Belegung des Waldhauses anzupassen. So galt es zu vermeiden, Patienten mit nicht adäquaten Stadien aufzunehmen. Dies betraf einerseits die Heimfälle und andererseits die Frühstadien der Tuberkulose, die auch in Heilstätten mit einem Pneumothorax versorgt werden konnten. Die Schriften Ulricis zur Belegung der Anstalten legen von dieser Problematik Zeugnis ab. Seiner Meinung nach waren sowohl Frühfälle und sogar einseitige Fälle mit Kavernen, als auch doppelseitige Tuberkulosen ohne Kavernen in Heilstätten therapierbar. Alle anderen Fälle wären zunächst einem Tuberkulosekrankenhaus

---

<sup>686</sup> So die Reichsbahnerfürsorge, die nur 4,50 Reichsmark pro Tag, also bei einem allgemeinen Kostensatz von 6.- Reichsmark, nur 75% übernahm, in: AS-X-9, S. 29

<sup>687</sup> Der Zeitpunkt ist unklar, erstmalig in: AS-X-8, S. 10, 27.3.35. In den Akten AS-ST-HA-32-45 wird durchgängig nicht zwischen dem Waldhaus und anderen Krankenanstalten Charlottenburgs unterschieden. Der Kostensatz in den städtischen Kliniken wird aber durchweg 7.- Mark pro Tag und Patient betragen haben.

<sup>688</sup> Im Hospital Buch lagen die Kostensätze pro Tag und Patient bei 3,50 Mark. Siehe dazu die Vergleichsrechnung zu den tatsächlichen Kosten im Kapitel der Weimarer Republik.

<sup>689</sup> AS-X-12, S. 16

zuzuweisen, um das weitere Vorgehen zu entscheiden. Infolge von Zustandsbesserungen wäre dann wieder ein Heilverfahren in Heilstätten anzudenken.<sup>690</sup>

In der Konsequenz entwickelte sich tatsächlich eine rege Zusammenarbeit zwischen dem Waldhaus und den weiteren Anstaltstypen der Tuberkulosebekämpfung. Leider sind diese nicht quantitativ erfaßt worden. Für Einzelfälle läßt sich jedoch sowohl die Vorbehandlung zur Heilstättenkur, die Überweisung in Heimstätten, als auch die Aufnahme zur Beobachtung nachweisen.<sup>691</sup>

Andererseits hatten die Kostenträger aufgrund der differierenden Kostensätze größtes Interesse, die Therapie möglichst in einer anderen Anstalt als Sommerfeld durchführen zu lassen. In Zweifelsfällen bedurfte es der Intervention der Anstaltsleitung, um eine Einweisung und Kostenübernahme nach Sommerfeld zu erreichen.<sup>692</sup>

Interessanterweise häufen sich in den späten dreißiger Jahren die Überweisungen in Kliniken der höheren Versorgungsstufe, wie dem Universitätsklinikum der Charité. Da diese nicht quantitativ erfaßt wurden, ist keine Aussage über eine mögliche Aufgabenteilung zwischen den Anstalten möglich. Es gilt jedoch festzuhalten, daß das Waldhaus auch nach mehr als 25 Jahren großer Chirurgie Patienten zur Bronchoskopie verlegen ließ.<sup>693</sup>

*- Aufnahmezahlen und Liegedauer, Todesfälle, Stadienverteilung und Konsequenzen:*

Bis 1933 wiesen die Aufnahmezahlen eine stetige Steigerung auf, wobei die Liegedauer sich entsprechend invers verhielt.<sup>694</sup> Ab 1933 kann jedoch eine eklatante Umkehrung festgestellt werden. Nach 1933 nahm die jährliche Aufnahme im Trend ab, die Liegedauer der Patienten über die Jahre jedoch um bis zu 50% zu.<sup>695</sup>

Besonders zwischen 1933 und 1935 war eine rapide Abnahme der Aufnahmezahlen bei relativ kleiner Veränderung der Durchschnittsbelegung zu verzeichnen. Dies spricht wohl für

<sup>690</sup> Ulrici, Hellmuth: Lungentuberkulose. Sonderdruck aus „Die Ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung“, Charlottenburg, ohne Jahreszahl, (nach 1939) S. 11, in: AS-X-12, S. 102

<sup>691</sup> Auch galt das Waldhaus innerhalb der Tuberkulosekrankenhäuser als beratende Institution. So ließ sich das Krankenhaus Oderberg der LVA Hamburg bei Ulrici bezüglich der Operationsindikation beraten, in: AS-X-12, S. 103. Dokumente zur Verlegung und Beobachtung, in: AS-X-12, S. 9 und S. 13, AS-X-9, S. 7

<sup>692</sup> Aktennotiz, vom 18.12.1936, in der über die Rücknahme der Einweisung in die Heilstätte Treuenbrietzen zugunsten des Waldhauses berichtet wird: Man würde „sich an den Oberpräsidenten wenden und bitten, dass auch für Beetz-Sommerfeld in diesem Falle Kostenanteile übernommen“ würden. AS-X-20, S. 16b

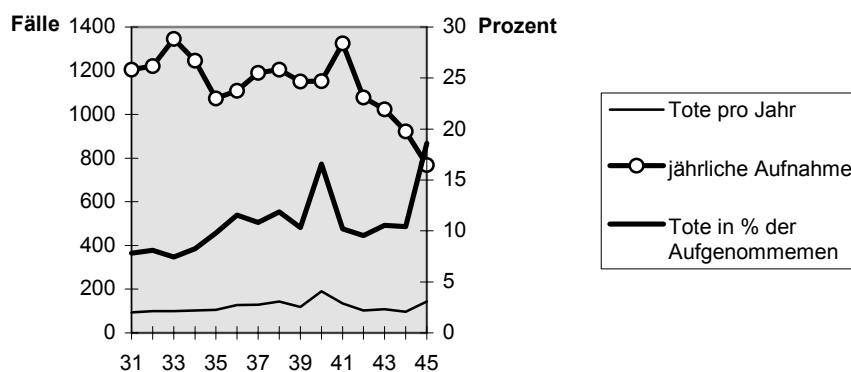
<sup>693</sup> Mehrere Fälle in: AS-X-20, S. 16

<sup>694</sup> siehe dazu Grafik 1

<sup>695</sup> Zunahme von 1935, 100 Tage, auf 1944, 155 Tage, ebda

ein 'morbideres Patientengut', aber faktisch nur für langwierigere Therapien. In der Tat steigt genau ab 1933 die Liegedauer an. Erst mit einer gesteigerter Auslastung ab 1936 konnten sich die Aufnahmezahlen wieder erholen. Dieses Phänomen war in Anbetracht der steigenden Liegedauer wohl dem allgemeinen Bettenmangel zuzurechnen.

Die tatsächlichen Kosten für den Träger, aber auch der konzeptionelle Erfolg waren, wie schon für die Weimarer Republik nachgewiesen, entscheidend von der adäquaten Belegung der Anstalt abhängig.



**Grafik 29: Entwicklung der Aufnahmezahlen und Todesfälle im Waldhaus, 1931-1945, absolute und relative Darstellung**

Die obige Todesstatistik zeigte zwischen 1933 und 1944 im Trend einen starke Zunahme der Todesfälle von 7% auf etwa 10% der Aufnahmen. Allerdings war sie in ihrem Verlauf nicht homogen. Für das Jahr 1940 war eine auf ein Jahr isolierte Zunahme um 60% gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Eine solche Veränderung der Werte hatte es in der ganzen Klinikgeschichte nicht gegeben. Auch vor 1933 nicht. Zudem hatte diese Veränderung keine epidemiologische Korrelation.<sup>696</sup> Man muß vielmehr darauf hinweisen, daß es einen ähnlichen sprunghaften Anstieg für das Jahr 1940 auch in der Tuberkuloseanstalt Dr. Heim-Hospital in Berlin-Buch zu verzeichnen gibt.<sup>697</sup> Für den dortigen Anstieg wird der Verdacht auf eine Euthanasie an Tuberkulösen geäußert.<sup>698</sup> Für das Waldhaus kann aber in Anbetracht der Aktenlage keine entsprechende Indizienkette aufgestellt werden.<sup>699</sup> Es gilt aber festzuhalten, daß es im Waldhaus weitgehend losgelöste Abteilungen des dirigierenden Arztes

<sup>696</sup> Die Tuberkulosekurve Groß-Berlins in: Vogler, Paul und Hassenpflug, Gustav: Das Gesundheitswesen in der Bauplanung Berlins, Berlin 1948, S. 47

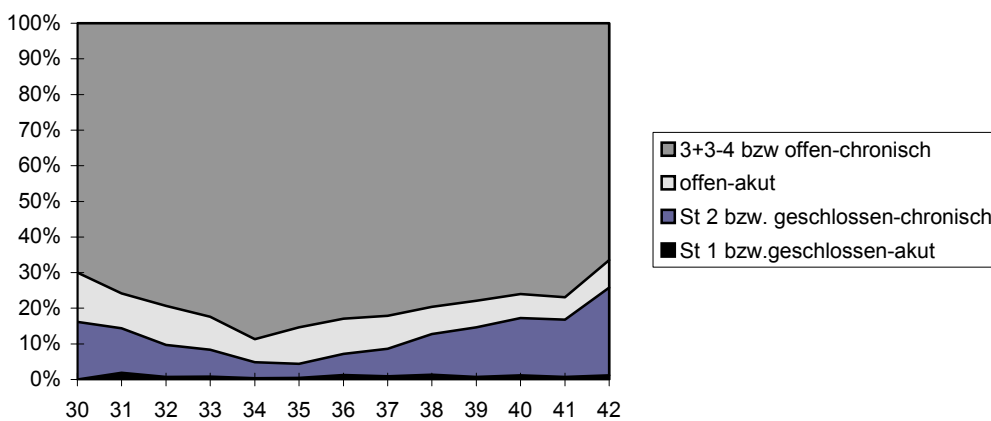
<sup>697</sup> Vergleiche dazu die Angaben am Anfang des NS-Kapitels

<sup>698</sup> Wolff (1996), S. 129

<sup>699</sup> So liegen keine Statistiken zu anonymen Beerdigungen auf dem Anstaltsgelände vor.

Diehl gab, die nicht unter der Verwaltung und Kontrolle Ulricis standen.<sup>700</sup> Auch nach 1944 war ein gewaltiger Anstieg der Todesfälle zu verzeichnen. Sollten sich alle diese Bewegungen auf ein verändertes Patientengut zurückführen lassen ?

Die Bewertung des Patientenguts nach Stadien und somit Schweregrad läßt sich für diese Zeit aufgrund des Einteilungswechsels nur bedingt nachvollziehen. Geht man davon aus, daß ab 1930 alle Stadieneinteilungen prognostisch ungünstige Fälle enthielten, war die Anstalt vorwiegend mit schwerkranken Patienten belegt. Allerdings lassen sich zwischen 1934 und 1945 spezifische Veränderung auch im Trend gegenüber der Weimarer Republik feststellen.



**Grafik 30: Entwicklung der Häufigkeit bestimmter Krankheitsstadien, basierend auf der Einteilung von 1930, 1930-1942**

So zeigt sich in der Verteilung der Stadien ab 1933 eine stetige Abnahme der chronisch offenen Fälle. Letztere enthielten aber gerade die Fälle mit kaverner Tuberkulose. Dagegen steigt die Gruppe der chronisch geschlossenen Fälle an. Diese bestand vorwiegend aus produktiv-cirrhotischen Fälle, die eine weitaus bessere Prognose aufwiesen.<sup>701</sup>

Im Jahre 1933 hatte Ulrici noch Kritik geäußert, in der er eine Abhilfe für die Überbelegung mit 72% doppelt-kavernösen Patienten anmahnte. Mit den aktuellen Veränderungen ging

<sup>700</sup> So war ab 1939 eine derartige Verstimmung zwischen Ulrici und Diehl zu verzeichnen, daß Diehl offenbar weitgehend selbst über die Zusammensetzung des Patientenguts bestimmen konnte. Dazu Ulrici im November 1940: „Ich habe 12 Jahre lang den Versuch einer Einschränkung der ärztlichen Befugnisse Diehls ängstlich vermieden, um seine Empfindlichkeit zu schonen, obwohl die Selbständigkeit der Stellung des dirigierenden Arztes von der Behörde gar nicht vorgesehen war.“ In: AS-X-12, S. 144

<sup>701</sup> So sieht Ulrici darin „sehr chronische und relativ recht gutartige Prozesse“, in: Ulrici, Hellmuth: Lungentuberkulose. Sonderdruck aus „Die Ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung“, Charlottenburg, ohne Jahreszahl, ( sicher späte dreißiger Jahre) S. 11, in: AS-X-12, S. 102



insofern eine Besserung der Situation einher, als gerade diese Patientengruppe verkleinert worden war.

Damit hatte sich schlagartig ein Wechsel in der Ausrichtung des Tuberkulosekrankenhauses ergeben. Zwar war das Tuberkulosekrankenhaus weiterhin die Domäne der Behandlung der schwierigen chronisch-offenen Tuberkulose, die sozialhygienische Formel der Bewahrung der Schwerverkranken war aber zunehmend verlassen worden. In Anbetracht der Unheilbarkeit dieser Patientengruppe wurde die Aufnahme zugunsten leichter Fälle verändert. Für die Vorkriegsjahre verhielt sich diese Entwicklung im Kontrast zu publizierten Schemen.<sup>702</sup>

Es schien sich damit seit 1933 in der praktischen Arbeit die Ansicht durchzusetzen, daß eine Vielzahl der offenen chronischen Fälle nicht therapierbar waren und somit nicht nach Sommerfeld gehörten. Für eine gestiegenen Quote der Verlegung in Heime fehlen allerdings verlässliche Zahlen.<sup>703</sup> Es gibt vielmehr Anzeichen, daß sich bei der Versorgung der Schwerverkranken die Hauspflege wieder verstärkt durchsetzte.<sup>704</sup>

Für die Entwicklung in den Kriegsjahren scheinen reichsweit ähnliche Vorgaben und Verordnungen maßgebend. So existieren schon für 1941 Hinweise, daß eine gesonderte Unterbringung von Offentuberkulösen angedacht wurde. Man plante die Unterbringung der Offentuberkulösen in aus Luftschutzgründen geräumten Krankenanstalten. In einem Entwurf des Reichstuberkuloseausschuß aus dem Jahre 1942 war beabsichtigt, „alle Fälle mit zweifelhaften Erfolgsaussichten, bei denen der Erfolg vielleicht nur mit einem jahrelangen Anstaltsaufenthalt zu erzielen ist“, von der Anstaltsbehandlung auszuschließen.<sup>705</sup> Die Erzielung der Arbeitsfähigkeit war zum Maßstab für die Gewährung einer Anstaltsbehandlung geworden. Gerade die Vielzahl der offen-chronischen Fälle gehörten aber jener Gruppe an, bei denen die Erfolgsaussichten der Therapie gering waren.

Ulrici formulierte die Aufgaben des Tuberkulosekrankenhauses weitergehend:

***„So propagieren wir denn heute, ... für die prognostisch unklaren Fälle  
und für alle offenen Lungentuberkulösen den Weg über die***

<sup>702</sup> Ulrici sieht explizit die „geschlossenen produktiven Tuberkulösen“ als geeignet für Heilverfahren in Heilstätten, in: Ulrici, Hellmuth: Lungentuberkulose. Sonderdruck aus „Die Ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung“, Charlottenburg, ohne Jahreszahl, (späte dreißiger Jahre) S. 11, in: AS-X-12, S. 102

<sup>703</sup> Insbesondere an das Tuberkulosehilfskrankenhaus Dr. Heim in Buch

<sup>704</sup> So gibt Ulrici auch die Hauspflege als Ort des Abwartens an, danach sei erst eine Entscheidung zur Therapie zu fällen, in: Ulrici, Hellmuth: Die geschlossene Fürsorge (Anstaltsbehandlung), in: Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung, Band X, 1941, S. 88

<sup>705</sup> Kelting (1972), S. 68

*Tuberkuloseklinik, die alle diagnostischen Methoden anzuwenden hat und allen operativen Aufgaben gewachsen ist ...*<sup>706</sup>

Dies entsprach der Entwicklung zu einem diagnostischen und therapeutischen Durchgangshaus. Diese Entwicklung hat in Sommerfeld aber nicht oder nur begrenzt stattgefunden. Der Typus Tuberkulosekrankenhaus als Durchgangshaus kann insbesondere im Hinblick auf die Verlängerung der Liegezeiten und die Verringerung der Aufnahmezahlen für das Waldhaus nicht nachgezeichnet werden.



Abbildung 21: Zufällige Aufstellung verschiedener Firmen, die sich insbesondere nach einer absehbaren Arbeitsfähigkeit erkundigten, alle nach Kriegsbeginn, in: AS-X-12, S. 203

<sup>706</sup> Ulrici, Hellmuth: Die geschlossene Fürsorge (Anstaltsbehandlung), in: Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung, Band X, 1941, S. 78-110

Es gilt damit festzuhalten: Die Liegedauer hat sich nicht aufgrund eines morbideren Patientenguts, sondern auf der Basis langwierigerer Therapien verlängert. Die Ausrichtung des Tuberkulosekrankenhauses hatte sich bezüglich der Patientenauswahl endgültig von sozialhygienischen Zielen der Anfänge der Klinik verabschiedet. Die Patientenaufnahme war zwar immer noch von schweren offen-chronischen Fällen dominiert, allerdings nahm die Gruppe der geschlossen Heilstätten-Fälle zu. Es gibt einen suspekten Anstieg der Todesquote im Jahr 1941, der keine Entsprechungen in der Stadienverteilung des Patientenguts besitzt. Für vergleichbare Anstiege wird der Verdacht auf Euthanasie an Patienten geäußert. Dieser kann auf der Grundlage des vorhandenen Materials jedoch nicht genau belegt werden. Eine quantitativ auffällige Entwicklung zum Durchgangshaus konnte hingegen nicht nachgewiesen werden.

*- Personal, Medizin:*

Beim Personalbestand zeigten sich in den dreißiger Jahren kaum Veränderungen. So blieb die Anzahl der Ärzte bis 1938 bei 14, ging daraufhin aber bis 1942 auf 11 zurück.<sup>707</sup> Danach liegen nur noch ungesicherte Zahlen vor. Die Zahl des Gesamtpersonals verhielt sich insofern variabler, als sie im Trend bis 1938 einen geringen Anstieg aufwies, um danach wieder auf Anfangswerte abzufallen.<sup>708</sup>

Der Personalbestand blieb bis 1938 weitgehend auf dem Niveau von 1933 stehen. In Anbetracht der konstanten Bettenzahl von 460 Betten war dies verständlich. Relativ früh zeigt sich jedoch 1938 eine stetige Abnahme der Ärzteschaft, während bezüglich des Gesamtpersonals zumindest die Anfangswerte von 1933 gehalten werden konnten. So scheinen schon die Kriegsvorbereitungen die verfügbare Ärzteschaft dezimiert zu haben und die frei gewordenen Stellen nur mit Schwierigkeiten wieder neu besetzt worden zu sein.

