

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin
-Direktorin: Univ.-Prof. Dr. B. Schöne-Seifert-

Medizin in den Emslandlagern

-statistische Auswertung der Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg-

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Jens Janssen

aus Werlte

2014

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhems-Universität Münster

Dekan:

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. W. Schmitz

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. H.-P. Kröner

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. H.-U. Thamer

Tag der mündlichen Prüfung:

07.04.2014

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin
-Direktorin: Univ.-Prof. Dr. B. Schöne-Seifert-
Referent: Prof. Dr. H.-P. Kröner
Ko-Referent: Prof. Dr. H.-U. Thamer

ZUSAMMENFASSUNG

Medizin in den Emslandlagern -statistische Auswertung der Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg-

Jens Janssen

Mit Errichtung der nationalsozialistischen Diktatur entstand ab 1933 ein Komplex von Konzentrations-, Straf- und Kriegsgefangenlagern im Emsland. Wiederholt waren und sind diese Lager Gegenstand historischer Erforschung des Nationalsozialismus.

Wenig Beachtung hingegen ist denen aus dieser Zeit erhaltenen Krankenakten des damaligen Hauptlazarets der Strafgefangenenlager in Papenburg geschenkt worden. Sie sollen Hauptgegenstand dieser Arbeit sein. Hierzu wurden die ca. 2650 Krankenakten gesichtet, katalogisiert und in eine Datenbank eingepflegt.

Nach einem Abriss über die Entstehung und Entwicklung des Emslandlagerkomplexes werden die Krankenakten unter mehreren Gesichtspunkten ausgewertet. So sind Aussagen zur Struktur der Strafgefangenen allgemein möglich in Bezug auf Alter und Straftatbestand, zum anderen werden die einzelnen zur Behandlung führenden Krankheiten dargestellt.

Hierbei zeigt sich, dass sich innerhalb der Jahre 1933-1945 eine Verschiebung des Behandlungsschwerpunktes ergeben hat. Lagen anfangs zunächst Strafgefangene mit elektiv behandelbaren Erkrankungen stationär im Hauptlazarett, so wurden in den letzten (Kriegs-) Jahren vermehrt schwerkranke Häftlinge behandelt. Diese Konversion wird anhand der einzelnen Erkrankungen dargestellt und durch weitere Faktoren (Anzahl der behandelten Häftlinge in einem Jahr, Liegedauer, Todesfälle) veranschaulicht.

Ein besonderer Schwerpunkt wird auf zwei in den Lagern aufgetretenen Wellen von Selbstverstümmelungen gelegt, zu deren Ursache aus damaliger und heutiger Sicht Stellung genommen wird.

Ursächlich für die Veränderung des Krankheitsspektrums sind die sich zunehmenden verschlechternden Lebensbedingungen der Strafgefangenen durch mangelhafte Ernährung, Unterkunft und hygienische Verhältnisse, welche letztlich auch das Auftreten von Epidemien ermöglichten. Diese werden dargestellt und durch vorliegendes Aktenmaterial aus dem Gesundheitsamt Aschendorf, welchem die gesundheitliche Aufsicht über die Lager oblag, ergänzt.

Tag der mündlichen Prüfung: 07.04.2014

Erklärung

Hiermit gebe ich die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel

Medizin in den Emslandlagern
-statistische Auswertung der Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg-

im

Institut für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin

unter Anleitung von

Herrn Prof. Dr. H.-P. Kröner

1. selbständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Bonn, 30.01.2013

Jens Janssen

Meinen Eltern gewidmet

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 2 | Die Entstehung des Emslandlagerkomplexes | 4 |
| 2.1 | Gründe zur Entstehung der Emslandlager | 4 |
| 2.1.1 | Politisches Interesse am Aufbau der Emslandlager..... | 5 |
| 2.1.2 | Wirtschaftliches Interesse an der Entstehung der Emslandlager..... | 7 |
| 2.1.3 | Die Nutzung der Emslandlager für die Propaganda | 9 |
| 2.2 | Die Entwicklung der Emslandlager | 13 |
| 3 | Die Krankenakten des Hauptlazaretts Papenburg | 15 |
| 3.1 | Allgemeines | 15 |
| 3.1.1 | Herkunft der Krankenakten | 15 |
| 3.1.2 | Vollständigkeit des Aktenmaterials..... | 17 |
| 3.2 | Verteilung der Krankenakten..... | 19 |
| 3.2.1 | Verteilung der Krankenakten über die Jahre 1934-1945..... | 19 |
| 3.2.2 | Verteilung der Krankenakten über die Emslandlager..... | 20 |
| 3.2.3 | Die Anzahl der Krankenakten in Relation zur Belegung der Emslandlager..... | 22 |
| 3.3 | Altersverteilung der Strafgefangenen..... | 23 |
| 4 | Krankheiten in den emsländischen Strafgefangenenlagern | 26 |
| 4.1 | Infektionskrankheiten | 28 |
| 4.1.1 | Gastrointestinale Infektionskrankheiten | 31 |
| 4.1.2 | Tuberkulose | 63 |
| 4.1.3 | Fleckfieber | 74 |
| 4.1.4 | Sonstige Infektionskrankheiten | 85 |
| 4.2 | Erkrankungen des Verdauungstraktes und des Abdomens..... | 108 |
| 4.2.1 | Zahnärztliche Erkrankungen..... | 108 |
| 4.2.2 | Erkrankungen des Magens und des Duodenums..... | 111 |
| 4.2.3 | Erkrankungen des Dickdarms, Rektum und des Peritoneums..... | 118 |
| 4.2.4 | Sonstige abdominelle Krankheiten..... | 139 |
| 4.2.5 | Erkrankungen der Leber und Gallenblase | 144 |
| 4.3 | Hernien | 150 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.4 | Kardiale Erkrankungen..... | 156 |
| 4.5 | Urologische Erkrankungen und Geschlechtskrankheiten..... | 161 |
| 4.5.1 | Infektionen des Urogenitaltraktes..... | 166 |
| 4.5.2 | Venerische Erkrankungen..... | 171 |
| 4.5.3 | Hydrozele und Varikozele..... | 176 |
| 4.5.4 | Phimose..... | 179 |
| 4.5.5 | Sonstige urologische Erkrankungen..... | 181 |
| 4.6 | HNO-Erkrankungen..... | 188 |
| 4.7 | Augenerkrankungen..... | 195 |
| 4.8 | onkologische Erkrankungen..... | 199 |
| 4.9 | Erkrankungen infolge äußerer Einflüsse..... | 204 |
| 4.9.1 | Frakturen (Brüche des Knochens)..... | 208 |
| 4.9.2 | Kontusionen, Hämatome und Distorsionen/Luxationen..... | 212 |
| 4.9.3 | Sonstige Verletzungen..... | 217 |
| 4.9.4 | Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen..... | 218 |
| 4.9.5 | Schussverletzungen..... | 221 |
| 4.9.6 | Misshandlungen durch Wachmannschaften und Mitgefangene..... | 229 |
| 4.10 | Neurologische und psychiatrische Erkrankungen..... | 238 |
| 4.10.1 | Psychiatrische Erkrankungen..... | 240 |
| 4.10.2 | Neurologische Erkrankungen..... | 246 |
| 4.11 | Simulanten..... | 256 |
| 5 | Selbstverstümmelungen in den Emslandlagern..... | 258 |
| 5.1 | Inzidenz der Selbstverstümmelungen..... | 260 |
| 5.2 | Ursachen der Selbstverstümmelungen..... | 263 |
| 5.3 | Folgen der Selbstverstümmelungswellen..... | 270 |
| 6 | Die Lebensbedingung in den Emslandlagern..... | 274 |
| 6.1 | Die Arbeit und Arbeitsbedingungen in den Emslandlagern..... | 275 |
| 6.2 | Ernährung..... | 279 |
| 6.3 | Hygienischen Bedingungen..... | 287 |
| 6.4 | Krankenversorgung..... | 289 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 7 | Zusammenfassung | 294 |
| 7.1 | Operative Eingriffe | 294 |
| 7.2 | Liegedauer der Strafgefangenen | 299 |
| 7.3 | Todesfälle | 300 |
| 8 | Schlußbetrachtung | 302 |
| 9 | Quellen- und Literaturverzeichnis..... | 304 |
| 9.1 | ungedruckte Quellen..... | 304 |
| 9.2 | gedruckte Quellen..... | 304 |
| 9.3 | Sekundärliteratur | 307 |
| 9.4 | Abbildungsverzeichnis | 311 |
| | Danksagung..... | 313 |
| | Lebenslauf | 314 |

