

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 10

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Werner Matt,

Wolfgang Weber und Carlos Watzka

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2011



Maria Hermes

Zwischen Front und Heimat: Deutungen des Ersten Weltkrieges in Krankenakten am Beispiel des Bremer St. Jürgen-Asyls

English Title

Between front and home: Interpretations of First World War in patients' records – the example of the St. Jürgen-Asyl in Bremen

Summary

World War I is known for being the first industrialized war. More than 600,000 soldiers, who had served in the German army, suffered from psychic diseases, and even many women, who had remained at home during the war, were affected by such mental illnesses. Psychiatrists, who were not only working at the “homefront” but also at the battleground, were in both situations confronted with these diseases. However, they did not only analyse and diagnose the patients but they also interpreted the war and its influence on the individuals. This article deals with these interpretations of the war by examining patient records of male and female, civil and soldier patients of the St.Jürgen-Asyl in Bremen (Germany). The psychiatrists of the Bremer St.Jürgen-Asyl tended to see no causal relationship between the experiences that their patients had made during the “Great War” and their psychic diseases as they were convinced that genetic predisposition would cause mental illness. Only in a few patient records an explicit connection between the experiences that the soldiers had made during the war and their resulting mental illnesses can be found. Against the background of the traditional gender role models of that time, the psychiatrists were of the opinion that only men fighting at the front were involved and affected by the war. According to the public opinion men and women would have a specific obligation towards society (especially during war), which they could not provide when mentally ill. Therefore psychiatrists interpreted mental health as an obligation that every efficient member of the society had to fulfil.

Keywords

First World War, patients records, St.Jürgen-Asyl, Bremen, psychiatry

Im Juli des Jahres 1916 wurde der 25jährige Soldat Willi S. in das St.Jürgen-Asyl, das städtische psychiatrische Krankenhaus in Bremen, eingeliefert.¹ Seine Diagnose lautete Hysterie, eine häufig im Ersten Weltkrieg gestellte Diagnose für seelisch erkrankten Soldaten.² Willi S. war im November 1915 zum Kriegsdienst eingezogen worden und im Frühjahr 1916 an die Westfront gekommen. Hier wurde er im Schützengraben eingesetzt. In der klinischen Untersuchung während seines mehrwöchigen Aufenthaltes im bremischen psychiatrischen Krankenhaus beschrieb er für ihn einschneidende Erlebnisse dieser Zeit:

„Vor 8 Tagen wurden wir angegriffen von Franzosen und unsere Kompanie wurde aufgerieben. ich wurde verschüttet. Verletzung? Nein. Warum hier? Ich weiss nicht. Krank gemeldet? Ich bin herunter gekommen. Ins Lazarett? Ich weiss nicht wann. Angriff? Am 15. Nach dem Angriff kam die Verschüttung. Wann wieder heraus? Ein paar Minuten. Wir liefen alle hin und her. Ich versuchte über die Deckung nach vorn wegzulaufen unterwegs traf ich einen Verwundeten den hab ich mitgenommen. Die Granaten schlugen ein und nahm [sic] den Kopf des Kameraden mitnahm [sic]. ich kam dann in einen Graben hinein, wo alle tote [sic] lagen auch Schwarze. Ich lief immer wieder hin und her und ein Kamerad kam dann dort [sic] und hat mich mitgenommen. dann habe ich die Erinnerung verloren.“³

Im Folgenden kam Willi S., vermittelt über ein Lazarett und ein anderes Krankenhaus, in das bremische St.Jürgen-Asyl. Hier wurden seine Kriegserlebnisse psychiatrisch eingeordnet, beispielsweise musste beurteilt werden, ob der Krieg tatsächlich die Ursache der Krankheit des Patienten sei. Indem sie diese und ähnliche Fragen beantworteten, unternahmen die Bremer Ärzte jedoch nicht nur eine individuelle Krankheitsdeutung dieses einen Patienten. Mit der Einordnung und Beurteilung der Kriegserlebnisse von Willi S. machten sie nichts weniger, als den Krieg selbst zu deuten.

1 Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte des Patienten: Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 100/13, Krankenakte Willi S. Der folgende Beitrag stellt Ergebnisse meiner 2010 beendeten kulturhistorischen Dissertation vor, in der ich die Krankenakten von 396 weiblichen und männlichen, zivilen und militärischen PatientInnen des St.Jürgen-Asyls analysiert habe, die während des Ersten Weltkrieges dort aufgenommen wurden. Auf diese 396 Krankenakten beziehen sich die folgenden Prozentangaben.