Im folgenden soll nun die Medizin des Waldhauses der dreißiger Jahre charakterisiert und möglichst quantifiziert werden. Die Darstellung erfolgt nach der Unterteilung in Diagnostik, Therapie und Forschung.

Die Diagnostik war insbesondere von Verbesserungen auf dem Gebiet der Lungentuberkulose geprägt. So war die klassische Röntgenaufnahme durch die Kontrastaufnahme mit Jodipin erweitert worden. Sie wurde zur Erkennung von Kavernen und Bronchiektasien angewandt.

---

<sup>707</sup> siehe Tabelle 1

Dieses jodhaltige Kontrastmittel wurde anfangs mit der „Schwedenspritze“, die eine gießkannenartige Kanüle besaß, auf Höhe des Kehlkopfes, später jedoch mit einem Gummikatheter in die Luftröhre eingebracht.<sup>709</sup> Das Schichtverfahren, d.h. die Tomografie, verdrängte schließlich diese Methode, da sie ohne Kontrastmittelgabe eine gute Darstellung der Kavernen ermöglichte.<sup>710</sup> Inwieweit diese jedoch im Waldhaus oder im Westend-Krankenhaus durchgeführt wurde, konnte nicht geklärt werden. Die ersten Tomografien stammen aus der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre, im Vergleich zur Einführung dieser Diagnostik in den allgemeinen Klinikbetrieb um 1932 stellt dies eine relativ frühe Anwendung dar.<sup>711</sup> Zudem wurde die röntgenologische Darmuntersuchung durchgeführt, die insbesondere die Indikationstellung bei weiterer Therapie erleichterte.<sup>712</sup>

Hinsichtlich bakteriologischer Untersuchungen waren keine weitreichenden Veränderungen festzustellen. So war das Antiformin-Mikroskopieverfahren weiterhin Standard, das kurzzeitig angewandte Flueoreszenzverfahren wurde wieder verlassen, da der Aufenthalt in verdunkelten Räumen die Arbeit des Labors doch sehr einschränkte.<sup>713</sup>

Im Jahre 1935 wurde das Lungenfunktionslabor im neueren Frauenpavillon eingerichtet.<sup>714</sup> Damit konnte ein Krankheitsprozeß nicht nur anatomisch-pathologisch, sondern auch hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Funktion untersucht werden. Dies hatte insbesondere eine Auswirkung auf die Planung großer Thoraxoperationen.<sup>715</sup> Mit dem Knipping'schen Spirometer konnte die noch heute gültige Einteilung und Untersuchung der Lungenvolumina vorgenommen werden. Andererseits wurde die Dauerleistungsfähigkeit über Zeit-Volumen-Beziehungen<sup>716</sup> nachgeprüft. Über eine grafische Auswertung war die Sauerstoffaufnahme zu errechnen. Gleichzeitig wurde die Kontrolle mit Blutgasanalyse mit PH-Bestimmung eingeführt.<sup>717</sup> Die funktionalen Auswirkungen konnten somit qualitativ und

---

<sup>708</sup> Anstieg von 234 Personen im Jahre 1933 auf 246 im Jahre 1938, und Abfallen auf 236 im Jahre 1942, in: AS-ST-HA-34, -38, -42

<sup>709</sup> Ulrici, Hellmuth: Klinik der Lungentuberkulose, Berlin 1944, S. 77

<sup>710</sup> Ebda, S. 79 ff.

<sup>711</sup> Felix, R. und Bittner, R.C.: Tuberkulose und radiologische Diagnostik. 100 Jahre nach W.C. Röntgen, in: Pneumologie, 1995, S. 658

<sup>712</sup> Im Waldhaus eingeführt von Dr. von der Weth, systematisiert von Prof. Julius Rother. Ulrici sah in der Darmtuberkulose eine Kontraindikation zur Heilstättenbehandlung, als auch zur operativen Therapie, in: Diehl (1965), S. 315, und Ulrici, Hellmuth: Lungentuberkulose. Sonderdruck aus „Die Ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung“, Charlottenburg, ohne Jahreszahl, (späte dreißiger Jahre) S. 11, in: AS-X-12, S. 102

<sup>713</sup> Ulrici (1944), S. 93

<sup>714</sup> Bethge (1964), S. 10

<sup>715</sup> Ulrici (1944), S. 111 ff.

<sup>716</sup> Minutenvolumen, Atemgrenzwert: Letzteres ist das maximal ventilierte Luftvolumen pro Minute, in: Ulrici (1944), S. 115

<sup>717</sup> Bethge (1964), S. 10

quantitativ analysiert werden. Die lange verteidigte Tuberkulinprobe wurde nur noch bei Kindern angewandt.<sup>718</sup>

Die Therapie der Tuberkulose wurde infolge des Fehlens einer kausalen Antwort weiter nach dem Muster der Weimarer Republik durchgeführt. So waren die allgemeine, die symptomatische, die Reiz-, die Strahlen- und die operative Therapie in Gebrauch. Allerdings hatten sich Verschiebungen in der Häufigkeit ihrer Anwendung ergeben.

Als Basistherapie galt weiterhin die Allgemeinthherapie aus Liege- und Freiluftkur gemeinsam mit spezifischen Diäten. Die Sauerbruchsche Diät, vornehmlich aus Fleischprodukten bestehend, war jedoch wieder verlassen worden. Nur der fiebrige Patient im akuten Schub erhielt eine leichtverdauliche Diät, sonst wurde kräftige Normalkost verabreicht.<sup>719</sup>

Mit der Arbeitstherapie verband Ulrici zwei Ziele: Einerseits die Kräftigung für die Rückkehr in den Beruf und andererseits die Umschulung auf andere Berufe. Ulrici ließ die Patienten auch in den vierziger Jahren vornehmlich für leichte körperliche Arbeiten auf freiwilliger Basis heranziehen.<sup>720</sup> So waren in Sommerfeld Patienten weiterhin hauptsächlich in der Gärtnerei und in Holzwerkstätten beschäftigt. Die Arbeitstherapie konnte somit nicht in solcher Systematik und Geschwindigkeit wie in anderen deutschen Heilstätten in die Therapie integriert werden. Sicherlich lag dies auch an den baulichen Voraussetzungen.<sup>721</sup>

Die Gymnastik wurde in den dreißiger Jahren verstärkt. Ab 1937 war ein Turnlehrer für die „Heilturnkurse“ angestellt.<sup>722</sup>

Die symptomatische Therapie erstreckte sich weiter auf die Gabe fiebersenkender Medikamenten, aber auch auf Hausmittel, wie „¼ l Milch mit einem Eßlöffel Kognak versehen“ als Mittel gegen Nachtschweiß.<sup>723</sup> Dem Husten war einerseits mit „Hustendisziplin“, bestehend aus oberflächlicher Atmung, Leerschlucken, Hustenbonbon, Räuspern, oder Opiaten beizukommen.<sup>724</sup> Bei der Lungenblutung, dem Blutsturz, wurde erst Calcium Chloratum injiziert und Gelatine wegen der Tetanusgefahr nur oral gegeben. Bei großen Blutungen wurden zudem die Extremitäten zur Druckminderung im kleinen Kreislauf abgebunden und nach 2 Stunden allmählich gelockert. Als stärkstes Mittel stand der Pneumothorax zur Kompression der Blutgefäße zur Seite, wonach „die Blutung in der Regel

---

<sup>718</sup> Ulrici (1944), S. 121 ff.

<sup>719</sup> Dazu zählte auch Alkohol, „ein kleines Glas starken Wein ... oder dunkles Bier vor dem Essen“ als appetitanregende Medizin. Auch hielt er „eine kleine Zigarre am Tag, möglichst im Freien geraucht, für unschädlich,“ in: Ulrici (1944), S. 304 -306 und 318

<sup>720</sup> seit 1928

<sup>721</sup> So meint Ulrici, daß sie „noch nicht so weit“ wären, in: Ebda, S. 312

<sup>722</sup> AS-ST-HA-37

<sup>723</sup> Ebda, S. 317

<sup>724</sup> Ebda

prompt“ stand.<sup>725</sup> Damit waren hinsichtlich der allgemeinen und symptomatischen Therapie keine Veränderungen aufgetreten. Das genau geregelte Tagesprogramm prägte weiter das Bild, galt es doch weiter genau eingehalten zu werden, da durch „selbständige Abweichungen ... die Wirkung oft ins Gegenteil“ umzuschlagen drohte.<sup>726</sup>

Den Reiztherapien hatte Ulrici schon in den zwanziger Jahren kritisch gegenüber gestanden. Zwanzig Jahre später ist sein Urteil ein vernichtendes. Einzig die Sonnentherapie und deren Ersatz, die Quarzlampe, seien anzuwenden. Die Indikation bestand nun für alle Formen. Aber auch darin sei ein rigider minutiöser Bestrahlungsplan einzuhalten. Aufgrund der übermäßigen Reizeinwirkung war es bei Lungentuberkulösen zu tödlichen Lungenblutungen gekommen. Demnach war die maximale Besonnungszeit auf 45 Minuten festgesetzt. Derweil wurde der Patient mit feuchten Kompressen gekühlt und danach in den Schatten verlegt.<sup>727</sup> Die Röntgentherapie wurde nur selten, bei indurierenden Formen der Lungentuberkulose benutzt.<sup>728</sup>

Überragendes Behandlungsprinzip war jedoch die Kollapstherapie, einerseits als Pneumothorax mit seinen Zusatzverfahren und andererseits mittels der bekannten größeren Operationen.

Aus den Operationszahlen ergibt sich jedoch nur ein unklares Bild über die tatsächliche Quote der behandelten Patienten, da es des öfteren zu Mehrfachbehandlungen kam. Im Jahre 1944 gibt Ulrici an, daß nur circa 5,5% der Patienten mit den größeren Operationen behandelt wurden. Geht man davon aus, daß der Pneumothorax vorwiegend nur ein einziges Mal angelegt wurde, so errechnen sich aus den Behandlungszahlen circa 30% aller Aufgenommenen, die mit dem Pneumothorax versorgt wurden.<sup>729</sup>

Bezüglich der Indikation zu den operativen Verfahren waren auch nur geringfügige Veränderungen festzustellen: So war die Therapie mit dem Pneumothorax weitgehend auf die offene Tuberkulose beschränkt. Wie aber auch schon zum Ende der Weimarer Republik wandte man das gleiche Verfahren auch bei den geschlossenen Tuberkulösen an, bei welchen sich Zeichen des zerfallenden Verlaufs, d.h. der Bildung der Kaverne, erahnen ließen.<sup>730</sup>

---

<sup>725</sup> Ebda, S. 322

<sup>726</sup> Ebda, S. 305

<sup>727</sup> Ebda, S. 346

<sup>728</sup> Ebda, S. 348. In Grafik 22 wurden bis 1929 alle Bestrahlungsarten gemeinsam aufgeführt, ab 1930 stellt der Graph nur die Anzahl der Röntgentherapien dar. Leider liegen keine genauen Zahlen zur Sonnenbestrahlung nach 1945 vor.

<sup>729</sup> Desweiteren waren in diesen 30% fast alle Patienten enthalten, die in der Folge den großen Operationen unterzogen wurden.

<sup>730</sup> die sogenannten Frühfälle, hauptsächlich bei Jugendlichen, in: Ulrici (1944), S. 375

Nachdem in der Weimarer Republik des öfteren Probleme mit den Ergebnissen der Thorakoplastik aufgetreten waren, konnte man die Indikationsstellung für dieses Verfahren in den dreißiger Jahren präzisieren.<sup>731</sup> Zu dieser großen Operationsart traten auch in Sommerfeld vermehrt die schonenderen Verfahren hinzu.

Dazu zählte einerseits die extrapleurale Pneumolyse mit oder ohne extrapleurale Plombe. Auch wenn dieses Verfahren manchmal in Kombination mit der Thorakoplastik ausgeführt wurde, so nahm die Anzahl bis 1944 stetig zu. Die Zahl der Thorakoplastiken konnte damit auf einem niedrigen Niveau stabilisiert werden.<sup>732</sup>

Während des Tuberkulose-Kongresses 1939 in Rom hatte Ulrici das italienische Tuberkulose-Forschungsinstitut, das Forlani-Institut besucht. Dort konnte Ulrici eine Reihe Patienten begutachten, die nach dem Monaldi-Verfahren erfolgreich behandelt worden waren.<sup>733</sup> Dieses Verfahren bestand im Prinzip aus einer selektiven Saugdrainage der Kaverne nach außen durch die Thoraxwand.

In der Folge wurden auch in Sommerfeld einige Monaldi-Drainagen, hauptsächlich von Diehl, ausgeführt.<sup>734</sup> Die Ergebnisse mahnten aber zur Zurückhaltung. Erst im Jahre 1941, auf dem Tuberkulosekongreß der deutschen Tuberkulose-Gesellschaft in Baden-Baden stellte Monaldi 600 erfolgreiche Fälle einer beeindruckten Hörschaft vor. Auch wurden erste Erfolge aus deutschen Anstalten bekannt gegeben.<sup>735</sup> Quantitativ konnte sich diese Therapie aber weder in Sommerfeld noch an anderen Heilstätten durchsetzen.<sup>736</sup>

Will man die chirurgische Arbeit des Waldhauses bewerten, so ist man verwundert, wie wenige Langzeitkontrollen der chirurgischen Patienten erfolgten. So ist es kein Wunder, daß selbst in Ulricis Werk zur Lungentuberkulose von 1944 zum Teil Heilquoten aus den frühen dreißiger Jahren angegeben werden. Im Durchschnitt wird im Waldhaus in den vierziger Jahren eine Dauererfolgsquote, d.h. in diesem Falle Bazillenfreiheit, beim Pneumothorax mit Ergänzungsoperation von 29%, bei der Thorakoplastik von 44% erreicht worden sein. Damit

---

<sup>731</sup> genauere Angaben macht Ulrici nicht, spricht aber von größerer Zurückhaltung. Insbesondere die Lungenfunktion wurde als neues Maß eingeführt., in: Ebda, S. 110 und S. 442

<sup>732</sup> siehe Grafik 24: Operative Verfahren und Pneumothorax

<sup>733</sup> Ulrici (1944), S. 372

<sup>734</sup> Im Jahre 1940: Insgesamt 30 Fälle, 3 geschlossen, 7 gestorben (davon 5 keine Monaldi-Folgen), davon nach längerer Behandlung noch 21 fakultativ offen, in: AS-X-12, S. 105b-d

<sup>735</sup> Lütgerath: 9. Tagung der deutschen Tuberkulose-Gesellschaft vom 8.10-10.10.1941 in Baden-Baden, in: Deutsches Tuberkulose-Blatt, 1941, Heft 11, S. 286-292

<sup>736</sup> Bochalli schreibt Heinrich Grass für das Jahr 1939 die erste Erwähnung des Monaldi-Verfahrens zu, in: Bochalli (1958), S. 114

wies man exakt die gleichen Werte wie 1932 auf.<sup>737</sup> Andere Kliniken wiesen eine weitaus höhere Quote auf.<sup>738</sup>

Die eigenen Entlassungserfolge bei der Pneumothoraxtherapie lagen aber weitaus höher. So kritisierte Ulrici zu Recht die fehlende konsequente Durchführung der Behandlung. Insbesondere die Nachbehandlung, d.h. die Nachfüllung der Thorax, litt im großen Stil unter nicht fachgerechter Durchführung und der Compliance der Patienten.<sup>739</sup> Bei diesbezüglichen Verbesserungen seien Heilungsquoten, d.h. dauernde „Bazillenfreiheit“ von 50% möglich.<sup>740</sup> Dies ist für die heutige Bewertung der chirurgischen Therapien von Bedeutung.<sup>741</sup>

So stellt Ulrici im Jahre 1944 nach 30 Jahren Chirurgie zusammenfassend fest:

**- 25% der offenen Tuberkulösen können durch Kollapsbehandlung endgültig geheilt werden**

**- 20% der Kranken werden wieder dauernd voll erwerbsfähig“<sup>742</sup>**

Sprach Ulrici vom Waldhaus als Tuberkulosekrankenhaus, welches alle Therapien, d.h. alle Formen der chirurgischen Behandlung der Tuberkulose aufwies, so galt dies spätestens seit Beginn der universitären Lungenchirurgie nicht mehr. Neuere Verfahren wie die Lobektomie, d.h. die einseitige Pneumektomie, oder später die selektive Resektionschirurgie wurden an den Universitäten oder Forschungsinstituten entwickelt.<sup>743</sup> Bezeichnenderweise hielt kein Chirurg des Waldhauses einen Vortrag an der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, als dort im Herbst 1934 der „Internationale Fortbildungskurs über die Chirurgie intrathorakaler Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose“ unter der Führung Sauerbruchs abgehalten wurde.<sup>744</sup>

Zwar waren die neuen Operationstechniken noch nicht zu Standards gereift, das Waldhaus besaß aber auch nicht die Apparaturen für diese ausgedehntere Lungenchirurgie. So wurden

<sup>737</sup> Ulrici (1944), S. 448 und Roloff, Wilhelm: Dauererfolge der Lungenkollapsbehandlung, in: Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge, 1932, Nr. 15, S. 172 ff.