1 Einleitung

Zu den Strafgefangenenlagern im Emsland existiert ein bereits umfangreiches Material an Quellen, wissenschaftlichen Abhandlungen und Dokumentationen, die sich zum einen mit den Emslandlagern selber¹, zum anderen auch mit Teilaspekten der Lager² befassen. Hinzu kommen Veröffentlichungen ehemaliger Lagerhäftlinge³. Zudem existiert ein Dokumentations- und Informationszentrum Emslandlager in Papenburg, in welchem zahlreiche Aussagen ehemaliger Häftlinge, Bestände aus verschiedenen Archiven und Monographien zu den Lagern gesammelt und ausgewertet werden. Weiter werden in der Dauerausstellung und verschiedenen Wanderausstellungen die Geschichte der Emslandlager und die Zeit des Nationalsozialismus den Besuchern nähergebracht.

Wenig Beachtung hingegen ist den bis heute erhaltenen Krankenakten aus dem ehemaligen Hauptlazarett der Strafgefangenenlager des Emslandes geschenkt worden. Im Staatsarchiv Osnabrück sind ca. 2650 Krankengeschichten ehemaliger Häftlinge und Strafgefangener archiviert. Zwar finden sich in den Arbeiten und Dokumentationen Hinweise und Verweise auf diese Akten, auch wurden schon grobe statistische Auswertungen dieser Akten vorgenommen (in der Arbeit über die Emslandlager von Elke Suhr⁴), eine umfassende Auswertung dieser Akten ist allerdings bislang ausgeblieben.

Ich werde in dieser Arbeit diese ausführliche Auswertung der Krankenakten vornehmen und anhand dessen untersuchen, ob sich mit Hilfe der Krankenakten Veränderungen in

¹ An erster Stelle sei hier die dreibändige Dokumentation zu den Emslandlagern von Erich Kosthorst und Bernd Walter genannt, welche die Entstehung der Emslandlager und deren weitere Entwicklung ausführlich beschreibt und gleichzeitig zahlreiche zeitgenössische Dokumente wiedergibt (Kosthorst, E. Walter, B. Konzentrations- und Strafgefangenenlager im Dritten Reich. Beispiel Emsland. Düsseldorf. 1983); ebenso die Arbeit von Elke Suhr zu den Emslandlagern, in der die politische und wirtschaftliche Bedeutung der Lager in den historischen Kontext eingeordnet werden (Suhr, E. Die Emslandlager. Die politische und wirtschaftliche Bedeutung der emsländischen Konzentrations- und Strafgefangenenlager 1933-1945. Bremen. 1985).

² So z.B. die Dissertation von Frank Bührmann-Peters, in der er den zivilen Strafvollzug für die Wehrmacht in den Emslandlagern untersucht (Bührmann-Peters, F. Ziviler Strafvollzug für die Wehrmacht. Militärgerichtlich Verurteilte in den Emslandlagern 1939-1945. Dissertation Universität Osnabrück. 2002. S. 286).

³ Die wohl bekannteste Veröffentlichung eines ehemaligen Häftlings der Emslandlager dürfte von Wolfgang Langhoff stammen, der in seinem Buch „Die Moorsoldaten“ die unmenschlichen Bedingungen im Konzentrationslager Börgermoor beschreibt (Langhoff, W. Die Moorsoldaten. Berlin/Weimar. 1975).

⁴ Suhr, E. Die Emslandlager. Die politische und wirtschaftliche Bedeutung der emsländischen Konzentrations- und Strafgefangenenlager 1933-1945. Bremen. 1985.

den Emslandlagern nachweisen lassen. Gab es Veränderungen in der Zusammensetzung des Patientenguts oder des Therapieregimes im Hauptlazarett Papenburg im Zeitraum des Bestehens der Lager? Spiegeln sich die Auswirkungen der Zwangsarbeit, der sich zunehmend verschlechternden Verpflegung und der hygienischen Verhältnisse in den Akten wieder? Lassen sich darüber hinaus aus diesen Akten neue Erkenntnisse zu dem Leben in den Strafgefangenenlagern des Emslands gewinnen?

Insbesondere auf diese Aspekte werde ich das vorhandene Aktenmaterial prüfen; dieses soll den Hauptteil der Arbeit darstellen. Da sich einige wichtige Aspekte jedoch nicht allein aus den Krankenakten ergeben, wurde weiteres Aktenmaterial zu Hilfe genommen, so z.B. Unterlagen aus dem Schriftverkehr der Lagerleitung und dem des Hauptlazaretts, Prozeßunterlagen zu ehemaligen Wachmännern dieser Lager; aber auch erhaltenes Material aus dem damals zuständigen Gesundheitsamt Aschendorf, welches des öfteren zu bestimmten Sachverhalten Stellung bezog oder zum Teil in bestimmten Dingen direkt involviert war (z.B. beim Auftreten ansteckender Krankheiten), ist mit einbezogen worden.