2 Im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs der Kriegszeit entstand eine Debatte um die Benennung der seelischen Erkrankungen von Soldaten mit der Diagnose Hysterie oder traumatische Neurose. Diese Debatte wurde auf der so genannten Kriegstagung des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“ und der „Gesellschaft deutscher Nervenärzte“ im September des Jahres 1916 in München dahingehend entschieden, dass man sich darauf einigte, seelisch erkrankten Soldaten im Krieg die Diagnose Hysterie zu stellen. Damit konnte einerseits die Annahme des bereits im Begriff der traumatischen Neurose enthaltenen Kausalzusammenhangs zwischen psychischer Krankheit und Kriegsgeschehnissen vermieden werden; die Annahme eines entsprechenden Kausalzusammenhangs hätte bedeutet, dass den erkrankten Soldaten eine Rente hätte gezahlt werden müssen. Dies galt es für militärtroue Psychiater zu vermeiden. Andererseits konnten aufgrund der Einbettung der Diagnose Hysterie in ihren Diskurszusammenhang - die Hysterie als spezifisch weibliche Krankheit - die erkrankten Soldaten diffamiert werden: „Eigentlich“, so die Auffassung, die hiermit propagiert wurde, erkrankte der „deutsche Mann“ nicht im Krieg. Die Diagnose Hysterie hatte für den öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs zwischen 1914 und 1918 somit eine hohe Bedeutung. Vgl. zur Debatte um Hysterie oder traumatische Neurose: Paul LERNER, *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930* (Ithaca, London 2003) und Paul LERNER, „Ein Sieg deutschen Willens“: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie. In: Wolfgang U. ECKART, Christoph GRADMANN (Hg.), *Die Medizin und der Erste Weltkrieg* (Herbolzheim 2003) 85-107.

3 Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 100/13, Krankenakte Willi S.

Der folgende Beitrag befasst sich mit diesen Deutungen des Ersten Weltkrieges in Krankenakten am Beispiel des Bremer St.Jürgen-Asyls. Das St.Jürgen-Asyl ist ein psychiatrisches Krankenhaus, das zwischen 1900 und 1904 im dörflichen Ellen bei Bremen erbaut wurde. Dem Ende des 19. Jahrhunderts populär gewordenen „No-Constraint-System“ folgend, war es als dörfliche Anlage konzipiert worden, in welcher die Kranken nicht das Gefühl bekommen sollten, eingesperrt zu sein. Eigentlich war das St.Jürgen-Asyl ein ziviles Krankenhaus, im Ersten Weltkrieg wurden jedoch auch Soldaten aufgenommen. Im Oktober des Jahres 1916 erfolgte die Einrichtung eines eigenen Reservelazaretts auf dem Gelände des Krankenhauses. Zur Versorgung der erkrankten Soldaten wurden die zivilen Ärzte des St.Jürgen-Asyls herangezogen, Unterstützung bekamen sie durch einen Stabsarzt. Die Krankenakten aller, der zivilen *und* der soldatischen, PatientInnen sind noch erhalten. Die in diesem Beitrag gestellte Frage nach Deutungen des Ersten Weltkrieges in Krankenakten wird im Folgenden anhand der Krankenakten dieser verschiedenen Patientengruppen, d. h. ziviler und militärischer, männlicher und weiblicher PatientInnen, erörtert. Nur so können die Besonderheiten ärztlicher Krankheitsauffassungen im Krieg bei den einzelnen Patientengruppen aufgezeigt werden. Die Frage nach Deutungen des Krieges meint einerseits, ob bei psychiatrischen Krankheitskonstruktionen in Krankenakten die ärztliche Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen Kriegsgeschehnissen und psychischer Krankheit zum Ausdruck kommt. Andererseits befasst sich dieser Beitrag damit, was in der Auffassung der Ärzte des St.Jürgen-Asyls psychische *Gesundheit* im Krieg ausmachte.

Mit der hier vertretenen Auffassung, mit psychiatrischen Krankheitsauffassungen erfolgten Deutungen des Ersten Weltkrieges, wird ein kulturhistorisches Krankheitsverständnis zugrunde gelegt, das sich erst seit den 1990er Jahren etabliert hat.⁴ Psychische Krankheit wird hier nicht mehr als internes Forschungsgebilde der Psychiatrie, sondern antiessentialistisch als historisch kontingent verstanden. Mit psychiatrischen Diagnosen wurden demnach nicht objektiv vorhandene Krankheiten lediglich festgestellt, sondern diese erst konstruiert. Auch die Wahrnehmung spezifischer Verhaltens- und Denkweisen eines Menschen als Symptom einer seelischen Erkrankung ist demnach abhängig vom jeweiligen Diskurszusammenhang und den jeweiligen historischen Rahmenbedingungen, in dem und unter denen sie erfolgt. Die Ärzte griffen bei ihren Krankheitskonstruktionen ebenso auf innermedizinische Diskurse, etwa den Sozialdarwinismus, wie auf gesamtgesellschaftliche Diskurse bspw. zu erwünschtem Geschlechterrollenverhalten von Männern und Frauen im Krieg zurück.