<sup>738</sup> Adelberger im Jahre 1939: 1.578 Plastiken untersucht: 70% „Bazillenfreiheit“ nach 2 Jahren, 654 Pneumolysen nachuntersucht, davon 83% nach 2-5 Jahren „bazillenfrei“, in: Lütgerath: 9. Tagung der deutschen Tuberkulose-Gesellschaft vom 8.10-10.10.1941 in Baden-Baden, in: Deutsches Tuberkulose-Blatt, 1941, Heft 11, S. 286-292

<sup>739</sup> gute Beschreibung, in: Alexander, Hans. Nachdenkliches zur Pneumothoraxbehandlung in der Praxis, in: Deutsches Tuberkulose-Blatt, 1941, Heft 1, S. 10-17

<sup>740</sup> Ulrici, Hellmuth: Pneumothoraxbehandlung, in: Ergebnisse der gesamten Medizin, 1935, Band 20, S. 33-37

<sup>741</sup> Desweiteren wendet sich Ulrici explizit gegen eine quantitativ wichtige Selbstheilungstendenz bei der offenen Tuberkulose, in: Ulrici, Hellmuth: Diagnose und Prognose der tuberkulösen Kaverne, in: Zentralblatt f. innere Medizin, 1933, Nr. 12, S. 258

<sup>742</sup> An der Erwerbsfähigkeitsquote erkennt man die Nebenwirkungsrate der operativen Therapie, in: Ulrici (1944), S. 448

<sup>743</sup> in Nissen, Rudolf: Helle Blätter, dunkle Blätter, Erinnerungen eines Chirurgen, Stuttgart 1969, S. 320

<sup>744</sup> AS-7116, S. 273-276



die großen Operationen in rektaler Avertin- oder Lokalanästhesie durchgeführt.<sup>745</sup> Die dokumentierten Überweisungen in die Charité<sup>746</sup> geben einen weiteren Anhaltspunkt dafür, daß eine entsprechende Modernisierung der Chirurgie in Sommerfeld unterblieb und damit die Entwicklungen der neuen Lungenchirurgie der späten dreißiger und frühen vierziger Jahre nicht entsprechend angewendet werden konnten.

Damit bewegte sich Ulrici aber in der Gesellschaft der übrigen Tuberkuloseanstalten in Deutschland. Im internationalem Vergleich kann die Entwicklung der Chirurgie im Waldhaus damit sogar als typisch für die Entwicklung der deutschen Lungenchirurgie angesehen werden.<sup>747</sup>

*- Forschung:*

Vergleicht man die Zahl der Veröffentlichungen, so ist für die Zeit nach 1933 eine verminderte Publikationstätigkeit festzustellen.<sup>748</sup> Von allen Veröffentlichungen aus dem Waldhaus waren nur 40 % in dieser Zeit entstanden.<sup>749</sup> Im Vergleich zur allgemeinen Steigerung der Publikationstätigkeit deutete eine solche Entwicklung auf eine geringere klinische und experimentelle Forschung hin.<sup>750</sup> Aber auch die Bedeutung der Veröffentlichungen nahm ab. Das lag einerseits in den geringen Fortschritten der damaligen Tuberkulosemedizin, andererseits in der Arbeit des Waldhaus selbst begründet.

Ulricis Arbeiten konzentrieren sich anfangs weiterhin auf die Indikation, die Durchführung und die Nachsorge der operativen Verfahren. Gerade in den ersten Jahren sind nahezu 50% der Arbeiten der Chirurgie oder deren Randgebieten gewidmet. Nach 1936 sind dies nur noch

---

<sup>745</sup> Ulrici (1944), S. 411

<sup>746</sup> AS-X-20, S. 16

<sup>747</sup> Nissen führt die Aufnahme der Lobektomie in den USA als Beispiel heran. Die späteren Resultate und Entwicklungen aus den USA seien in Deutschland bis nach dem Zweiten Weltkrieg nicht ernst genommen worden, in: in Nissen, Rudolf: Helle Blätter, dunkle Blätter, Erinnerungen eines Chirurgen, Stuttgart 1969, S. 320 ff.

<sup>748</sup> Gesamtzahl der Veröffentlichungen nach 1933 circa 120 Werke, davon allein 42 von Ulrici, aus Publikationslisten, in: AS-X-19-16

<sup>749</sup> Zieht man die geringe Personalstärke in den frühen zwanziger Jahren zusätzlich als Kriterium heran, so vermindert sich die Quote noch um ein weiteres. Gerade im Vergleich zu den Jahren 1925 und 1926, in denen bis zu 18 Werke pro Jahr veröffentlicht wurden, stehen die Jahre nach 1933 eindeutig zurück, selbst bei kriegsbereinigter Quote. Bezieht man alle Veröffentlichungen auf den Zeitraum effektiver Arbeit und Veröffentlichung, bis etwa 1942, so kommt man nur auf eine Quote von circa 12 Veröffentlichungen/Jahr feststellen, in: Publikationslisten, in: AS-X-19-16. Ulrici selbst veröffentlichte in der Weimarer Republik circa 60% seines Werks, unter NS-Herrschaft nur noch 30%. So publizierte er insgesamt 135 Werke bis 1944, davon 11% bis 1918, 59% bis 1932 und 30% bis 1944, in: AS-X-19-16.

<sup>750</sup> So vergrößerte sich die Anzahl der Publikationsorgane: neue Zeitschriften zur Tuberkulose, wie „Deutsches Tuberkulose-Blatt“, Ausdehnung auf die Zeitschriften des Öffentlichen Gesundheitswesens, wie „Öffentlicher Gesundheitsdienst“

15%, während über ein Drittel die Tuberkulosebekämpfung behandeln, und weitere 20% Lehrmaterial für Fürsorgeärzte darstellen.<sup>751</sup>

Der zweite dirigierende Arzt Karl Diehl hatte sich der experimentellen Forschung eines Themas, der Vererbung der Tuberkulose, zugewandt, welches immer weniger medizinische Bedeutung besaß.<sup>752</sup> Andererseits hatten die emsigen Autoren, wie Kremer und Pagel, das Waldhaus verlassen.

Unter den späteren Autoren stechen der Pathologe O. Koch, der Radiologe J. Rother und der Internist R. Pfaffenberg hervor. Koch veröffentlichte innerhalb von 3 1/2 Jahre 11 Arbeiten.<sup>753</sup> Er führte die weithin bekannte Sammlung anatomisch-pathologischer Makro-Präparate, die unter Pagel begonnen war, fort.<sup>754</sup> Diese ist bis heute zum Teil erhalten geblieben. Der Radiologe Dr. Rother baute die Diagnostik der Darmtuberkulose insofern weiter aus, als er sie mit anderen Parametern, wie der BSG, zu korrelieren versuchte. Dies war insbesondere wichtig, um die präoperative Indikationsklärung zu verfeinern.<sup>755</sup> Der Internist Pfaffenberg widmete sich den Zusammenhängen und Auswirkungen der Tuberkulose auf internistische Krankheiten, wie dem Diabetes und den Geschwüren des Magen-Darm-Trakts.<sup>756</sup> Aber auch andere Werke wie „Lungenblutung und Wetter“ von Theo Kaiser und das Buch „Die Behandlung Schwertuberkulöser“ von Karl-Ernst Partenheimer ernteten kollegiales Lob.<sup>757</sup>

Die Chemotherapie der Tuberkulose blieb bis in die vierziger Jahre auf Versuche Ulricis mit Gold und Kupfer beschränkt. Theoretisch sah Ulrici in der auf Abtötung der Bakterien gerichteten Therapie nicht mehr als eine Reiztherapie. In Anbetracht der Wirksamkeit dieser Stoffe ein sicherlich richtiger Schluß. Noch 1944 schreibt Ulrici über die Unwirksamkeit gewisser Farbstoffe aus den dreißiger Jahren. Über die neuartigen Verbindungen aus Domagks Laboratorien verliert Ulrici kein Wort. Es muß als bezeichnend auch für die klinische Forschung im Waldhaus, gerade des operativen Sektors, gelten, daß auch in den

---

<sup>751</sup> AS-X-12, 16b: Liste zu wissenschaftlichen Veröffentlichungen Ulricis

<sup>752</sup> Auch wurden seine Ergebnisse vorrangig in Buchform veröffentlicht: Diehl, Karl und Verschuer, Ottmar: Zwillingstuberkulose, Jena 1933. Die selben Autoren: Der Erbeinfluß bei der Tuberkulose, Jena 1936. Und Diehl, Karl: Das Erbe als Formengestalter der Tuberkulose, Leipzig, 1941.

<sup>753</sup> Darunter auch eine der wenigen Arbeiten zur Tuberkulose der Hirnhäute: Koch, O.: Die Tuberkulose der harten Hirnhaut, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1937, Heft 5 und 6, S. 319-331

<sup>754</sup> Eine ausführliche Anleitung, in: Koch, Otto: Die Herstellung gerahmter pathologisch-anatomischer Sammlungspräparate, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1937, Heft 1, S. 33-37

<sup>755</sup> Darmtuberkulose bedeutete eine Kontraindikation für kurative Eingriffe, in: Diehl (1965), 315 . Rother, Julius: Beiträge zur Problematik der Darmtuberkulose, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1934, Heft 4-5, S. 281-285

<sup>756</sup> Pfaffenberg, R.: Ulcera peptica und Lungentuberkulose, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1939, Heft 2-3, S.

123

<sup>757</sup> Diehl (1965), 317

vierziger Jahren keine Versuche zu den aufkommenden Chemotherapeutika der Wundinfektionen anliefern. So waren die Sulfonamide oder die Penizilline als weitgehend wirksam gegen Staphylokokken, Streptokokken und andere Erreger beschrieben worden. Wissenschaftliche Abhandlungen oder sogar Versuche mit Antituberkulotika waren nicht zu verzeichnen. So waren schon 1941 erste positive klinische Berichte der Behandlung mit Domagks Sulfonamiden bei Lungentuberkulose erschienen.<sup>758</sup>

Es ist somit nicht verwunderlich, daß kein Bereich der Sommerfelder Medizin oder der therapie- und diagnostikorientierten Forschung der Jahre nach 1933 im Standardwerk der Tuberkulosegeschichte Erwähnung fand.<sup>759</sup>

Vergleicht man die in diesem Kapitel angeführten Parameter, so kann zusammenfassend eine verlangsamte Forschungsentwicklung des Waldhauses und sogar einen Stillstand auf gewissen Gebieten festgestellt werden.

Die bauliche Entwicklung beschränkte sich auf interne Umbauten. Die vereinbarten Kostensätze lagen unter denen der Krankenhäuser. Das Personal konnte nicht weiter aufgestockt werden. Das Patientengut zeigt eine leichte Verschiebung zu therapierbaren Patienten. Die Entwicklung der Tuberkulosemedizin beschränkte sich auf Verfeinerung der Indikation und Therapie. Die Erfolgsquote konnte nicht verbessert werden. Forschungsergebnisse aus dem Waldhaus bewegten sich nur auf bekannten Gebieten.

Damit spiegelte sich in der Entwicklung des Waldhauses auch der Stillstand der Tuberkulosemedizin wider. Diejenigen Entwicklungen, die sich schließlich durchsetzten, wie die große Lungenchirurgie oder die Chemotherapie, fanden charakteristischerweise nicht in spezialisierten Anstalten, sondern in Universitäten und privaten Laboratorien ihren Ausgangspunkt. Der Anstaltstypus des Tuberkulosekrankenhauses als Zentrum des Tuberkulosewissens hatte damit an Bedeutung eingebüßt.

Man muß festhalten, daß auch die Anstalt „Tuberkulosekrankenhause und Forschungsstätte Waldhaus Charlottenburg“ keine Modernisierung hinsichtlich Integration modernster Chirurgie und bakteriologisch-pharmazeutischer Forschung erreichen konnte. Insofern ist der Begriff Forschungsstätte eher als spät erfolgte Würdigung des Lebenswerks Ulricis zu verstehen, als daß damit der Ausrichtung und wissenschaftlichen Forschungsarbeit Rechnung getragen worden wäre.

- *Tuberkulosebekämpfung:*

---

<sup>758</sup> Wildbolz in Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1941, in: Domagk, Gerhard: Chemotherapie bakterieller Infektionen, Leipzig 1944, S. 394

In Anbetracht dieser Situation war es daher auch konsequent, in welchem Maße man sich der Idee der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung seitens der Anstaltsleitung widmete. Nur die Früherkennung und frühzeitige Behandlung gewährten einen Erfolg, der sich auch statistisch bemerkbar gemacht hätte.

Ulrici, in den zwanziger Jahren Vorreiter dieser Politik, setzte sich ab der Mitte der dreißiger Jahre wieder verstärkt dafür ein. Er saß an führender Stelle in den zentralen Organisationen der Tuberkulosebekämpfung. So war er Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses (RTA) für den Gau Markbrandenburg, ab 1941 Vorsitzender der deutschen Tuberkulose-Gesellschaft oder Gautuberkulosereferent des NSV-Tuberkulosehilfswerks.<sup>760</sup>

Gerade in der Funktion des Bezirksleiters des RTA waren ihm die staatlichen Maßgaben zur Realisierung auferlegt. Aus diesem Grund hatte er sich mit dem Maßnahmenkatalog der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung auch theoretisch auseinanderzusetzen. Charakteristischerweise trennte er in seiner Vision genau zwischen der Vorsorge zum Aufstöbern der Kranken und Betreuung der Gefährdeten und der Fürsorge als Zentrum der Heilung und Betreuung der Unheilbaren.<sup>761</sup> Hinsichtlich des Maßnahmenkatalog für diese Zielsetzungen stimmte er weitgehend mit der beschriebenen totalitären Tuberkulosebekämpfung überein und entwickelte sie auch fort.

So war er einer der ersten Verfechter der Schirmbildfotografie, wobei er sich auf seine Erfahrungen aus Südamerika im Jahre 1938 stützen konnte. Dort hatte er die Methode des Brasilianers Abreu ausreichend kennenlernen können. Versuchsweise erhielt er einen der beiden ersten Apparate, der später in der lokalen Fürsorgestelle aufgestellt wurden. Als erste deutsche Fürsorgestelle konnte die Charlottenburger Stelle schließlich die Schirmbildfotografie ab 1938 anbieten.<sup>762</sup> Seine Vision wird im folgenden klar:

***„150.000 unbekannte offene Tuberkulosen zu finden, lohnt den Großeinsatz.  
Denn nicht nur ahnen ja die 150.000 Erkrankten nichts von dem  
Damoklesschwert, das über ihnen schwebt, nichts von dem furchtbaren***

---

<sup>759</sup> Einzig Karl Diehls Forschung zur Vererbung wird genannt, dazu im nächsten Kapitel, in: Bochalli (1958)

<sup>760</sup> Blha: Rep 55 / VII b 144, keine Seitenangaben

<sup>761</sup> Ulrici, Hellmuth: Die Entwicklung des Heilanstaltswesens zur Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland, in: Grass, Heinrich (Hrsg.): Der Kampf gegen die Tuberkulose in Deutschland. Reichstuberkuloseausschuß, Berlin 1939, S. 108

<sup>762</sup> Zuerst war ein Verfahren mit dem Apparat des Professor Janker, als Röntgenkinematographie bezeichnet, vorgesehen. Später wurde dieses Konzept aber mit dem Abreu-Siemens Gerät hinfällig, nachdem es zunächst noch zum Streit zwischen Siemens und Ulrici gekommen war, als Prof. Holfelder das erste verfügbare Gerät erhalten hatte: Dazu weitgehender Schriftwechsel mit Siemens, Ulrici und dem Bezirksamt, in: AS-X-17, S. 1

***Geschick, das ihnen droht. Vielmehr bedrohen diese 150.000 auch unbewußt aufs schwerste die Gesundheit von sicherlich ½ Million Volksgenossen.***<sup>763</sup>

Auch versuchte Ulrici zum Thema der Zwangsassylierung Stellung zu beziehen. So sah er es im Jahre 1939 als unumgänglich an, daß die Anstaltsbehandlung der Tuberkulose das „Problem der Assylierung hochinfektiöser, für das Gemeinwohl durch unbesonnene oder antisoziale Keimstreuung hochgefährlicher Tuberkulöser“ angehen mußte.<sup>764</sup> Bezeichnenderweise war Ulrici der einzige, der den undeutlichen Begriff „asozial“ selektiv zu einem aktiven „antisozial“ modifizierte. In der Praxis stellte sich Ulrici aber nicht gegen die Zwangsassylierung Operationsunwilliger.<sup>765</sup>

Die Ärzte des Waldhauses engagierten sich verstärkt in der Weiterbildung des in der Tuberkulosebekämpfung tätigen Personals. Neben den zahlreichen Hospitanten seien insbesondere die einwöchigen Fortbildungen am Waldhaus über die Berliner Ärztliche Akademie, ebenso wie die Vorträge an der Staatsmedizinischen Akademie in Charlottenburg genannt. Ulrici referierte dort sowohl über Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose als auch über die Anstaltsbehandlung Tuberkulöser.<sup>766</sup>

Ulrici war zudem Aufsichtsleiter der Fürsorgestelle in Charlottenburg, Diehl betreute diejenige in Nauen.<sup>767</sup> Fürsorge und Heilbehandlung lagen damit in einer Hand. Insbesondere die Krankenhausbefunde konnten nachkontrolliert und weiterverfolgt werden.<sup>768</sup> Damit war eine engmaschige Kontrolle der Behandlungsart und des Patienten gewährleistet. Nachdem die Fürsorge dem Gesundheitsamt unterordnet war, lagen somit auch alle Maßnahmen der Vorsorge und Fürsorge in einer Hand. Über seine regionalen Kompetenzen versuchte Ulrici dieses System über den gesamten Bezirk auszudehnen. Die Vision von der völligen Verhütung und der Fürsorge mußte aber in Anbetracht der Situation und der Mittel eine Utopie bleiben. Einerseits blieb die ungelöste Frage der Assylierung hochinfektiöser Patienten bestehen, und andererseits waren auch nicht genügend Mittel zur Finanzierung der

<sup>763</sup> Ulrici, Hellmuth: Mit der Röntgenmusterung auf der Suche nach der unbekanntenen Tuberkulose, in: Veröffentlichungen der Berliner medizinischen Gesellschaft, 1939, Nr. 22, S. 869

<sup>764</sup> Ulrici, Hellmuth: Die Entwicklung des Heilanstaltswesens zur Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland, in: Grass, Heinrich (Hrsg.): Der Kampf gegen die Tuberkulose in Deutschland. Reichstuberkuloseausschuß, Berlin 1939, S. 108

<sup>765</sup> AS-X-20, S. 7

<sup>766</sup> Im Jahre 1934, in: AS-7116, S. 203, 232, 295

<sup>767</sup> Bethge (1954), S. 12

<sup>768</sup> Dazu wurden spezielle Formulare verwandt, darauf die Unterschrift Ulricis Ärztlicher Direktor, Voßkühler als Oberarzt und Cortrie als Leiter der Lungenfürsorge: ... „Die Kontrolle ihres augenblicklichen Gesundheitszustandes ist für Sie selbst von großer Wichtigkeit, und vermittelt uns einen Überblick über den speziellen Krankheitsverlauf nach der von uns angewandten Methode“, in: AS-X12, S. 5

Verhütungsmaßnahmen, wie der Reihenfotografie, vorhanden.<sup>769</sup> So wie die Tuberkulosebekämpfung Konsequenz eines unzureichenden medizinischen Erfolges war, zeigte sie sich in ihrer Ausprägung so unzureichend, daß sie der Medizin damit oft nur ausweglose Spätfälle liefern konnte.