Die Arbeit beginnt mit einem Überblick über die Entstehungsgeschichte der Emslandlager und deren Entwicklung in den Jahren 1933-1945 (Kapitel 2).

Anschließend folgt im Kapitel 3 eine kurze Erörterung der Quellenlage und eine statistische Analyse aller Krankenakten in Bezug auf Alter der Strafgefangenen, Straftatbestand, Herkunft (Lager) usw.

Im Anschluss folgt die eigentliche Auswertung der Krankenakten (Kapitel 4); um diese vorzunehmen, wurden die aufgetretenen Krankheiten geordnet und zu Gruppen zusammengefasst. Die Auswertung erfolgte vornehmlich nach Alter, Auftreten der Krankheiten, Therapie und Prognose der Krankheit; wenn notwendig, wurden weitere Maßstäbe angewendet (z.B. bei gehäuften Auftreten bestimmter Krankheiten vornehmlich in einzelnen Lagern).

Einleitend zu jeder Kategorie erfolgt eine Vorstellung und Definition der jeweiligen Krankheit. Häufig wurden diese Auswertungen durch weiteres Aktenmaterial unterstützt, z.T. basieren Bewertungen zu bestimmten Krankheiten zu großen Teilen auf diesem zusätzlichem Aktenmaterial und weniger den Krankenakten selber (z.B. im Falle der Epidemien).

Besondere Aufmerksamkeit ist dem Kapitel der Krankheiten infolge äußerer Gewalteinwirkungen (Kapitel 4.9) und der Selbstverstümmelungen (Kapitel 5) gewidmet, da diese selber schon zu damaliger Zeit Konsequenzen in Bezug auf das Haftsystem nach sich zogen.

Schließlich wird im Kapitel 6 ein Überblick über das Leben und die Bedingungen in den Lagern selber gegeben, um dann zum Schluss die gewonnenen Erkenntnisse noch einmal zusammenzufassen und im Hinblick auf die Fragestellung auszuführen (Kapitel 7 und Kapitel 8).

2 Die Entstehung des Emslandlagerkomplexes

Am 22. Juni 1933 traf der erste Häftlingstransport für das Konzentrationslager Börgermoor im Emsland ein. Es waren Handwerker, die zunächst das Lager Börgermoor (Lager I) selber, dann aber auch die Lager Esterwegen (Lager II, Fertigstellung des Lagers am 12. August 1933)⁵ und Neusustrum (Lager III, Einsetzung des Lagerleiters Faust am 27. September 1933) aufbauten⁶. Jedes dieser Lager hatte eine Kapazität von 1000 Gefangenen.

Es waren die ersten Lager der später sogenannten „Emslandlager“, einem Komplex, bestehend aus 15 einzelnen Lagern mit einer zentralen Verwaltung in Papenburg. Sie hatten in den Jahren 1933-1945 unterschiedliche Funktionen; sie dienten als Konzentrationslager, als Strafgefangenenlager (ab 1939 auch der Wehrmacht) und letztlich ebenfalls als Kriegsgefangenenlager. Kosthorst und Walter schätzten die Zahl der Häftlinge in der Zeit der Konzentrationslager auf ca. 11.000, etwa 70.000 Häftlinge zählten die Strafgefangenenlager, und 170.000 Kriegsgefangene waren in den Kriegsgefangenenlagern von 1939-1945 untergebracht.⁷ Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von über 250.000 Häftlingen in der Zeit der Emslandlager.

2.1 Gründe zur Entstehung der Emslandlager

Es gab im Wesentlichen drei Gründe, weshalb gerade im Emsland „das größte Lager in Deutschland“⁸ errichtet wurde:

1. aus politischem Interesse
2. aus wirtschaftlichem Interesse
3. aus juristisch-propagandistischem Interesse.

⁵ Kosthorst, E. Walter, B. Konzentrations- und Strafgefangenenlager im Emsland 1933-1945. Zum Verhältnis von NS-Regime und Justiz. Düsseldorf. 1985. S. 35.

⁶ Kosthorst, E. Walter, B. Konzentrations- und Strafgefangenenlager im Dritten Reich. Beispiel Emsland. Düsseldorf. 1983. S. 81.

⁷ Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland (Hrsg). Sögel. 1986. S. 6f.

⁸ Katholischer Volksbote vom 28. Juni 1933. Zitiert nach Suhr, E. Boldt, W. Lager im Emsland 1933-1945. Geschichte und Gedenken. Oldenburg. 1985. S. 14.

2.1.1 Politisches Interesse am Aufbau der Emslandlager

Mit der Übernahme der Regierungsmacht durch den neuernannten Reichskanzler Adolf Hitler am 30. Januar 1933 begann der planmäßige Aufbau eines faschistischen Terrorsystems in Deutschland. Das Wort „Machtergreifung“, wie die Nationalsozialisten jenen Tag nannten, ist insofern irreführend, da ihnen die Regierungsmacht übertragen worden ist. Es vollzog sich nun erst ein Prozess der Machteroberung, der – in mehreren Etappen – eine Dauer von 18 Monaten umfasste⁹.

Das Instrument der Schutzhaft

Die Schutzhaft ist keine Erfindung der Nationalsozialisten. Der Begriff entstammt ursprünglich dem Polizeirecht. Bis 1914 bezeichnete er eine „kurzfristige polizeiliche Verwahrung, die zum Schutze und im eigenen Interesse einer Person (vor öffentlicher Gefährdung durch Angriffe einer Volksmenge o.ä.) vorgenommen wurde“.¹⁰

Während des militärischen Belagerungszustandes im ersten Weltkrieg und auch bei der Unterdrückung kommunistischer Bestrebungen 1919/20 wurde die über politisch verdächtige Personen verhängte Haft als Schutzhaft bezeichnet.

Das preußische Polizeiverwaltungsgesetz vom 1. Juli 1931 bezeichnete die „vorgesehene Polizeihaft zum Schutz der öffentlichen Ordnung“ als Schutzhaft; der Verhaftete musste jedoch innerhalb von 24 Stunden einem Haftrichter vorgeführt werden.¹¹

Mit der Notverordnung zum Schutz des deutschen Volkes vom 4. Februar 1933 wurde der Begriff der Schutzhaft ausgedehnt. Sie war anzuwenden bei Verdacht auf Landes- und Hochverrat sowie bei bewaffneter Störung der öffentlichen Sicherheit. Die Dauer der Haft betrug nun bis zu drei Monaten [ohne Verurteilung!], jedoch hatte der Inhaftierte das Recht, von einem Haftrichter angehört zu werden, der dann über die Fortdauer der Haft entschied.¹²

⁹ Vgl. Bracher, Funke, Jacobsen. (Hrsg.) Deutschland 1933-1945. Neue Studien zur nationalsozialistischen Herrschaft. Düsseldorf. 1993. S. 15.