Der Erste Weltkrieg ist als erster industrialisierter Massenkrieg in die Geschichtsschreibung eingegangen. Das vorangestellte Zitat aus der Krankenakte des Willi S. veranschaulicht Erlebnisse der an diesem Krieg beteiligten Soldaten gut. Unter diesen Bedingungen des Krieges erkrankten allein beim Feldheer des Deutschen Reiches 313.399 Soldaten an so genannten Krankheiten des Nervengebietes, beim Feld- und

4 Dieses Krankheitsverständnis wird beispielsweise in den Arbeiten von Volker Roelcke und Hans-Georg Hofer zu Grunde gelegt. Vgl. Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)* (Frankfurt/Main, New York 1999) sowie Hans-Georg HOFER, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920)* (Wien, Köln, Weimar 2004).

Besatzungsheer zusammen waren es über 600.000.⁵ Auf diese – tatsächlich unerwarteten, vor 1914 war stets die „Nervenstärke“ des deutschen Volkes propagiert worden – Massen an psychisch kranken Soldaten mussten die Psychiater im Folgenden reagieren. Sie entwickelten radikale Behandlungsmethoden, so mit elektrischen Strömen oder Hypnose, die den Kranken zurück an die Front zwingen oder ihm die Irrealität seiner Krankheit zeigen sollten.⁶

Neben der Entwicklung neuer, radikaler Behandlungsmethoden stand die Frage der Verursachung seelischer Krankheit von Soldaten im Krieg im Fokus des öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurses. Diese militärrechtliche Frage der Dienstbeschädigung musste auch in Reservelazaretten der „Heimatfront“ beantwortet werden.

In den Krankenakten des St.Jürgen-Asyls wurde die Frage der Verursachung einer jeweiligen psychischen Krankheit durch Kriegsgeschehnisse üblicherweise im Anschluss an die klinische Untersuchung eines Patienten im Rahmen einer Auflistung seiner Krankheitssymptome beantwortet. Bei Willi S. begann diese Auflistung mit der Erwähnung, die beiden Schwestern des Patienten seien nervös, er selbst sei zwar begabt, aber körperlich schwächlich.⁷ Diese ärztlichen Annahmen der hereditären Belastung des Patienten und seiner schwächlichen Konstitution sind Ausdruck bereits Ende des 19. Jahrhunderts in der Psychiatrie angewandter sozialdarwinistischer Deutungsmuster. Die Selbstverständlichkeit sozialdarwinistischer Auffassungen für die psychiatrische Beurteilung von PatientInnen im bremischen Krankenhaus bereits bei seiner Eröffnung 1904 zeigen die den Untersuchungen zu Grunde liegenden Formulare: Bei der Anamnese eines Patienten wurde zunächst seine/ihre hereditäre Belastung thematisiert, bei der Untersuchung des körperlichen und nervlichen Zustandes als erstes seine/ihre Konstitution und etwaige Degenerationszeichen. Der Blick der Ärzte orientierte sich somit immer schon an sozialdarwinistischen Deutungsmustern. Wesentliche Merkmale des sozialdarwinistischen Diskurses waren damit die Annahmen der biologischen Ungleichheit von Menschen und der Vererbbarkeit negativer Eigenschaften (als eine solche wurde psychische Krankheit verstanden). Diese lagen auch im Ersten Weltkrieg der praktischen Psychiatrie des St.Jürgen-Asyls zu Grunde.

Eine hereditäre Belastung wurde hier bei weiblichen und männlichen, zivilen und militärischen PatientInnen jeweils in über 60 Prozent der Fälle festgestellt. Die ärztliche Annahme einer hereditären Belastung ersetzte im bremischen psychiatrischen Krankenhaus zudem meist die Annahme einer Verursachung der Erkrankung durch den Krieg. Die Bedeutung dieser Übernahme sozialdarwinistischer Deutungsmuster für ärztliche Deutungen des Krieges ist eindeutig: Weniger der Krieg als solches sei es, der psychische Erkrankungen auslöse, als vielmehr die hereditäre Belastung des Patienten. Die „Schuld“ für die psychische Erkrankung wurde damit im Betroffenen selbst verortet.

5 Vgl. Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/18), 3. Band: Die Krankenbewegung bei dem Deutschen Feld- und Besatzungsheer im Weltkriege 1914/1918 (Berlin 1934) 145-148.

6 Diese Systematisierung von Behandlungsmethoden der Militärpsychiatrie im Ersten Weltkrieg stammt von Paul Lerner. Vgl. Paul LERNER, Rationalizing the Therapeutic Arsenal: German Neuropsychiatry in World War I. In: Manfred BERG, Geoffrey COCKS (Eds.), *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany* (Washington 1997) 121-148, hier 131.