---

<sup>769</sup>Asylierung in Billig-Hospitälern, in: Ulrici, Hellmuth (1941), S. 78-110. So existierten Probleme bei der Bestückung der Fürsorgestellen des Gaus mit Röntgenapparaten. So beantragte Ulrici einen mobilen Redeker-Röntgenwagen dessen Finanzierung jedoch abgelehnt wurde, in: AS-X-12, S. 106

#### **4.2.3. Nationalsozialistische Ideologie in Sommerfeld:**

Schon am Beispiel der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung konnte die Einbindung der Sommerfelder Ärzteschaft in das totalitäre System dargestellt werden. Inwieweit ging das Verhältnis zur Ideologie aber über die notwendige Nähe zum NS-Staat hinaus ? Inwieweit wurden ideologische Tendenzen und Maßnahmen auch im Waldhaus sichtbar ?

Das Waldhaus scheint als Spiegel der NS-Anstaltsgeschichte gelten zu können. Viele Charakteristika und typische Vorkommnisse des Gesundheitssektors lassen sich auch für diese Anstalt nachweisen. In Anbetracht der schlechten Aktenlage lassen sich viele Ereignisse aber nur noch bruchstückhaft über einzelne Dokumente rekonstruieren.<sup>770</sup> Demnach haben sich im Waldhaus auch Verlegungen Taubstummer zur Kastration und KZ-Einweisung von Patienten ereignet.<sup>771</sup> Genauere Angaben diesbezüglich konnten jedoch nicht aufgefunden werden.

Die ersten Monate der NS-Herrschaft waren gekennzeichnet von der Konfrontation zwischen den neuen Machthabern und den linken und gewerkschaftlichen Gruppierungen, so auch im Waldhaus. Aus dem Kreise des Personals wurden im Juni 1933 durch einen SA-Trupp acht Personen verhaftet und ins nahe Konzentrationslager Börnicke/Osthavelland verschleppt. Alle waren entweder dem sozialdemokratischen Wahlverein in Sommerfeld zugehörig, oder aber „überhaupt nicht politisch hervorgetreten“.<sup>772</sup> Obwohl der Verdacht auf „verräterische Umtriebe aber nicht aufrechterhalten werden konnte“, wurden nicht alle Verschleppten freigelassen.<sup>773</sup> Ein Angestellter war im KZ „verstorben“.<sup>774</sup> Ein anderer wurde weiter im KZ-Oranienburg inhaftiert.<sup>775</sup>

Die Verwaltung des Waldhauses enthielt sich jeglicher Reaktion, um weitere Aktionen der SA wie „die Haussuchung bei der Ehefrau eines Verschleppten nicht zu gefährden.“<sup>776</sup> Bezeichnenderweise wurde die ganze Aktion erst öffentlich, als aufgrund von Lohnansprüchen der Witwe erste Mitteilungen durch die Anstaltsleitung an das Bezirksamt

<sup>770</sup> Dazu zählt eine maschinengeschriebene Gliederung eines anonymen Autors mit der Bezeichnung „Chronik einer Fünfzigjährigen. Von der Kaiser-Wilhelm-Gedächtnisstiftung 1913 Waldhaus Charlottenburg zur Hellmuth-Ulrici-Klinik, Bezirkskrankenhaus für Lungenkrankheiten und Tuberkulose der Hauptstadt der DDR“, die jedoch nie umgesetzt wurde, in: AS-X-12, S. 109-112

<sup>771</sup> Ebda, S. 111

<sup>772</sup> Brief des Landrats Nauen, Juli 1933, in: AS 7004, S. 272, Rückseite

<sup>773</sup> Ebda

<sup>774</sup> Der Kanzleiangestellte Friedrich Lippmann, AS 7004, S. 272, Vorderseite: Hinter einem weiteren Angestellten, dem Hausdiener Hans Lockwald ist auch ein Kreuz (Verstorben) angebracht. Nach Berichten der Angehörigen war auch dieser „verstorben“, obwohl dieser nach dem Brief des Landrates „überhaupt nicht politisch hervorgetreten“ war, in: Brief des Landrats Nauen, Juli 1933, in: AS 7004, S. 272, Rückseite

<sup>775</sup> Ebda

<sup>776</sup> AS 7004, S. 272, Vorderseite

gemacht wurden. Wie viele der Malträtierten weiter im Waldhaus beschäftigt wurden, ist unklar. Der nach Oranienburg verschleppte Arbeiter wurde als im Urlaub befindlich geführt.<sup>777</sup> Einer der Arbeiter wurde sicher im Juli aus „dienstlichem Interesse“ entlassen.<sup>778</sup> Ein anderen Mitarbeiter wurde „s. Zt. aus politischen Gründen“ entlassen, woran sich ein jahrelanger Streit um die Mietnachforderungen ergab.<sup>779</sup> Generell war die Fluktuation unter dem Personal sehr hoch. Aus der Wiegelliste, welche aus Gründen der Tuberkulose-Diagnostik geführt wurde, geht hervor, daß zwischen dem März 1933 und Januar 1934 16 Arbeiter-Stellen, d.h. 11%, neu besetzt wurden.<sup>780</sup>

In den darauffolgenden Jahren zeigte sich die rassistische Ideologie und deren Maßnahmen, wie der Antisemitismus, immer wieder in der Klinik. So waren die Verfügungen aus dem Bezirksamt modifiziert worden, um die Zusammenarbeit mit jüdischen Stellen zu verhindern. Auf allen Anträgen für Wohlfahrtsunterstützungen waren die Namen der Ärzte und Krankenhäuser anzugeben, „damit nachgeprüft werden kann, ob es sich dabei um Juden handelt.“<sup>781</sup>

Auch im Klinikalltag war der neue Geist immer zu spüren. Seit dem 1. August 1933 war der Hitlergruß vorgeschrieben: „Sämtliche Beamten, Angestellte und Arbeiter ... grüßen sich im Dienst und innerhalb der dienstlichen Gebäude durch Erheben des rechten Armes. Es wird von Beamten erwartet, daß sie auch außerhalb des Dienstes in gleicher Weise grüßen.“<sup>782</sup> Da es in der Ärzteschaft neben weniger politisierten Ärzten auch „stramme Nazis“ gab, waren prekäre Situationen innerhalb der Ärzteschaft vorprogrammiert.<sup>783</sup>

Aber auch unter den Patienten kam es zu diesbezüglichen Konfrontationen. Die Anstaltsleitung zeigte in diesen Fällen bei Beschwerden parteinahe Folgsamkeit: So wurden „provozierende“, d.h. nicht Sieg-Heil rufende Juden innerhalb des Hauses verlegt und später entlassen.<sup>784</sup> Im Jahre 1935 wurden mehrere Patienten aufgrund der Tatsache, daß sie „nie mit dem deutschen Gruß“ grüßten, entlassen.<sup>785</sup>

Die Verquickungen aus einer Patientenbeschwerde schildern, welches Klima aus Hörigkeit und Angst unter den Angestellten herrschte. So hatte sich ein Patient bei städtischen Stellen über die schlechte Empfangsqualität der Führerrede beschwert. Daraufhin wurden

---

<sup>777</sup> AS-X-14

<sup>778</sup> AS-7999, S. 227-232

<sup>779</sup> AS-7999, S. 290

<sup>780</sup> AS-X-14

<sup>781</sup> Brief des Bezirksbürgermeisters, vom 24.7.1937, in: AS-X-12, S. 113

<sup>782</sup> Aus einem Brief des Oberbürgermeisters, vom 1.8.1933, in: AS-X-2, S. 3b

<sup>783</sup> Zitat über den Oberarzt Zapel: Zitat aus einem Interview mit der Tochter Ulricis, Susanne Bayer-Ulrici, in: AS-X-12, S. 1

<sup>784</sup> AS-X-20, S. 13b



Stationsarzt, Verwaltung, Bezirksamt und der verantwortliche Ingenieur des Waldhauses tätig, welcher schließlich ursächlich Sabotageaktionen anderer Patienten anführte. Der Vorgang hatte erst ein Ende, als der Bezirksbürgermeister persönlich, im Hinblick auf die bevorstehende Wahl,<sup>786</sup> 2.000 Reichsmark zur Instandsetzung der Radioanlage freigab.<sup>787</sup>

Diesbezügliche Konfrontationen unter den Patienten wurden auch wieder parteinah beigelegt. So wurde ein Patient, der während „... der Übertragung der Führerrede Skat gespielt und Interesselosigkeit an dem politischen Geschehen gezeigt und dadurch die anderen Patienten gestört hat“, entlassen.<sup>788</sup>

Betrachtet man die Zugehörigkeit zur Partei, der NSDAP, und anderen Organisationen, so schien in den späteren Jahren ein weitgehender Konsens mit den Machtstrukturen zu existieren. Die beiden leitenden Ärzte des Waldhauses waren aber keine aktiven Parteigänger, erst 1937 traten Diehl und Ulrici in die Partei ein. Die Zugehörigkeit schien darüberhinaus eine besondere Relevanz aufzuweisen, da der Vollzug des Parteieintritts im Vergleich zu den Anträgen vordatiert wurde und dasselbe Datum aufwies.<sup>789</sup> Seit Februar 1934 soll Ulrici zudem förderndes Mitglied der SS gewesen sein.<sup>790</sup> Ab September 1941 war Ulrici zudem beratender Tuberkulosearzt der Heeres-Sanitätsinspektion.<sup>791</sup> Die übrige Ärzteschaft wird zumindest in den späten Jahren die Parteizugehörigkeit nicht vermieden haben können. Im Jahre 1945 sind 100% der Ärzte Mitglieder der NSDAP.<sup>792</sup> Auch im restlichen Personal fanden sich hohe Zahlen der Parteizugehörigkeit, darunter auch Mitglieder der SS und der SA.<sup>793</sup>

Im Waldhaus Charlottenburg zeigten sich aber auch Auswirkungen der Außenpolitik des NS-Regimes. So kam es wohl noch vor der Einverleibung des Sudetenlandes und der Freien Stadt Danzig<sup>794</sup> zu massiven Überweisungen aus diesen Regionen.<sup>795</sup> Der erste Patient aus dem

---

<sup>785</sup> AS-X-20, S. 13c

<sup>786</sup> Reichstagswahlen von 1936, 295 Ja-Stimmen für die Nationalsozialisten bei 301 abgegebenen Stimmen, in: AS-7612, S. 293

<sup>787</sup> Alle Dokumente in: AS-7612, S. 290-299

<sup>788</sup> AS-X-20, S. 4

<sup>789</sup> Beantragt September und Oktober 1937, vollzogen Mai 1937, in: BDC/Barch Berlin : Anfrage zur Zugehörigkeit zu nationalsozialistischen Organisationen.

<sup>790</sup> Begründung des Oberbürgermeisters Berlin zur Verleihung der Goethe-Medaille an Ulrici, vom Oktober 1944, in: Ebda. Die Verleihung der Medaille scheiterte jedoch, als ab Oktober 1944 auf Anordnung des Führers solcher Akt nicht mehr stattfinden darf, in: Ebda, Vermerk des Reichsministers des Inneren, vom 15.10.44

<sup>791</sup> Im Rang eines Oberfeldarztes, in: BDC/Barch Berlin, Referat R Pers AO 175-Akte Ulrici

<sup>792</sup> Abschrift des Verwaltungsberichtes des Verwaltungsleiters Meyer, vom 17.11.1945, in: X-12, S. 107

<sup>793</sup> Nachweisung der Bediensteten, die der NSDAP, der SA und der SS angehört haben, in: X-12, S.108

<sup>794</sup> Sudetenland seit dem Münchner Abkommen im September 1938 dem deutschen Reich zugeschlagen, die freie Stadt Danzig im Zuge des Überfalls auf Polen am 1.9.1939 besetzt. Alle Daten und Ereignisse diesbezüglicher Politik in: The Nizkor Project 1998: The Holocaust Web Project. Unterprojekt: Office of United States, Chief of Counsel For Prosecution of Axis Criminality: The International Military Tribunal, Nurnberg, Teil 1: Nazi Conspiracy & Agression Volume I, Chapter IX, Treaty Violations and Aggression Against Poland,

Tschechischen Sudetenland war nachweislich im April 1937 ins Waldhaus gekommen.<sup>796</sup> Der Patient war, vom „Volksbund für das Deutschtum im Ausland - Bundesleitung Berlin“ veranlaßt, als „Sudetendeutscher“ nach Sommerfeld überwiesen worden.<sup>797</sup> Die Überweisungsdiagnose war doppelseitige offene Lungentuberkulose. Der Patient war schon 14 Monate in Behandlung, als dem Tschechoslowakischen Konsulat eine ärztliche Bescheinigung über den Aufenthalt vorgelegt werden mußte, welche wohl auf eine Verlängerung des Aufenthalts abzielte.<sup>798</sup>

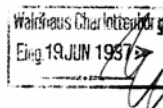
**Volksbund für das Deutschtum im Ausland**  
**Bundesleitung**

Bankkonten: Deutsche Bank und Discontogesellschaft, Depostenkasse 3, Berlin W 62, Rteistr. 22; Dresdner Bank, Depostenkasse 9, Berlin W 30, Rosstr. 66 Postfachkonto: Berlin NW 7, Str. 884 67, WDA Berlin, Hauptkasse  
 Drahtanschrift: Deutschtum Berlin

Unser Zeichen: K 1 u 111 Ray/K Ihr Zeichen: Berlin W 30, ben  
 In der Antwort angeben Martin-Bauer-Straße 97 17.6.37  
 Fernruf: 35 Barbareffe 9155

Betrifft: [REDACTED], CSR

An die Direktion der  
 Lungenheilstalt "Waldhaus" Charlottenburg"  
 B r e e t z - S o m m e r f e l d



Auf unsere Veranlassung wurde am 24.37 der Sudetendeutsche [REDACTED] aus Lichtenstadt bei Karlsbad in die Heilstalt überwiesen. Da wir seit dieser Zeit nichts mehr von ihm gehört haben, wären wir Ihnen ausserordentlich dankbar, wenn Sie uns etwas über sein Befinden mitteilen würden.

Mit volksdeutschem Gruss

Heil Hitler !

VOLKSBUND FÜR DAS DEUTSCHTUM IM AUSLAND

Stipendienabteilung

i.A.

*Raymond*

Abbildung 22: Brief des Volksbund für das Deutschtum im Ausland von 1937 zur Verlegung eines CSR-Bürgers nach Sommerfeld, in: AS-X-12, S. 204

Erste Überweisungen aus der Freien Stadt Danzig sind ab November 1937 aktenkundig.<sup>799</sup> Dabei handelt es sich ausschließlich um Kuren deutschstämmiger Personen. Bei den Patienten handelte sich aber nicht um privilegierte Personen, sondern um Jugendliche oder Arbeiter.<sup>800</sup> Waren sie im ersten Fall von der dortigen Landesversicherungsanstalt finanziert, so übernahm in der Folge ausschließlich die NSDAP/Gauleitung Danzig über deren NSV/Tuberkulosehilfswerk die Kosten der Heilbehandlung.<sup>801</sup> Die gewährte Kurdauer lag im

Danzig, England & France, in: <http://www1.us.nizkor.org>. Bzw.: <http://www1.us.nizkor.org/hweb/imt/nca/nca-01>, sowie in: AS-X-12, Disk 1

<sup>795</sup> Für die Sudetendeutschen läßt sich dieses Phänomen quantitativ nicht beweisen, AS-X-12, S. 111

<sup>796</sup> Brief vom 29. Mai 1938, in: AS-X-16, S. 6a

<sup>797</sup> Brief vom 17.6.37 an die Anstaltsleitung, in: AS-X-16, S. 6b

<sup>798</sup> Brief vom 29. Mai 1938, in: AS-X-16, S. 6a

<sup>799</sup> AS-X-16, S. 1

<sup>800</sup> AS-X-16, S. 1 und 1e

<sup>801</sup> AS-X-16, S. 1 d-e und 2 b-f und 5b

Vergleich zu inländischen Unterstützungen der NSV<sup>802</sup> in den dokumentierten Fällen weitaus höher.<sup>803</sup> Die letzten diesbezüglichen Dokumente stammen aus dem Frühjahr 1941.<sup>804</sup>

Im Januar 1941 wurde auf Betreiben der Reichsärztekammer ein estnischer Arzt eingestellt. Dieser entstammte der ersten „Baltenumsiedlung“, welche nach der russischen Okkupation der baltischen Staaten von der SS durchgeführt wurde.<sup>805</sup> In der Begründung heißt es, daß dies keine Einzelmaßnahme sei, um diese Personen „nicht im Bolschewismus untergehen zu lassen, denn dort sind sie zum geistigen Tode als Deutsche oder als estnische Existenzen verurteilt. Diesen im wesentlichen germanischen Blutteil müssen wir uns sichern ...“<sup>806</sup> Sicherlich kann man letzteres auch für die Kuren der Sudeten- und Polendeutschen annehmen.