¹⁰ Vgl. Broszat, M. Nationalsozialistische Konzentrationslager 1933-1945. In: Anatomie des SS-Staates. München. 1994. S. 325.

¹¹ Ebd. S.326.

¹² Ebd.

Die Grundlage zur Verhaftung politischer Gegner bildete die Notverordnung zum Schutz von Volk und Staat (Brandverordnung) vom 28. Februar 1933, die fundamentale Menschenrechte (u.a. Freiheit der Person, Presse-, Meinungs- und Versammlungsfreiheit) außer Kraft setzte. Durch diese Verordnung war es den Nationalsozialisten möglich, „nach Belieben [...] jetzt politische Gefangene ohne gerichtliche Prüfung auf unbestimmte Zeit“ festzuhalten.¹³

Durch die den Verordnungen folgenden Masseninhaftierungen nach den oben beschriebenen Verordnungen kam es in Deutschland zu einer so massiven Überfüllung der Gefängnisse und Strafanstalten, dass sich der preußische Innenminister schon am 17. März 1933 mit einer Anfrage an den Regierungspräsidenten in Osnabrück wandte, ob „im dortigen Regierungsbezirk die Unterbringung einer größeren Anzahl von Häftlingen – ca. 250-300 Mann – in einem Lager möglich“ sei. Das Lager sollte folgende Anforderungen erfüllen:

„Es muß sich um einen gut zu überwachenden Platz handeln, der nach Möglichkeit von Industriezentren abgelegen ist und auch Gelegenheit für eine Beschäftigung der Häftlinge bei gemeinnützigen Arbeiten bietet. Es ist hier an Arbeiten in Moorgegenden, an Rodungen von Waldgebieten und ähnl. zu denken.“¹⁴

Der Regierungspräsident antwortete am 25. März 1933, dass ein Gebiet gefunden worden war, in dem „300 Mann untergebracht und nutzbringend mit Moorhacken u. ähn. beschäftigt werden“ könnten.¹⁵

Hiermit war der Grundstein für das Lager Börgermoor gelegt, welches, wie oben erwähnt, ab dem 22. Juni 1933 mit den ersten Häftlingen belegt wurde. Am 8. April 1933 folgte ein weiterer Bericht des Regierungspräsidenten, in dem er von vier Lagern sprach, die für die Unterbringung 3000-5000 „kommunistischer Funktionäre“ geeignet wären.¹⁶ Im Juni 1933 hieß es dann in einem Brief des preußischen Innenministers an das Reichsministerium der Justiz, dass „ab 1934 sämtliche politische Gefangene Preußens [...] in den Emslandlagern [...] unterzubringen seien.“¹⁷

¹³ Frei, N. Der Führerstaat. Nationalsozialistische Herrschaft 1933 bis 1945. München. 2001. S. 51.

¹⁴ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 100.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Ebd. S. 109.

¹⁷ Suhr, E. 1985. S. 30.

Der Emslandlagerkomplex hatte sich somit zu einem der größten Konzentrationslager im damaligen Deutschen Reich entwickelt.

2.1.2 Wirtschaftliches Interesse an der Entstehung der Emslandlager

Ein wichtiger Grund für die Ansiedlung jener Lager in das Emsland war die Ödlanderschließung der dortigen Moorflächen. Das im August 1919 erlassene Reichssiedlungsgesetz bildete die Grundlage für eine geordnete, staatliche gelenkte Kultivierung der dortigen Moore. Es ermöglichte zwangsweise Enteignungen und Zusammenschließungen privater Ländereien zum Zwecke der Nutzbarmachung.¹⁸ Des Weiteren förderte der Staat durch finanzielle Mittel an Privatleute Ansiedlungen in diesem Gebiet. 1926 wurde die „Siedlungsgenossenschaft Emsland“ gegründet, ein Zusammenschluss Siedlungsinteressierter. Sie führte die Entwässerungs- und Umbrucharbeiten in den Mooren durch.¹⁹ Die Urbarmachung der Böden erfolgte durch Notstands- und Freiarbeiter, seit 1932 auch durch den neu gegründeten Freiwilligen Arbeitsdienst (FAD). Dieser ging 1935 in den „Reichsarbeitsdienst“ über, der die bisherigen Kultivierungsmaßnahmen fortführte.²⁰

Im Rahmen des Gesetzes zur Verminderung der Arbeitslosigkeit wurde bei den Erschließungsmaßnahmen auf technische Hilfsmittel wie Tiefpflüge usw. verzichtet. Die Kultivierung der Moore war nicht mehr eine nur wirtschaftliche Angelegenheit; die Nationalsozialisten benutzten sie im propagandistischen Sinne als Urbarmachung

¹⁸ Ebd. S. 188.

¹⁹ Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 125.

²⁰ Der FAD gründete auf eine Verordnung des Reichspräsidenten aus dem Jahre 1931, um die damalige Arbeitslosigkeit zu bekämpfen (die sogenannte „Brüning-Notverordnung“. Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten ging er, im Zuge der Gleichschaltung, am 26. Juni 1935 in den Reichsarbeitsdienst (RAD) über, in der sowohl jeder Mann als auch jede Frau als „Arbeitsmann“ bzw. „Arbeitsmaid“ nach der Hitlerjugend ein halbes Pflichtjahr („Ehrendienst am deutschen Volk“, §1 Absatz 1 des Reichsarbeitsdienstgesetzes vom 26.06.1935) zu absolvieren hatte. Er sollte vor allem „die deutsche Jugend im Geiste des Nationalsozialismus zur Volksgemeinschaft [...] erziehen“ (§1 Absatz 3 des Reichsarbeitsdienstgesetzes); Arbeiten an gemeinnützigen Projekten (Erdarbeiten, Straßenbau sowie Moorentwässerung) war Bestimmung des RAD (§3); er diente durch seine paramilitärische Ausbildung aber auch zur Vorbereitung auf den Wehrdienst und somit letztendlich zur Vorbereitung auf einen Kriegseinsatz. (Vgl. Eitner, Hans-Jürgen. Hitlers Deutsche. Das Ende eines Tabus. Gernsbach. 1991. S. 326ff).

deutschen Bodens: „Die Eroberung des Emslandes als eine neue Provinz für unser Volk ist eine Ehrensache des Arbeitsdienstes“²¹