7 Vgl. Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 100/13, Krankenakte Willi S.

Betrachtet man die ärztliche Beschreibung der Krankheitssymptome des vorgestellten Patienten Willi S. genauer, so fällt noch etwas auf. Die Zeit des Patienten beim Militär wurde auf nur wenige Worte reduziert, hier hieß es:

„Mit 25 Jahren vor 8 Monaten Soldat. Vor 4 Monaten ins Feld. Vor 2 Monaten Gasangriff, darnach [sic] Gedächtnisschwäche und Kopfweh. Vor 10 Tagen nach 5tägigem Trommelfeuer bei eiserner Portion in sehr schwerem Kampf nicht verletzt aber etwas kopflos geworden. Für die folgende [sic] etwa 48 Stunden etwas traumhaftes unzuverlässiges Gedächtnis, darnach [sic] allmählich klarer.“

Die Erlebnisse des Willi S. an der Front, die eingangs vorgestellt wurden, finden hier hingegen keine Erwähnung. Auch gibt es in der Krankenakte keine Hinweise darauf, dass diese Fronterlebnisse in therapeutischen Gesprächen vor Ort verarbeitet worden wären. Der Patient wurde mittels der Arbeitstherapie behandelt und nach einigen Wochen als gebessert in ein Heimatlazarett entlassen.

Die Arbeitstherapie war eine der bedeutendsten Behandlungsmethoden im bremischen psychiatrischen Krankenhaus auch während des Krieges. Hier wurden wie in der Vorkriegszeit etwa 50 Prozent aller, der weiblichen und männlichen, zivilen und soldatischen PatientInnen mit der Arbeitstherapie behandelt.⁸ Die Möglichkeiten zur Anwendung der Arbeitstherapie waren bereits bei der Konzeption des Krankenhauses berücksichtigt worden, dieses war als wirtschaftlich autonomer Komplex mit Handwerksbetrieben, Landwirtschaftseinrichtungen, Feldern, Gärten, sogar einer eigenen Energieversorgung angelegt worden. Doch nicht nur aufgrund ihrer häufigen Anwendung kam dieser Therapieform im St.Jürgen-Asyl während des Krieges eine hohe Bedeutung zu. Auch wurden in der Arbeitstherapie über die Bestellung der anstaltseigenen Felder und die Bewirtschaftung der Gärten und des Bauernhofes Nahrungsmittel erwirtschaftet. Die bessere Versorgung mit Nahrungsmitteln führte dazu, dass es im St.Jürgen-Asyl im Ersten Weltkrieg erst später als in anderen psychiatrischen Anstalten zu einer erhöhten Sterblichkeit von PsychiatriepatientInnen kam: Während das so genannte Hungersterben, wie Heinz Faulstich⁹ zeigte, in anderen psychiatrischen Krankenhäusern des Deutschen Reiches bereits 1915 einsetzte, stieg im St.Jürgen-Asyl erst im so genannten Steckrübenwinter 1916/1917 die Sterblichkeit stark an.¹⁰

Das eigentliche Ziel der Arbeitstherapie war jedoch die *Ablenkung* des Patienten von seinen „pathologischen Denkinhalten“ und damit im Krieg gerade die Vermeidung einer Auseinandersetzung mit seinen Kriegserlebnissen.¹¹

Auch in anderen Krankenakten des St.Jürgen-Asyls wurde von den konkreten Erlebnissen der soldatischen Patienten an der Front abstrahiert. Dies zeigt die geringe Bedeutung der Kriegserlebnisse eines Patienten nicht nur für die psychiatrische Behandlung, sondern auch für die psychiatrische Krankheitskonstruktion im St.Jürgen-Asyl. Diesen Erlebnissen wurde kein Einfluss auf die seelische Gesundheit der Betroffenen zugestanden. Wenn die Bremer Ärzte einen kausalen Zusammenhang

8 Die im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs der Kriegszeit entwickelten radikalen Methoden der Behandlung psychisch kranker Soldaten wurden hier hingegen nur in wenigen Fällen angewandt.

9 Vgl. Heinz FAULSTICH, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie (Freiburg im Breisgau 1998) 61.

10 Vgl. Ärztliche Berichte über die Wirksamkeit des St.Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenkranken in Ellen (Bremen) bei Hemelingen (o. O. 1904-1919).

11 Vgl. Gerda ENGELBRACHT, Achim TISCHER, Das St. Jürgen-Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904-1934 (Bremen 1990) 57.

zwischen psychischer Erkrankung und Kriegsgeschehnissen annahmen, so galten stets besondere *Ereignisse* als hierfür verantwortlich, die meist im Zusammenhang mit einer körperlichen Verletzung standen, so beispielsweise Verschüttungen. *Erlebnisse* der Patienten wurden nicht als krankheitsverursachend wahrgenommen. Dies ist Ausdruck des zeittypischen körpermedizinischen Krankheitsverständnisses, das in allen Krankenakten des St.Jürgen-Asyls zum Vorschein kommt.