Die sogenannte Rassenpflege war mit dem Abschluß des Münchner Abkommens im Jahre 1938 über den Anschluß des Sudetenlandes internationalisiert und zu einer Frage praktischer Maßnahmen geworden.<sup>807</sup> Auf dem Sektor des Gesundheitswesens haben entsprechende Maßnahmen mit der Versendung deutschstämmiger Ausländer wohl schon seit 1937 existiert. Die ‚Pflege der Rasse‘ durch Maßnahmen für Auslandsdeutsche im Inland war jedoch auch als Eingriff in die autarken Gebiete zu verstehen. Das „Deutschtum im Ausland“<sup>808</sup> über Heilmaßnahmen im Reich zu pflegen, hieß auch, einen dementsprechenden Einfluß auf die dortige Stimmung auszuüben. Die Voraussetzungen für ein solches Kalkül waren hervorragend, waren diese Gebiete doch erst über den Versailler Vertrag verloren gegangen. Danzig war das Nürnberg des Nordens, eine alte deutsche Stadt, die in vielen Deutschen sentimentale Gefühle aufkommen ließ.<sup>809</sup>

Mit dieser Stimmungsmache galt es neben Sentimentalitäten jedoch auch außenpolitische Ziele höchster Wichtigkeit zu verfolgen. Einerseits besaß die Osterweiterung höchste Priorität, andererseits war gerade die Stadt Danzig mit dem größten Hafen der Ostsee von höchster strategischer Bedeutung. Mit der Erzeugung pro-deutscher Stimmung waren solche Ziele eher zu erreichen. So war die Eroberung der Stadt Danzig schon im Oktober 1938 als Scheinrevolution geplant, bei der sich die Bevölkerung natürlich entsprechend zustimmend

---

<sup>802</sup> 6-8 Wochen, in: AS-X-16, S. 1c

<sup>803</sup> „... vorläufig 2 Monate. Sie sollen sich aber auf eine mehrmonatliche Kurdauer einrichten.“, in: AS-X-16, S. 6a

<sup>804</sup> AS-X-16, S. 5b

<sup>805</sup> Die Baltenumsiedlung war ein zwischen dem Deutschen Reich und Rußland abgesprochenen Maßnahme der Aufteilung der Interessensphären, in: Hollberg, Gero: Die Baltische Frage im Spiegel des Hitler-Stalin-Pakts, Berlin 1992, maschinengeschriebenes Manuskript, S. 5-9

<sup>806</sup> Aus dem Brief der Reichsärztekammer, AS-X-12, S. 155

<sup>807</sup> The Nizkor Project (1998), Page 682

<sup>808</sup> Nach dem Namen des Volksbundes zitiert, in: AS-X-16, S. 6

<sup>809</sup> The Nizkor Project (1998), Page 697

verhalten mußte.<sup>810</sup> Auch die Eroberung der Stadt nach dem 1. September 1939 durch die Heimwehr legen von diesem Kalkül Zeugnis ab.<sup>811</sup>

Offenbar hat der Umfang der Versorgung für Danziger Patienten nach 1941 abgenommen. In einem Dokument werden unwürdige Verhältnisse bei den Rückverlegungen beklagt.<sup>812</sup> Auch war die Finanzierung insofern gekürzt worden, als für die Verlegung Fahrtkosten, Zehrgeld und Taschengeld gestrichen wurden.<sup>813</sup>

Vergleicht man damit die Zahl der Tuberkulösen im Raum Berlin oder den attestierten Bettenmangel im entsprechenden Zeitraum,<sup>814</sup> so stellt die spezielle Aufnahme Auslandsdeutscher auch ein selektives Moment dar. Diese selektive Politik stand im Einklang mit dem Selektionsprinzip der „Heranzüchtung eines starken und widerstandsfähigen Geschlechts.“<sup>815</sup> Widersprachen aber nicht gerade die Tuberkulösen aufgrund ihrer Krankhaftigkeit „der Reinhaltung der Rasse“<sup>816</sup> und führten solche Heilmaßnahmen ad absurdum ?

Ulricis Worte verstärken diesen Eindruck, als er meinte, daß die Tuberkulose zwar keine reine Erbkrankheit sei, sich aber doch spezifische Krankheitsanlagen feststellen ließen, welche den Nachwuchs bedrohten.<sup>817</sup> In der Tat läßt sich aber auch für die Tuberkulose ein entsprechendes Selektionsprinzip zwischen gut und schlecht feststellen: Prinzipiell wurde zwischen Phänotypus und Genotypus, d.h. den umweltbedingten, erworbenen und den erbbedingten Anlagen unterschieden.<sup>818</sup>

Auf dieser Basis mußte sich zwangsläufig die erbbiologische Forschung verstärkt ausbreiten. Dies war einerseits die Konstitutionsforschung: „Sie sucht mit klinischen Mitteln die Bedeutung der auf den Auswirkungen der Erbmasse und der Umwelteinflüsse beruhenden Konstitution für die Entstehung und den Ablauf der Tuberkulose zu erkennen.“ So war

---

<sup>810</sup> "The preparations will be made on the following basis: Condition is quasi-revolutionary occupation of Danzig, exploiting a politically favorable situation, not a war against Poland." In: International Military Tribunal (Nürnberg), Keitel's appendix of 124 January 1938 to Hitler Order of October 21 1938. (GB 33) Vol. VI, Pg.949, in: The Nizkor Project (1998), Page 684

<sup>811</sup> Die Danziger Heimwehr als paramilitärische Gruppe spielte eine wichtige Rolle bei Fall der Stadt, in: The Nizkor Project (1998), Page 694

<sup>812</sup> AS-X-12, S. 111

<sup>813</sup> Erster Fall, März 1941, in: AS-X-16, S. 5 b

<sup>814</sup> Reichs-Tuberkulose-Ausschuß: Bericht über das Geschäftsjahr 1938-1939, S. 10

<sup>815</sup> Ulrici, Hellmuth: Über die Bedeutung der Erbllichkeit für die Entwicklung und den Verlauf der Tuberkulose, in: Medizinische Klinik, 1934, Nr. 10, S. 324 f

<sup>816</sup> Curtius, F. und Siebeck, R.: Konstitution und Vererbung, in: Günther Just (Hrsg.): Schriften zur Erblehre und Rassenhygiene, Berlin 135, S. 14

<sup>817</sup> Ulrici, Hellmuth: Über die Bedeutung der Erbllichkeit für die Entwicklung und den Verlauf der Tuberkulose, in: Medizinische Klinik, 1934, Nr. 10, S. 325

<sup>818</sup> Ebda

insbesondere die asthenische Konstitution, d.h. ein graziler Körperbau, der schlechten Tuberkuloseabwehr und entsprechender Erbanlagen verdächtig. Diese Forschung wurde vorrangig in Heilstätten und Tuberkulosekrankenhäusern betrieben.<sup>819</sup>

Im Waldhaus sind nur noch entsprechende Diaserien als Relikte vorhanden. Ulrici stand dieser Theorie jedoch kritisch gegenüber. Zwar „soll keineswegs gesagt werden, daß die erbbedingte Konstitution für die Anfälligkeit und Hinfälligkeit für Tuberkulose nicht doch einen wesentliche Rolle spielt.“<sup>820</sup> Jedoch sah er oft das Symptom der Konstitution, den Körperbau, als Ausdruck der langjährigen Krankheit und nicht als Ursache derselben. Auch sei die Forschung zu diesem Thema, aufgrund ihrer Bindung an die Familienforschung, eine langwierige und schwierige Aufgabe. Beispiele einer wissenschaftlichen Arbeit oder sogar praktischen Umsetzung dieser Theorie sind für das Waldhaus nicht vorhanden.<sup>821</sup>

An anderer Stelle hingegen war diese Theorie jedoch schon in die Praxis implementiert. So initiierte sie Überwachungsuntersuchungen unter den „erbbiologisch Gefährdeten“<sup>822</sup> und beeinflusste sogar die Indikationsstellung zu Therapien.<sup>823</sup>

Als zweites erbbiologisches Forschungsgebiet existierte die Dispositionsforschung. Sie versuchte den Nachweis der vererbten Veranlagung zur Tuberkulose zu führen<sup>824</sup>. Sie wandte sich gegen die klinische Konstitutionsforschung, es wurde vielmehr vornehmlich die Zwillingsforschung und der Tierversuch verwendet.

Dr. Karl Diehl, der dirigierende Arzt des Waldhauses, war der bekannteste Vertreter dieser Dispositionsforschung. Gemeinsam mit einem der Hauptvertreter der NS-Rassenhygiene, Otmar Freiherr von Verschuer,<sup>825</sup> hatte er seit 1927 Forschung mit tuberkulösen Zwillingen

<sup>819</sup> So der ärztliche Direktoren in Bielefeld, Dr. Ernst Klare, oder in Stettin, Dr. Ickert.

<sup>820</sup> Ulrici (1934), S. 325

<sup>821</sup> So existieren keine diesbezüglichen Publikationen oder sonstige Akten, in: AS-X-19-16

<sup>822</sup> Geissler (1941), S. 255

<sup>823</sup> So sollte die Therapie bei Erbgefährdeten insbesondere die schwache Abwehr des Patienten berücksichtigen. Ebda, S. 253 und 255

<sup>824</sup> Ebda, S. 248-252

<sup>825</sup> Verschuer hatte sich als Mediziner seit 1923 unter Wilhelm Weitz an der Tübinger Klinik über Zwillingsstudien mit der Erblehre beschäftigt. Er stand schon vor 1933 der NSDAP und der Rassenhygiene insofern inhaltlich nahe, als er schon 1927 die Aufgaben der menschlichen Erblehre mit dem Nachweis der Existenzberechtigung beschrieb. Seit 1934 gab er die Zeitschrift „Der Erbarzt“ heraus, 1935 wurde er Leiter des neu geschaffenen Instituts für Erbbiologie und Rassenhygiene in Frankfurt/Main, welches der Sicherstellung ideologischer Mediziner dienen sollte. 1942 folgte er Eugen Fischer als Leiter des Kaiser-Wilhelm-Instituts Berlin/Dahlem für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik (KWI) nach. Letzteres war das mächtigste Institut in deutschen Reich, welches vorrangig der Verfeinerung der Rassenhygiene, der Ausarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen für viele Selektionsvarianten des NS-Staats diente. Ebenso sind aber auch direkte Verbrechen gegen die Menschlichkeit, wie die Versuche des Auschwitz-KZ-Arztes Mengele, als von Verschuer initiierte Studien des KWI gelaufen. So war 1943 anstelle der Forschung an Zwillingen, die „Lieferung von menschlichen ‚Forschungsmaterial‘“ getreten, nach: Bergmann Anna, Czarnowski Gabriele, Ehmman, Annegret: Menschen als Objekte humangenetischer Forschung und Politik im 20. Jahrhundert. Zur Geschichte des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin/Dahlem (1927-1945). In: Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (Hrsg): Der Wert des Menschen, Berlin,

betrieben. Ziel dieser ersten Forschung war, das Wirken von Erbfaktoren bei der Entstehung und dem Ablauf der Tuberkulose nachzuweisen. In zwei Monografien, 1933 und 1936 erschienen, wurden ihre Ergebnisse festgehalten.<sup>826</sup> Diese bewiesen ihrer Meinung nach zwingend die Vererbung von disponierenden Faktoren. In einer zweiten Phase der Forschung erfolgte mittels genealogischer Tierversuche angeblich die Bestätigung dieser Ergebnisse, die spezifische Vererbungsart konnte jedoch nicht offengelegt werden.<sup>827</sup>

Prinzip der bekannteren ersten und zweiten Veröffentlichung war die Zwillingsforschung an tuberkulösen Zwillingspaaren. So wurde seit den späten zwanziger Jahren jeder Patient auch danach gefragt, ob er Zwillings sei. Diese Datensammlung beschränkte sich jedoch nicht allein auf das Waldhaus. Zahlreiche Anstalten, wie die Heilstätte Beelitz und Waldbreitenbach, konnten zur Mitarbeit gewonnen werden. Ebenso wurden Angaben der Fürsorgestellten Stettin, Bremen, Mannheim, Karlsruhe und Berlin, sowie das Zwillingsarchiv des KWI in Berlin verwandt.<sup>828</sup>

Die Finanzierung der Forschungen waren unterschiedlicher Art. Zwischen 1932 und 1935 sind Mittel für Zwillingsforschungen von der Rockefeller-Foundation an Verschuer geflossen.<sup>829</sup> Die zweite Reihe ab 1933 ist einerseits von der deutschen Forschungsgemeinschaft als auch über das KWI in Berlin/Dahlem unterstützt worden.<sup>830</sup>

Neben der Auswertung vorhandener Akten wurden aber auch Nachuntersuchungen unter diesem Aspekt durchgeführt. Insbesondere aktuelle Röntgenaufnahmen vervollständigten die Untersuchungen der Zwillinge. Insgesamt konnten bis ins Jahr 1932 127 tuberkulöse Paare eruiert werden, die als Eineiige und Zweieiige unterschieden wurden.<sup>831</sup> In der zweiten Untersuchung bis 1936 konnten weitere 185 Zwillingspaare untersucht werden.<sup>832</sup>

Man versuchte nun, das Verhalten bezüglich der Tuberkulose in den Paaren als gleich, d.h. konkordant, und ungleich, d.h. diskordant, zu klassifizieren. Über das Verhältnis des Auftretens konkordanten Verhaltens zwischen ein- und zweieiigen Paaren meinte man zwischen Umwelteinfluß und Erbeinfluß unterscheiden zu können. Verstärktes Auftreten

---

1989, S. 133 f. Und: Thomann Klaus-Dieter: Otmar Freiherr von Verschuer - ein Hauptvertreter der faschistischen Rassenhygiene, in: Thom, Achim und Spaar, Horst (Hrsg.): Medizin im Faschismus, Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945

<sup>826</sup> Diehl, Karl und Verschuer, Ottmar: Zwillings-tuberkulose, Jena 1933. Und die selben Autoren: Der Erbeinfluß bei der Tuberkulose, Jena 1936

<sup>827</sup> Diehl, Karl: Das Erbe als Formengestalter der Tuberkulose, Leipzig, 1941.

<sup>828</sup> Diehl und Verschuer (1933), S. 130 f.

<sup>829</sup> Macrakis, Kristie: Wissenschaftsförderung durch die Rockefeller-Stiftung im „Dritten Reich“, in: Geschichte und Gesellschaft 12 (1986), S. 348-379, in: Müller-Hill (1991)

<sup>830</sup> Diehl und Verschuer (1936), Vorwort

<sup>831</sup> Diehl und Verschuer (1933), S. 131 und 135

<sup>832</sup> Diehl und Verschuer (1936), S. VII

konkordanter Ergebnisse bei Eineiigen ließ ihrer Meinung nach auf einen größeren Erbeinfluß schließen.

Die Untersuchungen waren auf Organbefall bzw. genaue Lokalisation, Pathogenese des Tuberkulosebefalls, die Reaktionsform des Organismus, Verlauf und die familiäre Belastung fokussiert. Hinsichtlich dieser Untersuchungsparameter wurde ein verstärktes konkordantes Verhalten der eineiigen Zwillinge nachgewiesen.<sup>833</sup> Insbesondere wurde aber festgestellt, daß auch peristatische, d.h. umweltbedingte, Einflüsse existierten.<sup>834</sup>

Als zusammenfassendes Ergebnis konnte festgestellt werden, daß „eine oder mehrere Erbanlagen bewirken, daß ihr Träger mit überdurchschnittlicher Wahrscheinlichkeit an Tuberkulose erkrankt und eine größerer Hinfälligkeit gegenüber der tuberkulösen Infektion zeigt; Fehlen des betreffenden Genotyps verleiht eine erhöhte natürliche Resistenz gegen tuberkulöse Infektion.“<sup>835</sup>



**Abbildung 23: Nationalsozialistische Propaganda zur Vererbung der Tuberkulose; Ergebnisse der Zwillingsversuche Diehls und Verschuers: Statistischer „Beweis“ der Vererbung des Ausbruchzeitpunktes, des Sitzes und des Verlaufes der Erkrankung. Original-Dia aus der Sammlung des Sommerfelder Archivs**

<sup>833</sup> Körperstelle grundsätzlich bei Eineiigen übereinstimmend, gleiche Pathogenese, Verhältnis bezüglich des gleichen Verlaufs: eineiig-zweieiig 1933: 70%/25% und 1936: 65%/25%, Verdoppelung der Tuberkulosehinfälligkeit, d.h. Morbidität, bei doppelter tuberkulöser Belastung, d.h. zwei tuberkulösen Elternteilen, in: Geissler (1941), S. 255 und Diehl und Verschuer (1933), S. 422 f., und Diehl und Verschuer (1936), S. 145 f

<sup>834</sup> Geissler (1941), S. 253

<sup>835</sup> Diehl und Verschuer (1936), S. 1

Welche Ziele die Autoren mit diesen Untersuchungen verfolgten, wird aus dem letzten Satz ihrer Zusammenfassung klar: „In der Folgerung aus unseren Forschungen soll keine theoretisch-wissenschaftliche These festgelegt sein; sie möge vielmehr eine Grundlage für die praktische Rassenhygiene sein.“<sup>836</sup>

Im Kapitel „Praktische Folgerungen“ wird auf die Einzelheiten eingegangen: So wird die Fortpflanzungsverhinderung durch das dauernde Eheverbot für Offentuberkulose positiv bewertet, da diesen meist die Tuberkulosedisposition zugrunde liegt. Da ihrer Meinung nach aber manchmal auch leichte Tuberkulosen auf dem Boden einer schweren Erbdisposition entstehen könnten, sehen sie auch das Fortpflanzungs-, respektive Eheverbot, für Leichttuberkulose als notwendig an. Und hier offenbart sich nun die finale Zielsetzung und damit auch ihr Scheitern: „Wir haben aber noch kein diagnostisches Mittel an der Hand, um „die erbliche Disposition ... von den tuberkulösen Erkrankungen zu trennen, die infolge vorübergehender, durch besondere Umwelteinflüsse hervorgerufene Resistenzminderung entstehen und später infolge der guten erblichen Resistenzlage meistens wieder ausheilen.“<sup>837</sup>

Der Phänotyp ließ sich demnach nicht eindeutig vom Genotyp unterscheiden. Daher blieben weitere Forderungen zurückhaltend: So sollte ihrer Meinung nach für Männer bei fortschreitendem Verlauf des Leidens das Fortpflanzungsverbot ein dauerndes sein, unterstützt durch die freiwillige Sterilisation. Die Schwangerschaftsunterbrechung bei der Frau sei hingegen nicht angezeigt.<sup>838</sup>

Die Ergebnisse spalteten die Ärzteschaft in ihrer Resonanz klassischerweise in zwei Gruppen. Ein heftiger Diskurs zwischen den Vertretern der Erbtheorie und der Infektionstheorie entbrannte. So sprach Franz Redeker, bekannt als einer der modernsten Sozialhygieniker, von einem „idealen Feld für die Eugenik, ihr Meisterstück zu liefern.“ Sie könne nämlich bei tuberkulösen Rinderfamilien „nach Belieben von der Fortpflanzung absperren und alles Erbunwerte abschlachten.“<sup>839</sup> Aber auch die Befürworter sparten nicht an Kritik, insbesondere an der Untersuchungsmethode als auch an den Schlußfolgerungen. Zu diesen gehörte auch Ulrici, der zwar von einer „hochinteressanten Monografie“ sprach, die aber „als endgültige Lösung der Frage nach der Erbllichkeit der Tuberkulosedisposition noch nicht“ angesehen werden kann.<sup>840</sup> Die Wirkung und Verbreitung dieses Werkes ist bis in die vierziger Jahre

---

<sup>836</sup> Diehl und Verschuer (1936), S. 155

<sup>837</sup> Diehl und Verschuer (1936), S. 156 und 157

<sup>838</sup> Diehl und Verschuer (1936), S. 157

<sup>839</sup> Wohl Reaktion auf Vorveröffentlichung, in: Kelting (1972), S. 22

<sup>840</sup> <sup>840</sup> Ulrici, Hellmuth: Über die Bedeutung der Erbllichkeit für die Entwicklung und den Verlauf der Tuberkulose, in: Medizinische Klinik, 1934, Nr. 10, S. 325



nachzuweisen, auch wenn sie schon ab Mitte der dreißiger Jahre für die tatsächliche Entwicklung der Tuberkulose irrelevant wurde.<sup>841</sup>