1938 zog sich der Reichsarbeitsdienst aus der Emslanderschließung mit der Begründung zurück, der „Ehrendienst am Deutschen Volke“²² – die Moorkultivierung – diene in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern als Strafe und als Mittel der Unterdrückung. Jener Konflikt sei unvereinbar und lasse angeblich ein weiteres Mitwirken an der Ödlanderschließung nicht zu.²³

Tatsache aber war, dass die Leistung der Häftlinge weit höher lag als die des Reichsarbeitsdienstes, so dass es wirtschaftlicher war, die Kultivierungsarbeiten alleine durch Strafgefangene durchführen zu lassen.²⁴

Nach Abzug des Arbeitsdienstes 1938 wurden acht weitere Lager errichtet, mit deren Gefangenen die Moorkultivierung gesichert bzw. sogar noch intensiviert werden sollte. Infolge der sich abzeichnenden außenpolitischen Lage verlor die Erschließung von Neuland zunehmend an Bedeutung. Hitler ordnete den Einsatz Gefangener der Lager für den Ausbau des Westwalls an.

Es herrschte nicht mehr jene Arbeitslosigkeit aus dem Jahre 1933. Die nun auf dem deutschen Arbeitsmarkt vorhandenen Arbeitskräfte waren beschäftigt in kriegswichtigen Projekten; sie reichten nicht einmal mehr aus „zur Bestellung des vorhandenen Kulturbodens“.

²¹ So der Reichsführer des Reichsarbeitsdienstes Konstantin Hierl auf dem Reichsparteitag 1934. Zitiert nach Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 132.

Vgl. auch Hansen, M. „Idealisten“ und „gescheiterte Existenzen“. Das Führerkorps des Reichsarbeitsdienstes. Dissertation. Universität Trier. 2004. S.12.

²² So wird die Arbeit des Reichsarbeitsdienstes in §1 Art. des Reichsarbeitsdienstes bezeichnet. Reichsgesetzblatt I. Reichsministerium des Innern (Hrsg.). Berlin. 26.06.1935. S. 769.

²³ Pingel, F. Häftlinge unter SS-Herrschaft. Widerstand, Selbstbehauptung und Vernichtung im Konzentrationslager. Hamburg. 1978. S. 62.

Mit eben dieser Begründung Himmlers (Unvereinbarkeit von Gefangenendienst und Ehrendienst des RAD in der Moorkultivierung) wurden bereits die Konzentrationslager im Emsland bis 1936 aufgegeben. Dieses scheint jedoch nur ein Vorwand gewesen zu sein; das KZ Esterwegen hatte sich als zu klein erwiesen, zudem war die Grenznähe sicherheitspolitisch heikel. Auch spricht die Weiternutzung der Lager durch das Reichsjustizministerium als Strafgefangenenlager gegen diese Begründung.

Vgl. Benz, W. Distel, B. Der Ort des Terrors. Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager Bd. 2. München. 2005. S. 542.

²⁴ Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 133.

Vgl. auch Suhr, E. 1985. S. 189ff. Darin beziffert sie die Arbeitsleistung des Reichsarbeitsdienstes mit „maximal 50% der Tagesleistung der Gefangenen“. Kosthorst und Walter schätzen sie sogar auf das dreifache (Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 544).

Die Emslandkultivierung verlor ihren Stellenwert; die Weiterführung der Arbeiten in den Mooregebieten hatte keine weitere wirtschaftliche Bedeutung, sie bot dem Reichsjustizministerium lediglich eine Möglichkeit des „besonders abschreckenden Strafvollzuges“.²⁵

2.1.3 Die Nutzung der Emslandlager für die Propaganda

Am 23. Juni 1933, einen Tag, nachdem die ersten Häftlinge im Lager Börgermoor eingetroffen waren, erschien in der Zeitung „Katholischer Volksbote“ ein Bericht über das Lager. Darin hieß es u.a.:

„Hier werden wir etwa 100 ‚Sommerfrischler‘ kommunistischer Gesinnung zu erwarten haben. Wer Gelegenheit hatte, die zwei fertiggestellten Baracken mit ihren unüberwindlichen Umzäunungen besichtigen zu können, dem wird nicht der Gedanke kommen, daß es diesen staatsfeindlichen Elementen gelingen könnte, aus diesen Behausungen heraus das Weite zu suchen.“²⁶

In der Ausgabe vom 28. Juni 1933 wird das Lager näher beschrieben:

„Ein großer Teil der Häftlinge wird Kultivierungs- und Torfarbeiten leisten. Im Anschluß hieran werden Leibesübungen getrieben und außerdem gibt es bis zum Eintritt der Dunkelheit auch eine Freizeit. Die vorbildliche Organisation des Lagers wird es erreichen, daß der große Apparat, zu dem es sich in der allernächsten Zeit gestalten wird, jedem einzelnen soviel Bewegungsfreiheit läßt, wie es die Natur der Arbeitswilligen überhaupt nur gestattet. Man ist der Ansicht, daß bei einer ganzen Anzahl dieser Gefangenen nur eine gewisse Zeit regelmäßiger und staatspolitischer Erziehung notwendig ist, um eine Freilassung zu ermöglichen. Polizei und SS befleißigen sich ihrer Aufgabe mit der erforderlichen Energie, aber auch mit dem notwendigen Verständnis für die Lagerinsassen.

Die Kulturarbeiten, die durch dieses große Lager im Emsland geleistet werden, versprechen, daß das Moorland des Hümmlings noch eine große Zukunft im volkswirtschaftlichen Sinne hat.“²⁷

²⁵ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 547f.

So auch die Meinung des Kölner Psychiaters Gustav Aschaffenburg: „Der Gefangene muß merken, dass er selbst durch seine Besserung dazu beitragen kann, sein Unrecht wieder gut zu machen; vermag er das nicht, so muß er leiden, damit nicht alle leiden. Dann erst wird die Freiheitsstrafe dazu dienen, die Rechtssicherheit zu gewährleisten, wenn sie den Verbrecher abschreckt oder bessert, wo das aber unmöglich ist, ausscheidet.“

Aschaffenburg, G. Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg. 1933. S. 322.

²⁶ Katholischer Volksbote v. 23.06.1933. Zit. n. Lürßen, D. „Wir sind die Moorsoldaten“. Die Insassen der frühen Konzentrationslager im Emsland 1933 bis 1936. Dissertation Universität Osnabrück. 2001. S. 135.

²⁷ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 249f.

Der Artikel erweckt den Eindruck, Häftlinge seien nur für kurze Zeit in diesem Lager, einer Art „Bewährungsanstalt“, um politisch Gefangene wieder auf den „richtigen Weg“ zu führen. Es wird nicht erwähnt, dass es sich hierbei nicht um richterlich abgeurteilte Gefangene handelt, sondern um dem Naziregime missliebige politische Gegner, die nach der Brandverordnung vom 28. Februar 1933, auf bloßen Verdacht hin auf eine politische Betätigung, willkürlich für unbegrenzte Zeit in Haft genommen wurden.