Für ärztliche Auffassungen der Verursachung seelischer Erkrankungen im Krieg ist ein weiterer Aspekt von Bedeutung. In den Krankenakten einiger weniger soldatischer Patienten des bremischen Krankenhauses ist von den *Strapazen* die Rede, die die Soldaten an der Front hätten aushalten müssen.¹² Die Erwähnung von *Strapazen* an der Front lässt jedoch auf die ärztliche Annahme schließen, an der Front habe es auch einen Zustand *ohne* Strapazen gegeben, einen Normalzustand. Der *Alltag* an der Front und in den Schützengräben wurde so zur Normalsituation umdefiniert. Auch deshalb wurden psychische Erkrankungen im Krieg stets auf besondere Ereignisse zurückgeführt. Der Krieg an der Front wurde zur Normalität, ihn nicht aushalten zu können, zum Symptom einer „*Geisteskrankheit*“.

Die Selbstverständlichkeit, die der Situation des Krieges von den Bremer Ärzten beigemessen wurde, zeigt auch ihr Umgang mit den Patienten des St.Jürgen-Asyls, die fahnenflüchtig geworden waren. 18 Prozent der im St.Jürgen-Asyl untergebrachten soldatischen Patienten waren während des Ersten Weltkrieges fahnenflüchtig geworden. Vergleicht man diese Zahlen mit von Christoph Jahr für das gesamte deutsche Heer angenommenen, so wird deutlich, dass im St.Jürgen-Asyl sehr viele desertierte Soldaten untergebracht waren: Jahr geht von einer Desertionsrate von ein bis zwei Prozent aus.¹³

Desertion wurde in den Krankenakten des bremischen Krankenhauses entweder als Symptom einer „*Geisteskrankheit*“ perzipiert oder zur Begründung der Erkrankung oder der Degeneration eines jeweiligen Patienten herangezogen. So hieß es im psychiatrischen Gutachten des soldatischen Patienten Stanislaus J.:

„J[...] gehört, wie die Mehrzahl der wegen unerlaubter Entfernung Angeklagten, zu den psychopathisch disharmonisch entwickelten Persönlichkeiten, die niemals das Gleichmass [sic] in ihrem Seelenleben finden und in einer plötzlich auftauchenden Stimmung kritiklos davonlaufen, ohne dass ihnen die Strafbarkeit ihrer Handlung klar zum Bewusstsein kommt.“¹⁴

Das militärisch deviante Verhalten der Desertion wurde somit im St.Jürgen-Asyl psychiatrisiert. Seelische Gesundheit im Krieg bedeutete den Bremer Ärzten zufolge damit militärische Pflichterfüllung und Gehorsamsbereitschaft. Sie bedeutete, sich in die Verhältnisse des Krieges zu fügen und diese auszuhalten.

Sich mit den Verhältnissen des Krieges zu arrangieren implizierte jedoch ein spezifisches Verhalten eines Menschen. Dieses stand (im Gegensatz beispielsweise zu seinem Erleben) wie schon zuvor auch zwischen 1914 und 1918 im Fokus der Krankheitskonstruktionen auch im bremischen psychiatrischen Krankenhaus. Während des Krieges wurde in den Krankenakten etwa 50 Prozent aller PatientInnen

12 Vgl. Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 111/16, Krankenakte August M. et al.

13 Christoph JAHR, „Der Krieg zwingt die Justiz, ihr Innerstes zu revidieren“. Desertion und Militärgerichtsbarkeit im Ersten Weltkrieg. In: Ulrich BRÖCKLING, Michael SIKORA (Hg.), *Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit* (Göttingen 1998) 187-222, hier 199. Vgl. zur Desertion im Ersten Weltkrieg auch Christoph JAHR, *Gewöhnliche Soldaten. Desertion und Deserteure im deutschen und britischen Heer 1914-1918* (Göttingen 1998).

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

des St.Jürgen-Asyls – auch der männlichen zivilen und der weiblichen – die Verhaltensweise der *Unruhe* als Krankheitssymptom erwähnt, und zwar tendenziell unabhängig von der gestellten Diagnose. Unruhe jedoch war bei Männern und Frauen im Krieg eine unerwünschte Verhaltensweise. Hans-Georg Hofer beschreibt dies für Soldaten mit den Worten:

*„Im Präzisionskrieg technischer Waffensysteme war der nervenranke Soldat nicht brauchbar; eine ängstliche, zitternde Hand am Abzug, ein von Kopfsausen, Lähmungen und Schüttelkrämpfen geplagtes Nervenbündel – mit solchen Männern konnte kein Krieg gewonnen werden.“*¹⁵

Auch bei Frauen war Unruhe im Krieg nicht erwünscht. Von Frauen an der so genannten Heimatfront wurde bedingungslose Unterstützung ihrer Väter, Ehemänner, Brüder etc. an der Front erwartet, sie selbst hätten die Verhältnisse ohne Murren zu ertragen. Voraussetzung hierfür war ihr ruhiges, unaufgeregtes Verhalten.