Für das Scheitern der Erbtheorie und diesbezüglicher Maßnahmen im Falle der Tuberkulose scheinen mehrere Faktoren ausschlaggebend zu sein. Einerseits wurde der Forschung mangelnde Wissenschaftlichkeit nachgesagt, andererseits waren aber auch die Ergebnisse nicht derartig, daß sie NS-Herrschaftsträger zu strengeren Maßnahmen hätten ermuntern können. Das Kardinalprinzip der Selektion konnte sich nicht auf diese Forschungen stützen, da ein genaues Diagnose- beziehungsweise Selektionsmittel nicht abgeleitet werden konnte. Damit richteten sich weitergehende Maßnahmen aber auch gegen „gesundes Erbgut“, und waren somit nicht tolerierbar.<sup>842</sup> Andererseits hätten sich diesbezügliche Aktivitäten auch zunehmend gegen sich selbst gerichtet. Die Menge der Tuberkulösen sprach volkswirtschaftlich, aber auch innenpolitisch,<sup>843</sup> und insbesondere auch aus persönlichen Gründen dagegen: Selbst höchste NS-Machthaber waren nicht gegen die „Erbkrankheit“ Tuberkulose gefeit, zum Beispiel ist bekannt, daß der Sohn des Reichsgesundheitsführers Conti, Friedrich-Wilhelm Conti, 1944 an Tuberkulose erkrankt war. Sowohl im Frühjahr als auch im September dieses Jahres war er zweimal im Waldhaus wegen Lungentuberkulose in Behandlung.<sup>844</sup>

Doch noch 1941 sieht Diehl als alleiniger Autor seine Theorie im positiven Sinne bewiesen.<sup>845</sup> Allerdings fehlen entsprechende praktische Vorschläge. Diehls Kontakt zu Verschuer, der nun als Leiter des KWI in Dahlem Forschungen in Auschwitz durch den KZ-Arzt Josef Mengele durchführen ließ, brach jedoch nie ab. Noch im November 1944 hielt Verschuer einen Vortrag über die „Erblichkeit bei Infektionskrankheiten“, in dem er, neben

---

<sup>841</sup> Einer der bekanntesten Tuberkuloseärzte, Kayser-Petersen, sah 1937 den Streit im Sinne der Seuchenbekämpfung, d.h. im Sinne einer Infektionskrankheit, entschieden, in: Kelting (1972), S. 19

<sup>842</sup> Diehl und Verschuer (1936), S. 157. Die Theorien Diehls erhielten bis in die späten fünfziger Jahre jedoch starke Verbreitung, so in Hein (1958), wo Diehl ein Kapitel der Vererbung veröffentlichen durfte. Heute wird die Zwillingforschung an sich als Werkzeug der wissenschaftlichen Rassenhygiene gesehen, die ein „Amalgam aus Wissenschaft, Halbwissenschaft, Lüge, Raub und Mord war.“ Und zur Methodik: „Es wurde damals übersehen, wie vielfach auch heute noch, daß die Zwillingforschung aus methodischen Gründen letztlich keine Gewißheit, sondern höchstens Wahrscheinlichkeit dafür liefern kann, daß ein bestimmtes Merkmal vererbt ist.“, in: Müller-Hill (1991), S. 154

<sup>843</sup> Diesbezüglich scheinen auch Ressentiments vorhanden gewesen zu sein, wie der visionäre ablehnende Brief eines Zwilling an den Forschungsleiter Diehl aufzeigte

„Nach meinen Erfahrungen und Beobachtungen als tuberkulöser Kriegsinvalide mit den staatlichen Ämtern, hat die menschliche Erblehre in der Vererbung von Krankheit nicht nur eine wissenschaftliche Bedeutung. Sondern diese Vererbungstheorie kann sich vielmehr auswirken als juristisches Mittel, in der Ablehnung von Rentenansprüchen, und auf dem sozialen Gebiet der Tuberkulosefürsorge. Somit wird die Sterblichkeit und das Familienelend der Tuberkulösen, soweit sie arbeitsunfähig sind, beschleunigt und vergrößert. In der Hoffnung, daß das schöne Wort Gleichberechtigung auf sozialem Gebiet doch einst in Erfüllung geht.“, in: AS-X-12, S. 134

<sup>844</sup> Nr. 0364/1944, in: AS-X-12, 133a+b

<sup>845</sup> Diehl (1941), S. 193-194

Ergebnissen der Auschwitz-Versuche, auch auf neue Fortschritte in der Tuberkuloseforschung Diehls hinwies.<sup>846</sup>

In der Frage der Massenselektion innerhalb der Rasse war man damit gescheitert. Für einzelne Vorgänge kann jedoch ein selektives Verhalten gegenüber den Tuberkulösen nachgewiesen werden. Die leidtragenden Patienten waren rassenpolitisch Verfolgte und auch Ausländer. Jüdische Patienten wurden beispielsweise, wenn sie nicht entlassungsfähig waren, in ein Allgemeinkrankenhaus, das Jüdische Krankenhaus verlegt, das jedoch nur Offentuberkulose aufnahm. Die Kapazitäten der Heilstättenbehandlung für Juden waren aber äußerst beschränkt. So gab es im ganzen Reich nur eine Heilstätte für jüdische Patientinnen.<sup>847</sup> Außerdem betraf dieses Verhalten auch in der Kriegszeit eingesetzte ausländische Zwangsarbeiter, die in den Rüstungswerken in Berlin und Oranienburg eingesetzt waren. Ihre Unterbringung war nur schlecht in Baracken gewährleistet.<sup>848</sup> Bei Krankheit mußten sie nach einem Erlaß des Reichsarbeitsministers unverzüglich in ihre Heimat abgeschoben werden, wenn sie nicht nach drei Wochen wieder „hergestellt“ waren.<sup>849</sup>

Von Beginn der SA-Unruhen bis zum Krieg bedeutete das Arbeiten im Waldhaus damit dauernden Kontakt mit der Aggression, der Unberechenbarkeit und der Selektion des NS-Staates. Eine erkennbare Regung einer eigenen Meinung oder gar Opposition seitens der Klinikleitung war nicht zu verzeichnen. Auf der anderen Seite waren eher starke Kollaborationen erkennbar. Insofern scheint es eine fast rhetorische Frage zu sein, nach Indizien zu suchen, die das Wissen um die Verbrechen gegen die Menschlichkeit belegen. Für eine finale, selektive Einschätzung der Protagonisten kann dies aber dienlich sein.

Aus den oben beschriebenen Verbindungen Diehls zum KWI, die bis ins Jahr 1945 reichen, wird klar, das dieser mit der Spitze des organisierten wissenschaftlichen Mordapparates regen Kontakt pflegte. Inwieweit der Informationsfluß über die Zwillingsversuche in Auschwitz auch in Richtung Diehl existierte, ist unklar. Zumindest wird aus dem letzten vorhandenen Brief Verschuers über das KWI klar, daß sich Diehl zu einem kleinen Kreis von Personen zählen konnte, um die sich Verschuer in der Folge des Zusammenbruchs des NS-Staates sorgte.<sup>850</sup> Gerade im Lichte der Thematik und der langjährigen Zusammenarbeit mit Verschuer scheint eine weitgehende Einweihung Diehls somit äußerst wahrscheinlich.

---

<sup>846</sup> Bergmann, Czarnowski, Ehmann (1989), S. 137

<sup>847</sup> Lungenheilstätte Nordrach der Baronin Eduard von Rothschild im Schwarzwald, in: AS-X-20, S. 13

<sup>848</sup> Arbeiter und Kriegsgefangene waren nach Nationalitäten untergebracht. Aktenkundig sind Lager für Weißrussen, Rumänen und Franzosen, letztere in Hohenbruch bei Sommerfeld, in: AS-X-20, S. 21a

<sup>849</sup> vom 8.10.1941, in: AS-X-20, S. 21

<sup>850</sup> Als Verschuer im Zuge der Flucht das Zwillingsarchiv in den Westen mitnahm, berichtet er im Februar 1945 einem Tübinger Kollegen über den Werdegang anderer Involvierter: Unter 4 Personen findet sich auch Diehl, in:

Die Verbindungen Ulricis zu den Herrschaftsträgern in den Funktionen der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung ließen ihn in engsten Kontakt zur T4-Aktion geraten. So wurde er im Oktober 1940, also nach Anlaufen dieses Euthanasieprogramms, beauftragt, die Heil- und Pflegeanstalten des Gau Brandenburg einzeln bezüglich der Umnutzung für Tuberkulose zu beurteilen.<sup>851</sup> Ulrici befand aber nur die kleinen, nicht die größeren Anstalten für tauglich.<sup>852</sup> Welche Information bei dieser Untersuchung flossen, ist nicht bekannt.

Desweiteren hatte er ab 1941 als beratender Tuberkulosearzt der Heeres-Sanitätsinspektion auch eine wichtige militärische Position inne.<sup>853</sup> Während des Krieges wurden von dieser jährlich Arbeitstagungen der beratenden Ärzte durchgeführt.<sup>854</sup> Auf der 3. Tagung der beratenden Ärzte in der Militärärztlichen Akademie in Berlin wurde vom beratenden Chirurgen der Waffen-SS Karl Gebhardt der Vortrag „Besondere Versuche über Sulfonamidwirkung“ zu den grausamen Versuchen an Frauen im KZ Ravensbrück gehalten.<sup>855</sup> Es gilt als gesichert, daß dieser Vortrag vor der Vollversammlung der Tagung stattgefunden hat.<sup>856</sup> In der Teilnehmerliste sind als Tuberkuloseärzte auch Ulrici und dessen früherer Oberarzt Wilhelm Roloff aufgeführt.<sup>857</sup> Darüberhinaus war Ulrici auf der nächstjährigen Tagung als Leiter der Tuberkulosefachgruppe ausgewiesen. Diese Veranstaltung fand bezeichnenderweise im SS-Lazarett der Heilstätten Hohenlychen statt. Von dort aus waren die Menschenversuche Gebhardts organisiert worden.<sup>858</sup>

Inwieweit Ulrici detaillierte Kenntnisse von diesen Versuchen besaß, ist jedoch nicht eindeutig zu klären. In Anbetracht des Themas Antibiotika und der Nähe zu den Protagonisten der Morde scheint dies gerade im Hinblick auf den versachlichten Umgang mit solchen Taten als äußerst naheliegend.

Auf die Frage, was die gute Gesellschaft ist, soll Ulrici gesagt haben: „Ich gehöre dazu, weil ich Reservearzt bin.“<sup>859</sup> Obgleich dieses Zitat sicher aus den Vorkriegstagen stammt, so scheint es doch eine Erklärung für die Hörigkeit der Militärärzte anzubieten.

---

Bergmann, Czarnowski, Ehmman (1989), S. 137

<sup>851</sup> So begannen die Tötungen im Januar 1940 in der Anstalt Brandenburg/Görden, in: Winau (1987), S. 334

<sup>852</sup> Untersuchung Ulricis vom Oktober 1940, in: BLHA Potsdam, Rep 55 - VII b 144: Reichs-Tuberkuloseausschuß

<sup>853</sup> Referat R Pers AO 175-Akte Ulrici, nicht paginiert, steht im Widerspruch zur Liste, in: Klee (1997), S.197

<sup>854</sup> Klee (1997), S. 198

<sup>855</sup> In Ravensbrück waren zu Versuchszwecken mit dieser Antibiotikagruppe eine Reihen von Häftlingen mit Infektionskrankheiten, wie Tetanus und Gasbrand infiziert worden, worauf eine Vielzahl starb, in: Baader G.: Ärztliche Verbrechen, in: Kudlien (1985), S. 190. Schilderung der Tagung, in: Klee (1997), S. 199 f.

<sup>856</sup> Ebda, S. 201

<sup>857</sup> Ebda, S. 203

<sup>858</sup> Baader (1985), S. 191

<sup>859</sup> Aus dem Interview mit der Tochter Ulricis, Susanne Bayer-Ulrici

Ist dies nur ein Beispiel, so bleibt das Gesamtbild der kritiklosen Gefolgschaft der Mediziner wie Ulrici über 12 Jahre Diktatur unbegreiflich.<sup>860</sup> Sicherlich hat das rigide kontrollierende System, welches die NS-Herrscher in der Tuberkulosebekämpfung installieren wollten, den enttäuschten Mediziner wie Ulrici als letzte Hoffnung imponieren müssen.

Als Ulrici mit Kriegsbeginn Hitler nur noch als „Verbrecher“ titulierte, hätte man sich für seine Person doch wenigstens mit dem Aufkommen der organisierten Verbrechen gegen die Menschlichkeit den Mut und das Feingefühl gewünscht, seiner wohlverdienten Berentung im Jahre 1940 zuzustimmen.

---

<sup>860</sup> Insbesondere, da Ulrici regen Kontakt zu Leidtragenden des NS-Staates pflegte: so zu Pagel, der nach England emigrieren mußte, zum Komponist Blacher, dessen Ehefrau Halbjüdin war oder zum Elisabeth-Sanatorium Babelsberg der Frau Freimuth, die Jüdin war. Ebda

#### **4.2.4. Todgeweiht:**

Zieht man aus den vorliegenden Kapiteln ein vorläufiges Resümee, so war die Tuberkulosemedizin, -politik und -bekämpfung für viele Tuberkulöse gescheitert. Sieht man von den 25% Heilerfolgen bei den Todesgefährdeten ab, so bedeutete auch nach 30 Jahren Tuberkulosemedizin im Waldhaus die Diagnose Tuberkulose meistens ein Todesurteil. Insofern scheint es notwendig, dieses Scheitern mit einer Schilderung des persönlichen Dramas des Patienten weitab von Zahlen zu behandeln. Im folgenden sollen nun Leidenswege, die persönlichen Gefühle, die Psyche des Kranken aufgezeigt werden, und damit ein anderer Aspekt der Tuberkulosegeschichte zum Tragen kommen.

Als Grundvoraussetzung einer solchen Betrachtung ist es notwendig die äußeren Umstände der Krankheit und Therapie und deren möglichen Einfluß auf Psyche und Verhalten in Erinnerung zu rufen.

Die weitgehende Unheilbarkeit der Tuberkulose war die Voraussetzung, daß sich diese Krankheit weit mehr als andere Gebrechen auf die Psyche des Kranken auswirken mußte. Hinzu kam der chronische Verlauf, welcher sich über Jahrzehnte erstrecken konnte. Der mögliche Tod an der Tuberkulose war somit allzeit präsent.

Auch die Chronizität und die Art der Therapie, die Verschickung weitab von der Gesellschaft in die Isolation der Heilstätten und Tuberkulosekrankenhäuser verstärkten weiter die Allgegenwart der Krankheit. Der Patient war nicht nur aus seinem Beruf, seinen Lebensgewohnheiten, seinem familiären und sozialen Umfeld gerissen. Des öfteren bedeutete die Krankheit auch den gänzlichen Verlust derselben. In der Anstalt war ihm zusätzlich gewohnter Lebensgenuß bis auf weniges verboten, er hatte sich einem rigiden System der Therapie unterzuordnen und der Umgang mit Menschen war hauptsächlich auf Leidensgenossen beschränkt. Das mögliche Schicksal der eigenen Person konnte gerade in seiner tragischen Ausprägung am Werdegang der Mitpatienten studiert werden. Insofern ist es nur zu verständlich, daß das eigenen Leiden immer weiter in den Vordergrund trat, jeden Moment des Tages, jeden Gedanken besetzt halten konnte.<sup>861</sup>

---

<sup>861</sup> Ulrici, Hellmuth: Zur Psychologie des Phthisikers, gekürzter Vortrag gehalten im Verein für innerer Medizin, Berlin, am 24.10.1932, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1932, S. 2003-2005

Grundsätzlich geht man bei der Diagnosestellung einer tödlichen Krankheit von der Provokation einer depressiven Stimmung aus. Aufgrund der Intensität der langen psychischen Belastung entwickelten sich bei der Tuberkulose jedoch eigene, für Außenstehende auffällige psychische Verhaltens- und Denkmuster. Diese waren auch Thema zahlreicher ärztlicher Abhandlungen zur Psyche des Tuberkulösen. Die Mehrzahl der Autoren sah aber keine typischen Reaktionen, sondern eher eine weite Variationsbreite intensiver psychischer Konstitutionen.<sup>862</sup>

Ursächlich wurden zwar auch endogene Gründe wie die direkte toxische Beeinflussung gesehen, die Mehrzahl der Autoren führten aber exogene Gründe an: Die Reaktion auf das Erlebnis der Krankheit, ihrer Behandlung und ihres Milieus. Dazu schreibt Ulrici: „Selbstbeobachtung und Leidensverfolgung sind sicherlich zu einem Teil Ausdruck der Charakterveranlagung, zu einem Teil aber auch allzu vielen Wissens um die eigenen Krankheit, ein sehr unerwünschtes Nebenereignis der ärztlichen Heilkunst.“<sup>863</sup>

Auf dieser Basis konnte sich ein intensives seelisches Versinken in die Krankheit entwickeln. Dieser Grundzustand variierte jedoch in seiner Ausprägung. Im allgemeinen wurde eine Stimmungslabilität aufgezeigt, die sich am weitesten in einem manisch-depressiven Verhalten äußerte, so daß sogar von einer „Folie tuberkulose“ gesprochen wurde.<sup>864</sup>

Neben der „apres nous le déluge“<sup>865</sup> Stimmung waren die euphorischen Stimmungen auch Ausdruck einer sozialen Beeinflussung durch die Leidensgesellschaft oder die gesamte Gesellschaft. So wird des öfteren ein reaktives Zurschautragen der Sorglosigkeit im Angesicht des Todes attestiert. Je mehr die Tuberkulose in den späten zwanziger und dreißiger Jahren aber auch gesellschaftlich stigmatisiert wurde, umso mehr wurde es aber auch bittere Notwendigkeit, die Krankheit zu verheimlichen und zu verstecken.<sup>866</sup>

War eine sorglose Stimmung theoretisch für den Anstaltsbetrieb nur von Vorteil, so führte diese jedoch auch dazu, daß die ärztlichen Anweisungen unterlaufen wurden.<sup>867</sup> So häufen sich auch im Waldhaus die Berichte über sexuellen Beziehungen zwischen den Patienten,

---

<sup>862</sup> siehe dazu die Übersicht zur Literatur, in: Creischer: Beitrag zur Psychologie des Lungenkranken, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1927, Band 67, S. 409-413

<sup>863</sup> Ulrici, Hellmuth: Zur Psychologie des Phthisikers, gekürzter Vortrag gehalten im Verein für innerer Medizin, Berlin, am 24.10.1932, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1932, S. 2005

<sup>864</sup> Ebda, S. 409

<sup>865</sup> „Nach uns die Sintflut“

<sup>866</sup> Ebda. S. 413

<sup>867</sup> „Zauberbergkrankheit“ ( Ulrici (1932), S. 2005) in ihren Variationen der Versunkenheit, der Sorglosigkeit, der sexuellen Aktivität

auch mit der Folge von Schwangerschaften, oder auch Klagen über nächtliche Alkoholexzesse im nahen Sommerfeld.<sup>868</sup>

Für die allgemein vorherrschende Anstaltsstimmung des Waldhauses zeichnete Ulrici jedoch ein stark differierendes Bild:

***„Wo in aller Welt sind die gutherzigen, gemütlichen, humoristischen, aber auch die stillen, die schwernehmenden ? Sind solche Charaktere unter ihnen nicht geradezu Raritäten ? Sind sie nicht vielmehr fast alle ungesellig, humorlos oder scheu, dabei feinfühlig, nervös, aber oft Natur- oder Bücherfreunde ? Psychisch ein schweres Material, schwer zu nehmen ?“<sup>869</sup>***

Ulrici bezeichnet die Mehrzahl der Patienten des Waldhauses als letzteren Typ. Dieser sei in seiner Persönlichkeit gespalten, ein schizothymischer Typ, bestehend aus einem Oberflächenbild der Zurückhaltung, verbunden mit großer Reizbarkeit und darunter aus einer Tiefenperson mit feinem Kunstverständnis und reichem Phantasieleben, „freilich auch manchmal einem grotesken Mangel an ethischem Gehalt.“<sup>870</sup>

Auch wenn aufgrund dieser Divergenz der Beschreibungen der Psyche die Art der Atmosphäre in Heilstätten und Tuberkulosekrankenhäusern nicht endgültig eruiert werden kann, so hat das Patientenverhalten in seiner Intensität doch sicherlich dominierend gewirkt. Die Art der psychischen Reaktion blieb jedenfalls eine individuelle Angelegenheit.