Dass dem Naziregime Abtrünnigen wieder der „rechte Weg“ gewiesen werden sollte, steht auch in der „Besonderen Lagerordnung für das Gefangenen-Barackenlager“ vom 01.08.1934, wird hier doch das Ziel der Konzentrationslager bzw. der Lagerhaft deutlich – ohne Umschweife – dargestellt:

„Es bleibt jedem Schutzhaftgefangenen überlassen, darüber nachzudenken, warum er in das Konzentrationslager gekommen ist. Hier wird ihm Gelegenheit geboten, seine innere Einstellung gegen Volk und Vaterland zu Gunsten einer Volksgemeinschaft auf nationalsozialistischer Grundlage zu ändern, oder, wenn es der Einzelne für wertvoller hält, für die schmutzige 2. oder 3. Judeninternationale eines Marx oder Lenin zu sterben.“²⁸

Die „Disziplinar- und Strafordnung für das Gefangenenlager“, ebenfalls am 01.08.1934 in Kraft getreten, wird noch deutlicher, hier heißt es in der Einleitung:

„Den politisierenden Hetzern und intellektuellen Wühlern – gleichwelcher Richtung – aber sei gesagt, hütet euch, daß man euch nicht erwischt, man wird euch sonst nach den Hälsen greifen und nach eurem eigenen Rezept zum Schweigen bringen.“²⁹

Selten hat sich der Nationalsozialismus in solch einer Deutlichkeit offenbart.

In diesem Sinne wurden auch die bisher geltenden „Grundsätze für den Vollzug von Freiheitsstrafen“ geändert.

Hieß es hier noch in Paragraph 48 in der Fassung v. 07.Juni 1923:

„Durch den Vollzug der Freiheitsstrafe sollen die Gefangenen, soweit es erforderlich ist, an Ordnung und Arbeit gewöhnt und sittlich so gefestigt werden, daß sie nicht wieder rückfällig werden“³⁰,

²⁸ Ebd. S. 197

²⁹ Die Strafordnungen entstammen ursprünglich dem Konzentrationslager Dachau, waren aber ab dem 01.08.1934, dem Tag der Übernahme des Lagers Esterwegen durch SS-Wachmannschaften, auch in den Emslandlagern gültig. Zitiert nach Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 85ff.

³⁰ Grundsätze für den Vollzug von Freiheitsstrafen. RGBI. II. 07.06.1923. S. 263.

so lautet der gleiche Abschnitt nach der Reform vom 17. Mai 1934:

„Durch die Verbüßung der Freiheitsstrafe sollen die Gefangenen das begangene Unrecht sühnen.

Die Freiheitsentziehung ist so zu gestalten, daß sie für die Gefangenen ein empfindliches Übel ist und auch bei denen, die einer inneren Erziehung nicht zugänglich sind, nachhaltige Hemmungen gegenüber der Versuchung, neue strafbare Handlungen zu begehen, erzeugt.

Die Gefangenen sind zu Zucht und Ordnung anzuhalten, an Arbeit und Pflichterfüllung zu gewöhnen und sittlich zu festigen.“³¹

Das Ziel der Haftstrafe war nun nicht mehr Wiedereingliederung des Gefangenen in die Gesellschaft durch Resozialisierung im Haftvollzug, sondern nur eine Bestrafung, durch die der Gefangene „das begangene Unrecht sühnen“ sollte.

Die „Sühne“ bestand in den Emslandlagern, neben den alltäglichen Strapazen des Lagerlebens, in der unmenschlichen Ausbeutung der Arbeitskraft im Moor. Zwar sah auch schon die Strafvollzugsordnung aus dem Jahre 1923 die „regelmäßige Beschäftigung der Gefangenen [als] Grundlage eines geordneten Lagervollzugs“ (§62), wobei „auf die Beschaffung von Arbeiten im Freien, vornehmlich von landwirtschaftlichen Arbeiten und Arbeiten zur Erschließung von Ödland [...] besonders Gewicht zu legen ist“ (§63); die Arbeit soll somit eine sinnvolle Beschäftigung während des Strafvollzugs darstellen.³² Mit dem sich ankündigenden Krieg war der Sinn der zu leistenden Arbeit in den Mooren fraglich geworden. Wie oben erwähnt, fehlte es mittlerweile an Arbeitskräften, nicht einmal die vorhandenen Ackerflächen konnten bewirtschaftet werden. Die Moorkultivierung war ein wirtschaftlich sinnloses Unterfangen.

Auf dem 11. Internationalen Strafrechts- und Gefängniskongress in Berlin stellten die Nationalsozialisten den Vollzug in den Emslandlagern als Modell für einen produktiven Strafvollzug dar. Rudolf Marx³³ kam zu dem Schluss, dass „der Gesetzgeber bei der

³¹ RGBI I. 14.05.1934. S. 383.

³² Grundsätze für den Vollzug von Freiheitsstrafen. RGBI II. 07.06.1923. S. 263.

³³ Rudolf Marx, Ministerialrat, später Ministerialdirigent, als parteiloser Beamter Leiter der Unterabteilung Strafvollzug im Reichsjustizministerium, von 1942 bis 1943 Leiter der Strafvollzugsabteilung des RJM, wurde im Mai 1943 durch parteihörigen Nachfolger ersetzt. Versuchte 1938 erfolglos, den SA-Führer Schäfer als Lagerkommandanten durch ein Dienststrafverfahren zu entfernen.

Vgl. Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland. (Hrsg). Sögel. 1986. S. 55.

kommenden gesetzlichen Regelung des Strafvollzugs und damit auch der Gefangenearbeit der Verwendung der Strafgefangenen bei Urbarmachung von Ödländereien eine ganz besondere Bedeutung beimessen“ müsse.³⁴

Das Ausland ließ sich von den Nationalsozialisten täuschen; in einem Bericht einer internationalen Kommission, die während des Kongresses, unter der Führung des damaligen Staatssekretärs im Reichsjustizministeriums, Roland Freisler, die Lager besichtigte, heißt es: „Was im Emsmoor im Zeitraum von wenigen Jahren an aufbauender Arbeit geleistet worden ist, ist großartig und staunenswert.“³⁵

Dieses wurde natürlich auch in der heimischen Presse für Propagandazwecke genutzt. In der „Ems-Zeitung“ vom 05. September 1935 heißt es:

„Nach ihren Äußerungen zu urteilen haben die Herren [die internationale Kommission des Strafrechtskongresses, JJ] die denkbar besten Eindrücke mitgenommen, die sie in den Stand setzten, den vielfach noch im Ausland verbreiteten Lügennachrichten über Deutschland im allgemeinen und über die Behandlung der Gefangenen im besonderen energisch entgegenzutreten.“³⁶

³⁴ Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 344.