Die häufigen Verweise auf das Krankheitssymptom der Unruhe im St.Jürgen-Asyl – es handelt sich hierbei um das am häufigsten während des Krieges in den Krankenakten des bremischen Krankenhauses notierte Krankheitssymptom – zeigen die hohe Bedeutung, die die Bremer Ärzte dieser Verhaltensweise beimaßen. Indem bei weiblichen und männlichen PatientInnen häufig das Krankheitssymptom der Unruhe festgestellt wurde, wurde in den Krankenakten die Auffassung formuliert, seelische Gesundheit im Krieg äußere sich in ruhigem den Erfordernissen des Krieges entsprechendem Verhalten. Ein solches Verhalten wurde von PatientInnen aller Patientengruppen erwartet. Tatsächlich unterschieden sich die Krankheitsbilder männlicher und weiblicher, ziviler und militärischer PatientInnen des St.Jürgen-Asyls auch hinsichtlich anderer Krankheitssymptome im Krieg nicht grundsätzlich voneinander. Spezifisch war lediglich ihre Einbettung in den Kontext je unterschiedlicher gesamtgesellschaftlicher präskriptiver Geschlechterrollenbilder, die sich an *„kriegswichtigem“* Verhalten von Männern und Frauen im Krieg orientierten.

Die bereits thematisierte ärztliche Wahrnehmung des Ersten Weltkrieges als Normalzustand kommt auch in den Krankenakten der weiblichen Patienten des St.Jürgen-Asyls zum Vorschein. Der Erste Weltkrieg kann tendenziell als totaler Krieg verstanden werden, die gesamte Heimat richtete sich hier an den Bedürfnissen der Front aus.¹⁶ Die Auswirkungen des Krieges wurden damit für die Menschen auch in Bremen, fernab der Front, spürbar.

15 Hans-Georg HOFER, „Nervöse Zitterer“. Psychiatrie und Krieg. In: Helmut KONRAD (Hg.), Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne (Wien 2000) 15-134, hier 23-24.

16 Vgl. hierzu Karen Hagemann: „Die Heimat wird im doppelten Sinne zur Front: zur ‚Heimatfront‘, ohne deren Unterstützung der Krieg nicht zu gewinnen ist, und zur ‚Kampffront‘, die selbst durch den Krieg bedroht wird, sowohl durch die angreifenden Bombenflieger als auch durch die einmarschierenden Bodentruppen des Gegners“. Karen HAGEMANN, „Jede Kraft wird gebraucht“. Militäreinsatz von Frauen im Ersten und Zweiten Weltkrieg. In: Bruno THOSS, Hans-Erich VOLKMANN (Hg.), Erster Weltkrieg – Zweiter Weltkrieg. Ein Vergleich. Krieg, Kriegserlebnis, Kriegserfahrung in Deutschland (Paderborn u. a. 2002) 79-106, hier 81. Letzteres trifft für das Deutsche Reich im Ersten Weltkrieg jedoch nur bedingt zu. Vgl. zum Begriff des „totalen Krieges“ Roger CHICKERING, Der totale Krieg. Vom Nutzen und Nachteil eines Begriffs. In: Roger CHICKERING (Hg.), Krieg, Frieden und Geschichte. Gesammelte Aufsätze über patriotischen Aktionismus, Geschichtskultur und totalen Krieg (Stuttgart 2007) 241-258.

Dieser Aspekt wird allerdings in den Krankenakten des St.Jürgen-Asyls nicht thematisiert. Als Beispiel kann die Krankengeschichte der Elisabeth Z.¹⁷ herangezogen werden. Die 24jährige Elisabeth Z. wurde im Dezember des Jahres 1916 erstmals in das St.Jürgen-Asyl aufgenommen. Bei ihrer Einlieferung war sie in mehrfacher Hinsicht mit dem Krieg in Berührung gekommen: Sie arbeitete in einem Reservelazarett in Bremerhaven, ihr Ehemann und ihr Vetter waren im Krieg, ihr Ehemann wurde dort schwer verwundet. Die Verwundung des Ehemanns und die Tätigkeit der Patientin in einem Reservelazarett fielen zeitlich mit dem Ausbruch der Erkrankung zusammen. Und dieser Ausbruch, so wurde immer wieder notiert, erfolgte Ende des Jahres 1916 „*plötzlich*“. Für die Krankheitskonstruktion der Elisabeth Z. spielten diese Kriegserlebnisse¹⁸ der Patientin jedoch keine Rolle. Die in ihrer Krankenakte verwendete Sprache zeigt Gründe hierfür auf.