Das Schicksal eines Tuberkulosekranken soll im Folgenden nun detailliert geschildert werden. Dabei handelt es sich um die Leidensgeschichte von Hans Böttcher, unter dem Namen Joachim Ringelnatz weitläufig als Schriftsteller bekannt, welcher vom 7.6. bis zum 3.10.1934 im Waldhaus behandelt worden war.

Ringelnatz, im Jahre 1883 im sächsischen Wurzen als Sohn eines Musterzeichners und Schriftstellers geboren, hatte sich schon in seiner Schulzeit in Leipzig dem Zeichnen verschrieben. „Als er einer Samoanerin, die in seiner Völkerschau in Leipzig gastierte, den elterlichen Christbaumschmuck schenkte, mit denen sich das Mädchen behing und ihm zum Dank den Unterarm tätowierte, zeigte er diese Auszeichnung stolz seinem Klassenlehrer.“<sup>871</sup>

Er wurde von der Schule verwiesen. Daraufhin entwickelte sich Ringelnatz zu dem „Rowdy,

<sup>868</sup> AS-X-20, S. 10 und AS-X-12. S. 144

<sup>869</sup> Ulrici, Hellmuth: Zur Psychologie des Phthisikers, gekürzter Vortrag gehalten im Verein für Innere Medizin, Berlin, am 24.10. 1932, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1932, S. 2004

<sup>870</sup> Ulrici verneint aber die klassische Theorie der kausalen Übereinstimmung von Tuberkulose und Schizophrenie, alle Zitate in: Ebda, S. 2004

<sup>871</sup> Bayer, Hans, alias Troll, Thaddäus: Joachim Ringelnatz, Vortrag anlässlich der Regionaltagung der Berliner Lungenfachärzte am 4.6.1966 Hellmuth-Ulrici-Klinik Sommerfeld, maschinengeschriebenes Manuskript

Halbstarke und Bürgerschreck“, der er bis zu seinem Tode blieb.<sup>872</sup> Er reiste als Schiffsjunge und Matrose durch die Welt, war Obdachloser in Hamburg, Zeitungsverkäufer in England, vagabundierte durch Deutschland. Ab 1909 war er Buchhalter in München, wo er begann, heitere Gedichte zu schreiben, die er aber nirgends lancieren konnte. Erst die Bühne der Münchner Künstlerkneipe „Simplicissimus“ erlaubte den öffentlichen Vortrag und machte ihn bekannt. Davon konnte er jedoch nicht leben, so arbeitete er als Bibliothekar und Fremdenführer. Der Erste Weltkrieg zwang ihn auf ein Minensuchboot. Nach dem Krieg in Berlin, heiratete er die Lehrerin Leonharda Piper, die er ‚Muschelkalk‘ nannte. Auf der literarischen Bühne ‚Schall und Rauch‘ wurde er auch in Berlin als Kabarettist entdeckt.<sup>873</sup> Als Beispiel für seine feinen groben Satiren sei aus seinen Turngedichten zitiert:

### *Klimmzug*

*Das ist das Symbol für das Leben.*

*Immer aufwärts, himmelan streben!*

*Feste zieh! Nicht nachgeben!*

*Stell dir vor: Dort oben winken*

*Schnäpse und Schinken.*

*Trachte sie zu erreichen, die Schnäpse.*

*Spanne die Muskeln die Bizepse.*

*Achte vor die Beschwerden.*

*Nicht einschlafen. Nicht müde werden!*

*Du mußt in Gedanken wähen:*

*Du hörtest unter dir deinen Schlund gähnen.*

*In dem Schlund sind Igel und Wölfe versammelt.*

*Die freuen sich auf den Menschen, der oben bammelt.*

*Zu! Zu! Zu! Tu nicht überlegen.*

*Immer weiter herrlichen Zielen entgegen.*

*Sollte dich ein Floh am Po kneifen,*

*Nicht mit beiden Händen zugleich danach greifen.*

*Nicht so ruckweis hin und her schlenkern;*

*das paßt nicht für ein Volk von Turnern und Denkern.*

---

<sup>872</sup> Ebda, S. 4

<sup>873</sup> Ebda, S. 11



*Klimme wacker,  
Alter Knacker!  
Klimme, Klimb  
Zum Olymp!  
Höher hinauf!  
Glückauf!  
Kragen total durchweicht.  
Äh- äh- äh- endlich erreicht.  
Das Unbeschreibliche zieht uns hinan.  
Der ewigweiblich Turnvater Jahn.<sup>874</sup>*

Aufgrund dieser Schilderungen mag man erkennen, welch aktiver, lebenslustiger, weltoffener und kritischer Mensch Ringelnatz gewesen war. Mit dem Aufkommen des Nationalsozialismus, der „kleinpingeligen Schmach“ wurden seine Gedichte jedoch schon schwermütiger und düsterer.<sup>875</sup> Am 12. April 1933 wurde Ringelnatz' Auftritt im „Simplicissimus“ verboten. Er reist im Oktober für Auftritte nach Zürich, wo er im „Nebelspalter“ auftrat.<sup>876</sup> Von dort berichtete er erstmals über eine fiebrige Erkrankung. Mit Auftrittsverbot belegt, alle seine Bücher waren beschlagnahmt, kehrte er nach Berlin zurück. Im Februar 1934 verschlimmerte sich sein gesundheitlicher Zustand akut. Die Tuberkulose wurde diagnostiziert, im Juni nahm man ihn nach Untersuchung durch Ulrici in Sommerfeld auf. Im August veröffentlichte Muschelkalk mit Freunden, darunter auch der Verleger Ernst Rowohlt, Paul Wegener und die Schauspielerin Asta Nielsen, einen Spendenaufruf im Berliner Tageblatt, um den Krankenhausaufenthalt zu finanzieren.<sup>877</sup>

Ringelnatz lag unterdessen im Waldhaus. Es wurde eine beidseitige exsudative Lungentuberkulose der Oberlappen festgestellt, zusätzlich bestand Kehlkopfbefall mit Heiserkeit.<sup>878</sup> Aufgrund dieser Diagnose war von vornherein ein rascher Verlauf anzunehmen mit schnellem Übergang ins Stadium der völligen Zerstörung der Lunge. Ringelnatz war schon entsprechend abgemagert und wog nur noch knapp 50 Kilogramm.<sup>879</sup> An eine operative

---

<sup>874</sup> Ebda, S. 12

<sup>875</sup> Ebda, S. 14

<sup>876</sup> So wurde Geld für ca. ein Jahr gesammelt. Muschelkalk: In Memoriam Joachim Ringelnatz, Berlin 1937, S. 126

<sup>877</sup> Ebda, S. 128 und 129

<sup>878</sup> Aus dem Aufnahmebuch: Nr. 4031/1934

<sup>879</sup> Ebda

Therapie in seinem Zustand mit dieser Tuberkuloseform war nicht zu denken. Damit war von Beginn an mit einer ungünstigsten Prognose zu rechnen.<sup>880</sup>

Ringelwitz hatte sich jedoch Arbeitsutensilien mitgebracht. Er schrieb an einem Roman, „machte sich aber auch täglich Aufzeichnungen, weil er das Milieu der Heilstätte in seinem Roman verwerten wollte.“<sup>881</sup> Diese sind in seinem „Krankenhaustagebuch“ erhalten geblieben.<sup>882</sup>

Mit dem Eintritt in die Anstalt sah sich auch Ringelwitz mit der anfangs beschriebenen Problematik der Tuberkulose und Therapie konfrontiert: So litt er unter dem Milieuwechsel, der Isolierung von der Außenwelt, von seinen Freunden, seinem Leben mit Muschelkalk, aber auch unter der Rigidität der Therapie mit dem weitgehenden Verbot der Freizügigkeit. Auch zeigten sich die angesprochenen psychischen Veränderungen wie Mißtrauen gegen die Schwestern, Fixierung auf Fremd- und Eigenbetrachtung und eine starke Stimmungs labilität mit Flucht in die Ironie und den Alkohol. Ringelwitz war aber nie über den wahren Zustand seiner körperlichen Verfassung offiziell informiert. Dieses Verhalten stand im Einklang mit Ulricis Anschauung.<sup>883</sup> Es scheint in Anbetracht des Ausmaßes seiner Beobachtungsgabe aber nicht möglich, daß Ringelwitz die eigenen Progredienz und Gefährdung verkannte. Zwar spricht er nie direkt das Thema Tod an, in den letzten Aufzeichnungen ist es aber überdeutlich sichtbar. In völliger Verdrängung seiner Lage, noch im Stadium der Krankenhausentlassung, lenkt er den Blick verstärkt auf seine Arbeit. Krankenpsychologisch waren und sind solche Reaktionen der „vermehrten oder überstürzten Leistung“ gerade mit der definitiven Prognose bestens bekannt.<sup>884</sup>

In kurzen Zitatfolgen soll nun mit den Worten von Ringelwitz ein selbstredendes Bild aus der Sicht des Kranken skizziert werden.

„7. Juni:

*Vor dem Zimmer Veranda. Blick auf die Wiese mit Nadelgehölz und Nadelwald dahinter - Frauenabteilung. - Vielmals am Tag messen. 5 Mahlzeiten am Tag, dazwischen Liegekur. Abends Nachtigall. Acht Uhr schlafen gehen bis wieder früh. Lange Nacht. ... Ich wiege 103*

---

<sup>880</sup> Ulrici (1944), S. 31

<sup>881</sup> Nach Muschelkalk Ringelwitz, in; Beyer (1966), S. 15

<sup>882</sup> Der Nachlaß, Berlin 1935, S. 44-74, 7. Juni bis 9. Oktober 1934

<sup>883</sup> So meint Ulrici: „Preis dem Arzt und der Krankenpflegerin, die es in echter Herzengüte verstehen, dem Todkranken die Hoffnung zu erhalten und seinen Blick abzulenken von seinem tragischen Geschick; sind es doch größtenteils junge Leute, die vom Leben noch viel erwarten.“ In: Ulrici, Hellmuth: Der Tod an der Tuberkulose, in: Klinische Wochenschrift, 1933, S. 875

*Pfund. Sonne später, langsam erst bis zum Knöchel, dann bis ... usw. Stuhlgang senkrecht normal, schräg breiig, horizontal Dünnschiff. ...* <sup>885</sup>

Insbesondere zu Beginn der Behandlung kann Ringelnatz der Rigidität und Monotonie der Therapie und dem Messwahn noch ironisch entgegentreten. Nach einem Monat war die Gleichförmigkeit des Anstaltslebens aber zur Belastung geworden. Dies wog um so schwerer, als sich aufgrund seiner beißenden Ironie Schwierigkeiten beim Einordnen in die Krankengesellschaft geradezu heraufbeschworen. Zugleich litt er unter dem Lärm und dem Trubel der Anstalt, wodurch er sich in seiner Beschäftigung behindert sah.

*„11.Juni:*

*Von allen Seiten Gedudel, Grammophon, Lautsprecher, gezwungenes Lachen labernder Backfische. ...*

*15.Juni:*

*Wenn alle drei Husten, ist es wie bei der Fütterung der Raubtiere. ...*

*22. Juni:*

*„Die Tage ohne M. werden immer länger. Großer Sturm den ganzen Tag. Eine spanische Wand in der Liegehalle zwischen unserer Bier-Edelmann Seite und den Knochenfrauen ward ...* <sup>886</sup>

Mit der Verschlechterung seines Zustandes tritt seine eigene körperliche Verfassung und die seiner Mitpatienten in den Vordergrund. Doch sind auch immer wieder Ironien oder Momente gehobener Stimmung zu verzeichnen.

*„27.Juni:*

*Habe nichts zugenommen. Die Oberschwester sagt beim Wiegen: „Er hat einen Kummer gehabt.“ „Ja so ist's.“ ...*

*29.Juni:*

*heute, 29.Juni, hatte ich früh 39,1 Fieber, wurde zunächst auf dem Rippenfell mit Jod bestrichen, dann durchröntgt. Karte mit dem Photo der P.-Bar... erweckte meine ganze*

---

<sup>884</sup> So spielte Molière noch am Tage seines Todes am 17.2.1673 die Hauptrolle in seinem Theaterstück „Der eingebildete Kranke“, in: Ulrici, Hellmuth: Zur Psychologie des Phthisikers, gekürzter Vortrag gehalten im Verein für Innere Medizin, Berlin, am 24.10. 1932, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1932, S. 2004

<sup>885</sup> Der Nachlaß, S. 47

<sup>886</sup> Ebda, S. 48-49

*Sehnsucht, dort jetzt zu sitzen. Ach es wäre wie neugewonnenen Leben gewesen. ... Ich traue jetzt- heute- momentan- Schwestern überhaupt nicht. ...*

*5.Juli*

*Dann maß ich heute 36,4, so daß die Fieberkurve in den Keller schoß. ...*

*10. Juli:*

*Ich bin jetzt nach dem Frühstück schon arg verstimmt, weil ich nichts an Gewicht zugenommen habe ...*

*11. Juli:*

*Die Nacht gestern sehr unruhig: Der Junker jammerte und rief die ganze Nacht nach seiner Mutti. Luba schrie die Nacht durch ihre Schmerzen. ... Ich hing mir Ohrgehänge aus Kirschen über die Ohren, weil das Wetter so schön war, wie die Welt hätte sein müssen. ...*

*1. August.*

*Also der Junker hat noch zur Elsbeth vor seinem letzten Hauch gesagt: „Der liebe Gott will, daß man mit einem recht guten Scheitel in den Himmel kommt.“- In der Nacht von des Junkers Tod ist mir aufgefallen, daß die Hunde die ganze Nacht bellten. Der Junker hat auch noch gesagt: „Das Leben ist doch schwer.“...*

*9. August:*

*Ich darf ausgehen...<sup>887</sup>*

Mit der Besserung seines Zustandes befahl Ringelnatz die Sehnsucht nach Berlin. Er floh nachts durch ein Loch im Anstaltszaun aus der Anstalt in eine Bretterbude am Weg nach Sommerfeld, der „Wackelbude“, in welcher Alkohol ausgeschenkt wurde.<sup>888</sup>

Ab Anfang September verschlechterte sich sein Zustand jedoch zunehmend, worauf Ulrici und Muschelkalk eine anderweitige Kur, etwa in Ägypten, ins Auge faßten.

Muschelkalk schreibt am 3. September an einen Freund: „Und zwischendurch ist er ganz der Alte, macht Jux, krakeelt usw. Schade, daß der sehr gute Arzt so was nicht sieht. Deshalb will ich Ringel auch fortnehmen und in größerer Freiheit unterbringen.“<sup>889</sup>

*„5. September:*

---

<sup>887</sup> Der Nachlaß, S. 51-60

<sup>888</sup> Ebda, S. 64

*Seit vier Tage habe ich eine heftige Luftröhrentzündung. Meine ganze Brust tut weh, wenn ich den geringsten Bissen oder Schluck zu mir nehme. Das ist abscheulich. Schlafen kann ich nur unter der Benutzung starker Schlafmittel ... dauernd durchleuchtet. Chef und Oberschwester bedauern das selbst, weil diese rätselhafte, dazugekommene Krankheit mich sehr zurückwirft. ...*

*7. September*

*Träume ich einen Traum nach dem anderen, einer grotesker als der andere. Alles sind böse Träume (Ich springe ins Meer, Haifisch packt mich)... Gestern habe ich wohl 24 Stunden geschlafen. ...*

*21. September:*

*Ach, die Nacht! Wie habe ich sie mit Qual überstanden, denn das Opium wirkt nicht lange ... Ein durchweintes Grau am Himmel....*

*23. September:*

*Von wem soll ich, muß ich, mag ich, wenn ich jetzt hier wegkomme, Abschied nehmen - von dem Spatz ohne Schwanz. „<sup>890</sup>*

Trotzdem erlebt ihn Muschelkalk am selbigen Tag in bester Laune: „Obwohl mich der Arzt über Ringels aussichtslosen Zustand ziemlich aufgeklärt hat, sah ich den kleinen Mann heute wieder in völliger Frische. Er war so lebendig und genial wie seit Ewigkeiten nicht, so daß mir das schon fast unheimlich wurde. ... Nix ist's mit „nur in einem gesunden Körper“ usw. Na ja, Du weißt es ja selber.“<sup>891</sup>

Am 3. Oktober wurde Ringelnatz auf eigenen Wunsch entlassen, er freute sich darauf, wieder arbeiten zu können, „... doch dann ging es nicht mehr. Er konnte nicht mehr malen, auch nicht schreiben, war schon zu schwach. Er merkte es selber, daß er auch ohne die Behinderung des Krankenhauses nicht mehr arbeiten konnte. Er weinte und sagte: „Ich hatte mich so auf das Arbeiten gefreut.“ Das war wohl der schlimmste Tag für ihn. An dem Tag ist er eigentlich schon gestorben. Es war der dritte Tag nach seiner Rückkehr aus dem Krankenhaus.“<sup>892</sup>

Am 20. November schreibt Muschelkalk an Selbigen:

„Lieber H. ... der arme Ringel ist Sonnabend gestorben. Wir begraben ihn heute ...“<sup>893</sup>

---

<sup>889</sup> Ebda, S. 63

<sup>890</sup> Ebda, S. 64-68

<sup>891</sup> Brief an H., vom 23.9.1934, in: Ebda S. 69

<sup>892</sup> Beyer (1966), S. 12

<sup>893</sup> Der Nachlaß, S. 73

#### 4.2.5. Letzte Kriegstage oder „Epilog“:

Die letzten Monate, Wochen und Tage der Klinik sind im aufgefundenen Aktenmaterial kaum dokumentiert. Man kann aber dennoch die schwierige Lage der Anstalt im allgemeinen Zusammenbruch erkennen.