³⁵ Ebd.

³⁶ Ebd. S. 345.

2.2 Die Entwicklung der Emslandlager

Aufgrund der Überlastung der Justizanstalten nach den Verhaftungswellen erfolgte ein verstärkter Aus- und Neubau der bisher vorhandenen Straf- und Zuchtanstalten. Auch der bisher drei Konzentrationslager umfassende Komplex der Emslandlager wurde erweitert und umstrukturiert: Abbildung 1 (S. 14) gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Verwendungen der Lager I-XV in den Jahren 1933-1945. Die Lager Börgermoor und Neusustrum verloren ihre Aufgabe als Konzentrationslager und wurden seit dem 01. April 1934 vom Reichsjustizministerium als Strafgefangenenlager³⁷ (Börgermoor als Lager I, Neusustrum als Lager V) benutzt. Das Lager Esterwegen (zunächst Lager II, im Zuge der Erweiterung dann Lg. VII) blieb vorläufig noch (bis 1936) Konzentrationslager. Es entstanden vier weitere Strafgefangenenlager: Brual-Rhede (Lager III) und Oberlangen (Lager VI) ebenfalls im April 1934, Aschendorfermoor (Lager II) und Walchum (Lager IV) im April 1935. Die Lager hatten eine Kapazität von 5500 Gefangenen.

1937 wurde ebenso das Lager VII, Esterwegen, in das Reichsjustizministerium übernommen, um weitere Kapazitäten für die Unterbringung von Justizgefangenen zu schaffen. Die Emslandlager hatten nun ein Fassungsvermögen von 10500 Häftlingen. Dieses reichte jedoch noch immer nicht aus, deshalb wurden 1938 acht weitere Lager errichtet: Wesuwe (Lager VIII), Versen (Lager IX), Fullen (Lager X), Groß Hesepe (Lager XI), Dalum (Lager XII), Wietmarschen (Lager XIII), Bathorn (Lager XIV) und Alexisdorf (Lager XV). Jedes dieser Lager ermöglichte die Aufnahme von 1000 bis 1500 Häftlingen (insgesamt sollten in diesen Lagern weitere 9000 Gefangen aufgenommen werden), im Zuge des bevorstehenden Krieges wurden die Lager jedoch nicht mehr mit Strafgefangenen belegt, da diese für kriegswichtige Arbeiten herangezogen wurden.

Nach Kriegsbeginn übernahm die Wehrmacht das Lager Oberlangen (VI) und die neuerrichteten Lager VIII bis XV, um in ihnen Kriegsgefangene unterzubringen.

Die Lager Versen (IX) und Dalum (XII) dienten ab dem 15. November 1944 bis zum 25. März 1945 nochmals als Konzentrationslager, sie waren Außenlager des

³⁷ Strafgefangenenlager waren Lager, in denen Gefängnis- und Zuchthausgefangene unter verschärften Bedingungen gefangen gehalten wurden. Sie unterstanden dem Reichsjustizministerium. Vgl. Schwarz, Gudrun. Die nationalsozialistischen Lager. Frankfurt/Main. 1996. S. 107.

Konzentrationslagers Neuengamme in Hamburg. Ca. 2500 Häftlinge wurden in das Emsland gebracht, um „Verteidigungsstellen gegen die vorrückenden Alliierten auszubauen.“³⁸