Elisabeth Z. war bei ihrer Aufnahme in das St.Jürgen-Asyl seit einiger Zeit in einem Reservelazarett in Bremerhaven tätig. In der Krankenakte wurde ihre Tätigkeit als „*Helferin*“ beschrieben: „*Helferin seit 2-3 Monaten*“, wurde bei der Frage nach dem Beruf der Patientin im Anamnesebogen notiert; hinzugefügt wurde „*im Reservelazarett*“. Dies ist eine Berufsbezeichnung: Z. war nicht als ausgebildete Krankenschwester, sondern als Aushilfe im Reservelazarett tätig. Doch verwendete der Direktor des bremischen psychiatrischen Krankenhauses, Anton Delbrück, wenn er in anderen Zusammenhängen von entsprechenden MitarbeiterInnen im eigenen Lazarett sprach, den Ausdruck der „*Hilfskraft*“.¹⁹ Die Verwendung des Ausdrucks der „*Helferin*“ in der Krankenakte der Patientin stellt somit andererseits die ärztliche Bezugnahme auf ein populäres zeitgenössisches Bild der Tätigkeit von Frauen in Lazaretten dar. Dieses Bild wurde auch in zeitgenössischen Zeitschriften und auf Abbildungen auf Feldpostkarten verbreitet. Gabriele Haefs und Klaus Gille geben die Erinnerungen einer jungen Frau wieder, die sich 1914 freiwillig zur Tätigkeit in einem Lazarett meldete: „*Wie alle anderen jungen Mädchen hatte ich mir die Verwundetenpflege romantisch vorgestellt: Limonade reichen, Kissen richten, kühle Hände auf Fieberstirnen legen, Vorlesen, mit Genesenden spazierengehen.*“²⁰ Diese Vorstellungen entsprachen jedoch keinesfalls der Wirklichkeit: „*Der Übergang in diese Wirklichkeit war jäh: Sie bedeutete Schweiß- und Uringeruch, bedeutete das hilflose Wimmern von Männern, die als Helden ausgezogen waren und jetzt nach ihrer Mutter, ihrer Frau riefen.*“²¹ Dazu kamen die hier nicht erwähnten unzähligen Verletzungen und Verstümmelungen der Soldaten, die gerade in einem Reservelazarett an der „*Heimatfront*“ unübersehbar waren.²²

17 Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte der Patientin: Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1929, Krankenakte Elisabeth Z. geb. R.

18 Der Begriff des Kriegserlebnisses ist hier gerechtfertigt, da es sich um Erlebnisse der Patientin handelt, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Krieg standen, auch wenn sie nicht an der Front stattfanden.

19 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1915.

20 Gabriele HAEFS, Klaus GILLE, Von Sittenstrenge und Aufbegehren. Die Wilhelminische Zeit (Hamburg 1994) 217.

21 HAEFS, GILLE, Von Sittenstrenge und Aufbegehren, 217.

22 Reservelazarette waren der Ort in der Heimat, an dem am unmittelbarsten die Verletzungen zum Vorschein kamen, die der Krieg mit sich brachte. Entsprechende Lazarette fernab der Front nahmen meist schwer verwundete Soldaten auf, deren weiterer Einsatz im Krieg noch nicht absehbar oder nicht möglich war, deren Gesundheitszustand sich allerdings so weit gebessert hatte, dass man sie von der Front weg transportieren konnte. Krankenschwestern und Ärzte waren somit hier unmittelbar mit der Realität des Krieges konfrontiert. Vgl. Wilhelm ROSENBAUM, Das Krankentransportwesen im

Es ist anzunehmen, dass auch Elisabeth Z. diese Realität des Krieges im Reservelazarett kennengelernt hatte. Doch das mittels des Ausdrucks der „*Helperin*“ von den Bremer Ärzten in ihrer Krankenakte vermittelte Bild war ein anderes. Lediglich der positive, der öffentlich propagierte Aspekt einer Tätigkeit als Hilfskrankenschwester wurde hier rezipiert. So konnte die Tätigkeit der Patientin im Reservelazarett als unwesentlich für die Entstehung ihrer Krankheit wahrgenommen werden. Sie interessierte im bremischen Krankenhaus nur insofern, als es sich hierbei um ihre aktuelle berufliche Tätigkeit handelte, nach der im Anamnesebogen gefragt wurde. Von der Erfahrung selbst wurde abstrahiert. Die Krankheit der Elisabeth Z. wurde schließlich auf eine Blinddarmentzündung und die anschließende Operation zurückgeführt, vorbereitet sei diese Erkrankung durch die hereditäre Belastung der Patientin gewesen.