So gab es zunehmend Probleme der Versorgung, schon Ende 1944 bestand die Ernährung des Personals und der Patienten vorwiegend aus Kohl und Kartoffeln.<sup>894</sup> Das Frühstück bestand desöfteren nur noch aus „2 Äpfel“ und „1 Ei“.<sup>895</sup>

Die Belegung der Anstalt hatte sich den Ereignissen angepaßt. Die verstärkte Aufnahme von Nichttuberkulösen begann schon um 1940, auf die Jahre 1944/45 bezogen erscheint die Quote jedoch verdoppelt. Bei einer Gesamtquote für 1945 von 33% muß man gerade für die Endzeit des Krieges annehmen, daß das Krankenhaus die Funktion eines Allgemeinkrankenhauses übernommen hatte und vorzugsweise nichttuberkulöse Krankheiten versorgte.<sup>896</sup>

Über 20% jener Diagnosen lauteten auf Typhus, 10% auf Schuß- und Granatverletzungen und 8% auf Diphtherie. Sonstig waren auch 4 Ruhrfälle und der fast immer tödliche „Erschöpfungszustand“ zu verzeichnen.<sup>897</sup>

Nach den statistischen Zahlen bezüglich der Behandlungen<sup>898</sup> fiel die Gesamtquote der mit Pneumothorax behandelten Lungentuberkulösen zwischen 1943 und 1945 um 12-20%, diejenige aller anderen Operationen<sup>899</sup> aber um fast 70%. Für rein tuberkulose-indizierte Operationen bestand jedoch ein Rückgang auf gut 20% des Wertes von 1944.<sup>900</sup> Da dies nur Jahresdurchschnittswerte darstellen, kann man davon ausgehen, daß die operative Therapie zum Kriegsende entsprechend zum Erliegen kam.

Aufgrund dieser Veränderungen des Umfeldes, des Patientenguts und der Therapie ist es nachvollziehbar, daß die Todesfälle auf fast 20% der Aufgenommenen anstieg.<sup>901</sup> Sogar die Jahresrate von 20% verschweigt aber noch schlimmste Zustände in der Phase des Zusammenbruchs.

Über die Personalstärke liegen nur ungesicherte Angaben vor. Vermutlich haben 11 Ärzte und

---

<sup>894</sup> Speiseplan Oktober 1944, in: AS-X-12, S. 155

<sup>895</sup> Ebda

<sup>896</sup> siehe Grafik 3

<sup>897</sup> AS-ST-45

<sup>898</sup> siehe Grafik 2o und 22

<sup>899</sup> ohne Pneumothorax

<sup>900</sup> Liste der Operationen, in: AS-ST-45

<sup>901</sup> siehe Grafik 1

zwei Hilfsärzte Dienst getan.<sup>902</sup> Ulrici wurde jedoch in seiner Funktion als beratender Tuberkulosearzt der Heeres-Sanitätsinspektion nach Berlin geordert, um die Flucht der Heeresführung nach Bayern zu begleiten. Als diese scheitert, putschte sein ehemaliger Oberarzt und späterer Generalsekretär des Reichstuberkuloseausschusses Heinrich Grass gegen ihn und ließ sich nicht mehr von der Position des Ärztlichen Direktors verdrängen.<sup>903</sup> Ulrici blieb weiter in der ärztlichen Villa, bis die Kämpfe auch auf Sommerfeld übergriffen und die russische Armee die Klinik besetzte. Als Folge der Kampfhandlungen war der komplette Verlust des Schwesternhauses zu beklagen, welches abbrannte. Das Gelände und die Gebäude werden mit Truppen von 12.000 Mann besetzt.<sup>904</sup> Im ersten Verwaltungsbericht heißt es:

„Darüberhinaus durchwanderte der große Flüchtlingsstrom aus dem Osten wochenlang die Anstalt. Erst nach Abzug der russischen Truppen konnte eine lose Verbindung mit der Stadt Berlin aufgenommen werden. ... Die ärztliche und pflegerische Betreuung der Lungenkranken erfuhr in dieser Zeit zwangsläufig eine fühlbare Unterbrechung und dies besonders auf medizinisch-technischen Gebiet (Röntgendienst), da der gesamte technische Betrieb der Anstalt durch den Ausfall von Strom zum Erliegen gekommen war.“<sup>905</sup>

In der Folge war die Existenz der Anstalt stark in Frage gestellt. Grass blieb zunächst ärztlicher Direktor. Die Versorgung der Anstalt mit Energie und Lebensmitteln konnte mit Hilfe der Stadt Berlin und des Bezirks Charlottenburg bis August 1945 wieder „auf ein erträgliches Mass“ verbessert werden.<sup>906</sup> Das Fehlen von Personal wog jedoch schwer. Als Aufgaben der Klinik nannte man die Lungenheilstätte, aber auch die Bekämpfung der Seuchengefahr. Da eine Typhusepidemie die Dörfer Beetz, Sommerfeld, Hohenbruch und Wall heimsuchte, mußte eine Isolierstation eingerichtet werden.<sup>907</sup>

Die neuen Machthaber setzten in der Folge mit Schwierigkeiten die Entnazifizierung im Anstaltswesen durch, Grass mußte gehen. Die Hemmnisse lagen klar auf der Hand. Das führende Personal war meist komplett als Parteimitglied geführt gewesen. So trat auch im Waldhaus durch die Ausschaltung parteigebundenen Personals der Anstalt ein arger Rückschlag für die ärztliche Versorgung ein.<sup>908</sup> Als man in der Folge die Besetzung der Anstalt mit einer Kraft anmahnte, die „die Tradition der Anstalt, deren Weltruf ganz

<sup>902</sup> Abschrift Verwaltungsbericht, vom 17.11.1945, S. 1, Akte Sommerfeld, Heimatarchiv Charlottenburg

<sup>903</sup> Interview mit Susanne Beyer-Ulrici

<sup>904</sup> Abschrift Verwaltungsbericht, vom 17.11.1945, S. 1, Akte Sommerfeld, Heimatarchiv Charlottenburg

<sup>905</sup> Abschrift Verwaltungsbericht, vom 17.11.1945, S. 1 Akte Sommerfeld, Heimatarchiv Charlottenburg

<sup>906</sup> Ebda, S. 2

<sup>907</sup> So waren am 1.8.1945 nur 22% tuberkulöse Patienten in der Anstalt, Ebda S. 4

besonders auf dem Gebiet der Lungenchirurgie begründet war,“ weiterführen konnte, dann gedachte man speziell der Person Ulricis.<sup>909</sup>

Ulrici verdingte sich währenddessen als praktizierender Arzt am Kurfürstendamm<sup>910</sup> in seiner Praxis, und war zudem ärztlicher Berater für die Heilstätte Grabowsee und für das Tuberkulosekrankenhaus Buch.<sup>911</sup> Für die DEFA entwickelte er gemeinsam mit einem Dr. Schulz den populärwissenschaftlichen Aufklärungsfilm „Leuchten wir mal hinein ...“.<sup>912</sup> Im Jahre 1948 brachte er mit seinem Buch „Der Praktische Arzt und die Tuberkulose“ die Zusammenfassung seines Wissens und seiner Erfahrung für den niedergelassenen Arzt heraus.<sup>913</sup> Die finanzielle Lage war jedoch schlecht. 1950 meinte er: „Gesundheitlich geht es langsam, wirtschaftlich schneller abwärts und wissenschaftlich geht es zu langsam.“<sup>914</sup> Die Neubearbeitung seines Klassikers „Die Klinik der Lungentuberkulose“ war sein letztes Ziel, welches er sogar noch verfolgte, als er aufgrund einer nichttuberkulösen Krankheit in der Universitätsklinik lag.<sup>915</sup>

Hellmuth Ulrici verstarb am 25.8.1950 in Berlin.

Sein Lebenswerk aber, das Waldhaus Charlottenburg, existiert noch heute. Die ihm folgenden ärztlichen Direktoren P. Voßkübler, A. Hein, H. Amschler, H. Eule und A. Weinecke führten die Tradition der Lungenklinik als „Hellmuth-Ulrici-Klinik“ bis zum heutigen Tage fort.<sup>916</sup>

---

<sup>908</sup> Drei Ärzte und 36 Ärzte versorgten 122 Patienten, in: Nachweisung des im Waldhaus Charlottenburg beschäftigten Personals, in: Akte Sommerfeld, Heimatarchiv Charlottenburg

<sup>909</sup> Verwaltungsbericht vom 30.3.1946, S. 3, in: Akte Sommerfeld, Heimatarchiv Charlottenburg

<sup>910</sup> Brief Ulricis an die Verwaltung des Waldhauses, vom 11.2.46

<sup>911</sup> Abbildung Ulricis in: Dressel, U., Ebert, H., Kauffelt, G., Wolff, H.-P.: Geschichte des Klinikums Buch: 1. Die medizinischen Bereiche III „Ludwig Hoffmann“ und V „Ernst Ludwig Heim“, Berlin 1990, S. 49

<sup>912</sup> DEFA: Abteilung für populärwissenschaftliche Filme, Abteilung Medizinfilm, 1947

<sup>913</sup> Ulrici, Hellmuth: Der Praktische Arzt und die Tuberkulose, Berlin, 1948

<sup>914</sup> Brief Ulricis an seinen ehemaligen Oberarzt Pfaffenberg, vom 17.7.1950, in Privatbesitz der Enkelin Ulricis, Manuela Bayer

<sup>915</sup> Nachruf Hellmuth Ulrici, in: Zeitschrift für Tuberkulose, 1951, S. 264

<sup>916</sup> Eule, H.: Betrachtungen zum 50-jährigen Bestehen des „Waldhaus“ Sommerfeld, in: Anonyme Jubiläumsschrift: 50 Jahre „Waldhaus“ Sommerfeld, Berlin 1964, und: Bericht in: Neues Deutschland, vom 17.8.1990



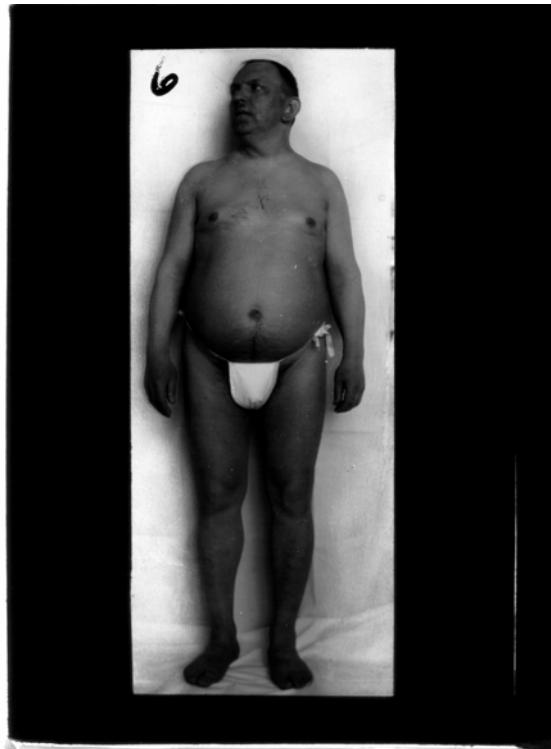
### 4.3. Historische Fotografien über die Jahre 1933-1941:<sup>917</sup>



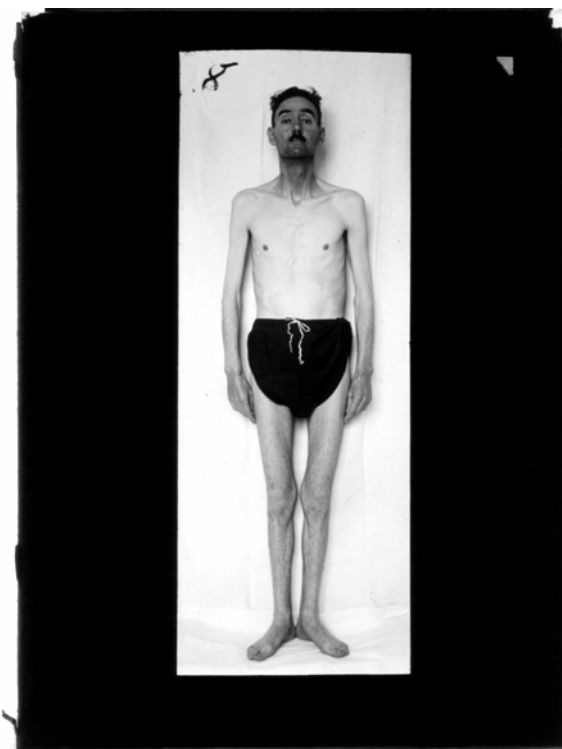
Historische Fotografie 26: Ulrici mit der Ärzteschaft des Waldhauses in Zivil, um 1933/34: Vordere Reihe von links: Die Ärzte Rother, Diehl, Ulrici, Zapel, Pfaffenberg (?)

---

<sup>917</sup> Die Fotografien stammen größtenteils aus der Diasammlung aus dem Archiv Sommerfeld, welche unter Ulrici laufend ergänzt wurde. Anderweitige Herkunft ist entsprechend vermerkt.



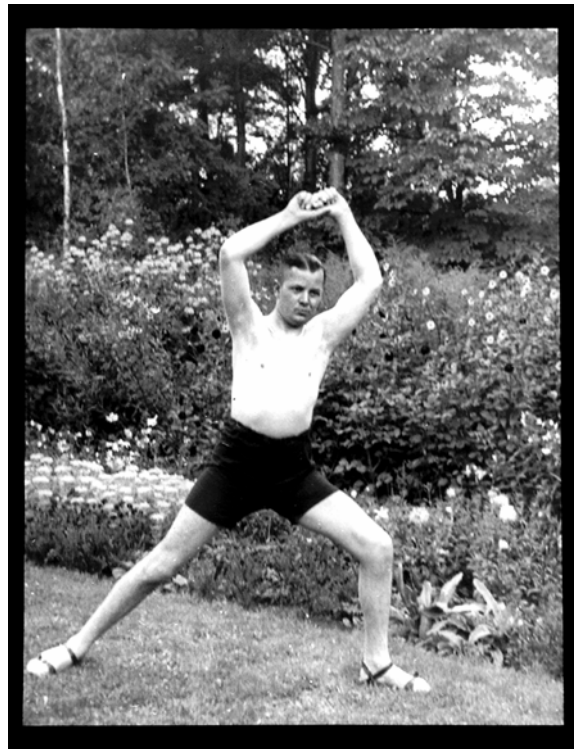
Historische Fotografie 27: Beispiel aus der Diasammlung zur Konstitutionstheorie: Pyknikern wurde eine geringere Disposition zur Tuberkulose zugesprochen.



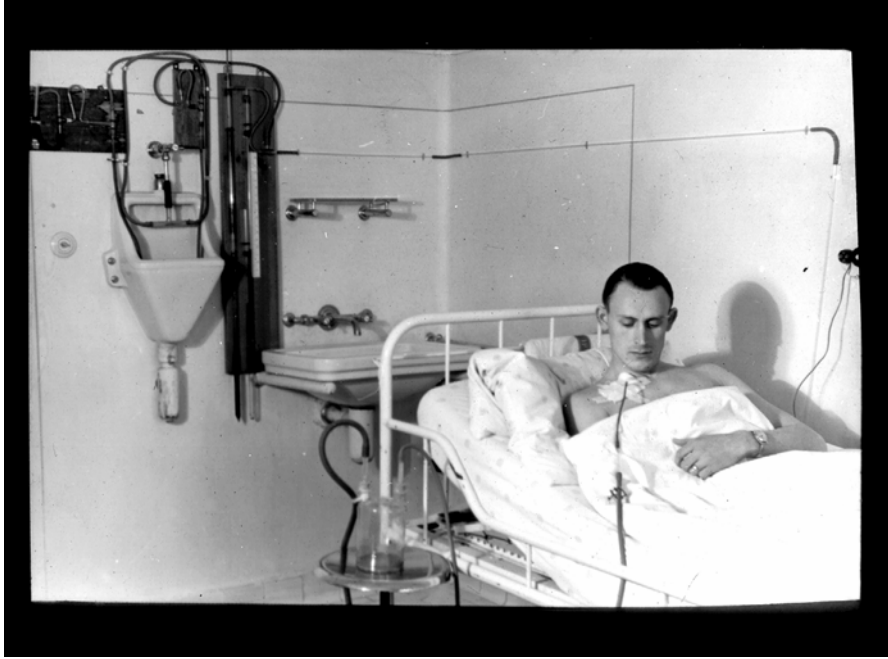
Historische Fotografie 28: Beispiel aus der Diasammlung zur Konstitutionstheorie: dem Astheniker wurde eine hohe Disposition zur Tuberkulose zugesprochen.



Historische Fotografie 29: Leichtgymnastik im Luftbad am westlichen Ende des neuen Frauenpavillons



Historische Fotografie 30: Frühsport auch für Männer



Historische Fotografie 31: Patient mit selektiver Kavernendrainage, der Monaldi-Drainage, unter Absaugung. An der Wand läuft ein Schlauch bis zum Manometer und von dort an die Wasserabsaugung.



Historische Fotografie 32: Tragbare Monaldi-Drainage mit Absaugung mittels Handpumpe