Die Rückführung der Erkrankung der Elisabeth Z. auf körperliche Ursachen und auf ihre vermeintliche hereditäre Belastung zeigt die hohe Bedeutung sozialdarwinistischer Erklärungsansätze im Ersten Weltkrieg in der zivilen Psychiatrie. Die Rückführung der seelischen Erkrankungen auch von Soldaten im Krieg auf ihre vermeintliche hereditäre Belastung ist damit nicht primär Ausdruck eines vorausseilenden Gehorsams der Ärzte gegenüber dem Militär.²³ Vielmehr „passten“ zeitgenössische psychiatrische Theorien genau zu den Erfordernissen des Militärs im Ersten Weltkrieg. Im St.Jürgen-Asyl wurde eine Verursachung seelischer Erkrankung durch Kriegsgeschehnisse sogar am ehesten bei soldatischen Patienten wahrgenommen: Bei 4 Prozent der weiblichen und 6 Prozent der männlichen zivilen, aber bei 23 Prozent der männlichen militärischen Patienten wurde eine Verursachung ihrer Erkrankung durch den Krieg angenommen. Nicht nur die Situation an der Front, auch die Kriegssituation an der so genannten Heimatfront wurde von den Bremer Ärzten zur Normalsituation undefiniert. So wurde die zentrale Alltagsproblematik des Krieges in der Heimat, die Nahrungsknappheit, nur selten und primär in den Krankenakten weiblicher Patienten erwähnt. Die kriegsbedingte Nahrungsknappheit wurde ausschließlich als Sorge der betroffenen Patientin um die Versorgung der eigenen Familie mit Lebensmitteln gelesen; diese Sorge wurde als Krankheitssymptom bezeichnet. Sich trotz der bestehenden Verhältnisse nicht um die Versorgung der eigenen Familie mit Lebensmitteln zu sorgen, wurde so zum Merkmal seelischer Gesundheit während des Krieges. Die Bremer Ärzte erwarteten von Frauen im Krieg damit ein Verhalten zu den Bedingungen von vor 1914.

Auch dies ist aufschlussreich für ärztliche Deutungen des Krieges. Der Krieg fand, so die Wahrnehmung der Bremer Ärzte, an der Front statt, nicht in der Heimat. Sich selbst verorteten sie in der Heimat, einem normativen unpolitischen Raumkonstrukt.

Damit konstruierten sie eine fundamentale Diskrepanz zwischen Front und Heimat, nahmen den Ersten Weltkrieg nicht als totalen Krieg wahr. Die Wahrnehmung einer Verursachung seelischer Krankheit durch den Krieg primär bei soldatischen Patienten ist durch diese Konstruktion einer fundamentalen Diskrepanz zwischen Front und Heimat zu erklären. Ärztliches Handeln im Krieg findet jedoch tatsächlich (hierauf hat Johanna Bleker als eine der ersten aufmerksam gemacht) niemals unabhängig vom

Weltkriege. In: Wilhelm HOFFMANN (Hg.), *Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Ihre Leistungen und Erfahrungen* (Berlin 1920) 315-342.

23 Vgl. zu dieser Auffassung Peter RIEDESSER, Axel VERDERBER, „Maschinengewehre hinter der Front“. *Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie* (Frankfurt/Main 1996).

Krieg statt.²⁴ Nicht nur die Notwendigkeit der Beurteilung der Dienstbeschädigung erkrankter Soldaten zeigt, dass der Aufgabenbereich auch der Bremer Ärzte im Ersten Weltkrieg zwischen Front und Heimat verortet werden muss.

Krankenakten als das Quellenmaterial, auf dessen Grundlage in diesem Beitrag ärztliche Deutungen des Ersten Weltkrieges erarbeitet wurden, sind krankenhausinterne Medien der wissenschaftlichen Kommunikation und Dokumentation. Untersuchungen der in den Krankenakten verwendeten Sprache ergeben, dass in den Akten selbst keine Begründungen von Anschauungen erfolgen. Nichtsdestotrotz kommen hier Deutungen des Krieges durch die Ärzte zum Vorschein. Der Krieg wurde an der Front und in der Heimat zur Normalsituation undefiniert, eine Verursachung einer seelischen Erkrankung konnte demnach nur durch außerordentliche Ereignisse zustande kommen, ärztliche Auffassungen seelischer Gesundheit selbst orientierten sich bei Männern und Frauen an als „kriegswichtig“ bezeichnetem Verhalten. Diese in den Krankenakten verschlüsselten Deutungen des Krieges durch die Bremer Ärzte lehnten sich an herrschende medizinische Diskurse der Vorkriegszeit an. Doch lassen sich die gerade erarbeiteten Deutungen des Krieges nicht nur in militärpsychiatrischen Zeitschriften auffinden, wo sie bislang meist untersucht wurden, sondern auch in Krankenakten selbst (als Spiegel der psychiatrischen Praxis) mittels psychiatrischer Krankheitskonstruktionen. Es waren diese psychiatrischen Krankheitskonstruktionen, die die PatientInnen und den ärztlichen Umgang mit ihnen im Krankenhaus stets unmittelbar betrafen.

Autoreninformation

Maria Hermes, Dr. des., Kulturwissenschaftlerin. Postadresse: Hegelstraße 34/36, 28201 Bremen, Deutschland. Mail: Maria-Hermes@gmx.de

24 Vgl. Johanna BLEKER, Einleitung. Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin. Zur Frage der Kontinuität des ärztlichen Auftrages und ärztlicher Werthaltungen im Angesicht des Krieges. In: Johanna BLEKER, Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985 (Frankfurt/Main 1987) 13-28.