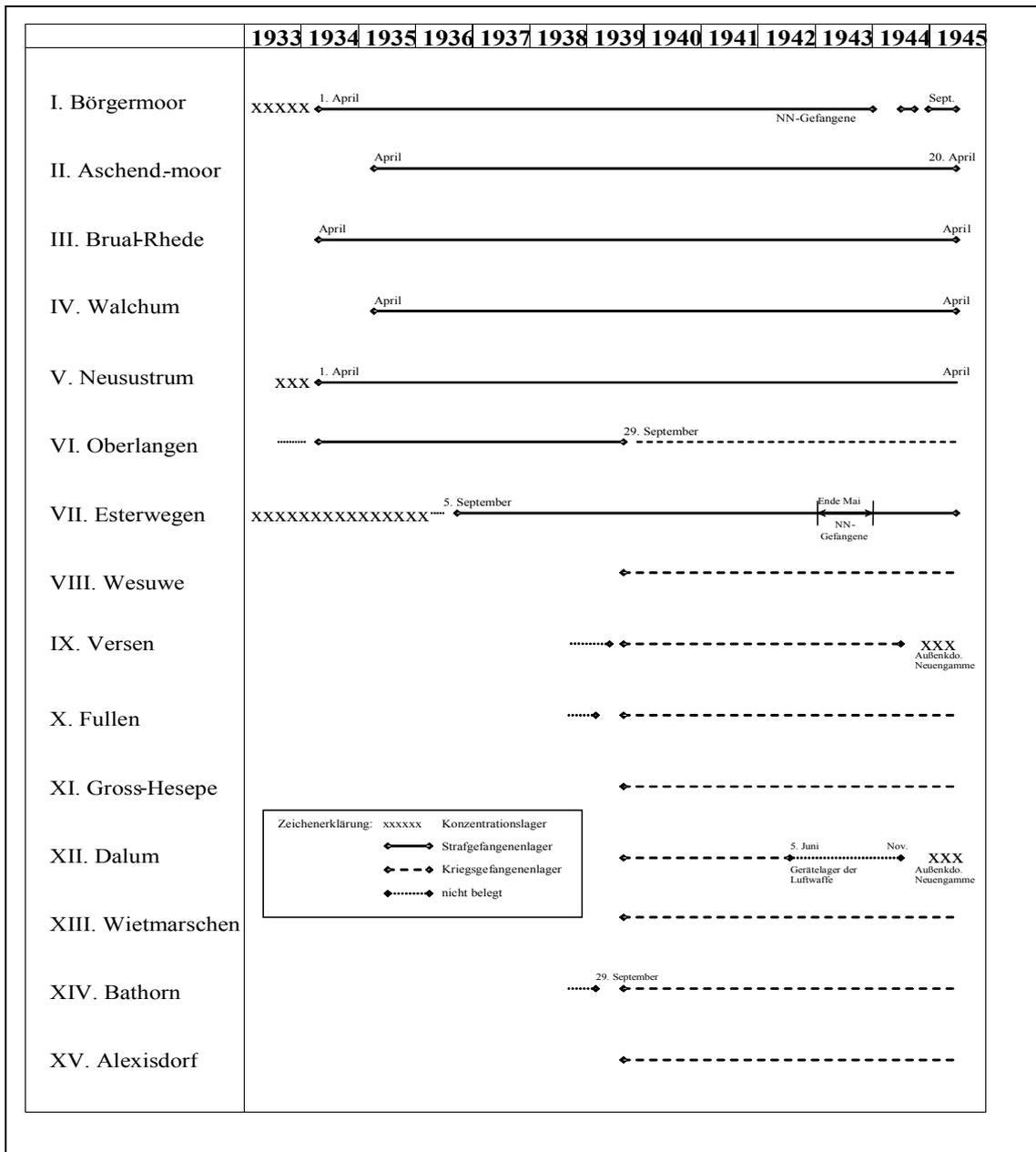


Abbildung 1: Die Emslandlager und ihre Entwicklung 1933-1945³⁹

³⁸ Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Straflagenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland. (Hrsg). Sögel. 1986. S. 6f.

³⁹ Diagramm angefertigt nach der Abbildung von Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1026.

3 Die Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg

3.1 Allgemeines

Im Niedersächsischen Staatsarchiv Osnabrück werden Krankenakten der erkrankten und im Marienhospital Papenburg, dem Hauptlazarett der emsländischen Strafgefangenenlager, behandelten Strafgefangenen verwahrt.

Die Sammlung umfasst einen Bestand von 2652 Krankenakten; die erste Krankenakte ist datiert mit dem 15. April 1934 (Aufnahmedatum des Patienten), die letzte stationäre Aufnahme eines Strafgefangenen stammt vom 05. April 1945; am 20. April 1945 wurde das Hauptlazarett der Strafgefangenenlager im Emsland offiziell aufgelöst, die letzte Entlassung eines stationär aufgenommenen Strafgefangenen fand am 02. Mai 1945 statt.

3.1.1 Herkunft der Krankenakten

Die Krankenakten entstammen zum Großteil den Strafgefangenenlagern. Ich habe Berechnungen durchgeführt, um die Funktion der Lager (als Konzentrations-, Strafgefangenen- oder Kriegsgefangenenlager) anteilmäßig zu erfassen und zu diesem Zweck den Begriff der „Lagertage“ eingeführt. Die Bestehensdauer der jeweiligen Lager in den verschiedenen Funktionen kann somit beschrieben werden. Dieses soll am Beispiel des Lagers Esterwegen (Lager VII) erläutert werden:

Am 15. August 1933 ist das Konzentrationslager Esterwegen fertig gestellt worden. Im August/September des Jahres 1936 wird das Lager Esterwegen aufgelöst, die Häftlinge werden nach Sachsenhausen überführt, um das dortige Konzentrationslager aufzubauen.⁴⁰ Esterwegen besteht somit annähernd genau 3 Jahre oder 3x360 Tage, also 1080 Tage als Konzentrationslager.

Vom 05. September 1936 bis Ende April 1945 diente Esterwegen als Strafgefangenenlager. Dieser Zeitraum von ca. 8½ Jahren (05.09.1936-30.04.1945) ergibt 3115 Tage als Strafgefangenenlager.

⁴⁰ Vgl. Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland. (Hrsg). Sögel. 1986. S. 11f.

Es ergeben sich für das Lager Esterwegen somit 1080 Tage als Konzentrationslager und 3115 Tage als Strafgefangenenlager, zusammen 4195 „Lagertage“, unabhängig von der Verwendung des Lagers.

Diese Berechnung wurde für alle 15 Lager des Emslandlagerkomplexes durchgeführt; es ergaben sich hierbei insgesamt

- 1809 Lagertage als Konzentrationslager (≅ 4,3%)
- 24100 Lagertage als Strafgefangenenlager (≅ 56,6%)
- 16686 Lagertage als Kriegsgefangenenlager (≅ 39,2%)⁴¹

Demgegenüber steht die Verteilung der Krankenakten

- 0 der Krankenakten entstammen den Konzentrationslagern (≅ 0%)
- 2500 Krankenakten entstammen den Strafgefangenenlagern (≅ 94,2%)
- 29 Krankenakten entstammen den Kriegsgefangenenlagern (≅ 1,1%)
- 124 Krankenakten aus sonstigen Lagern (≅ 4,7%)

Die 124 (≅4,7%) Krankenakten aus sonstigen Lagern stammen von Gefangenen der Außenlager bzw. Arbeitskommandos der Strafgefangenenlager (58), der Jugendstrafanstalt Johannesburg⁴² (28), oder aber es findet sich keine Angabe zur Herkunft der Akten (38).

Das Marienhospital in Papenburg als Hauptlazarett des Emslandlagerkomplexes betreute somit insbesondere Strafgefangene. Es fanden sich keine Akten von KZ-Häftlingen im Bestand, die Anzahl Akten erkrankter Kriegsgefangener ist zu vernachlässigen.

⁴¹ Abweichung von 100 ergibt sich aufgrund von Rundungen.

⁴² Die Johannesburg in Börgermoor war ursprünglich eine „Erziehungsanstalt für katholische männliche Fürsorgezöglinge“ des Bistums Osnabrück, welche 1913 eingeweiht wurde. Hier wurden schulentlassene katholische Jungen aufgenommen und ihnen in heimeigenen Werkstätten die Gelegenheit für eine handwerkliche Ausbildung gegeben. 1941 beschlagnahmte die Gestapo das Gebäude, Ende 1942 wurde ein Jugendgefängnis eingerichtet. Ab Juli 1946 gewann die Johannesburg ihre eigentliche Funktion wieder zurück und dient seither als Erziehungsheim. Das Jugendgefängnis der Johannesburg hatte keinen Bezug zu den Emslandlagern, dennoch wurden die Krankenakten der Jugendlichen zusammen mit denen der Strafgefangenen aus den Emslandlagern archiviert, daraus läßt sich schließen, daß deren Behandlung auch wohl im Hauptlazarett Papenburg als Fürsorgeanstalt der Reichsjustizministeriums erfolgte. Aus einem Schreiben des Leiters des Hauptlazaretts, Dr. Hillman, geht hervor, daß zudem das Jugendgefängnis Johannesburg medizinisch durch einen der Lagerärzte mitbetreut wurde. Vgl. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 46.

3.1.2 Vollständigkeit des Aktenmaterials

Um Aussagen über die Vollständigkeit des Aktenmaterials treffen zu können, habe ich anhand der vorliegenden Akten versucht, die Auslastung des Hauptlazaretts zu errechnen und damit Rückschlüsse auf das vorhandene Aktenmaterial zu ziehen:

Im Hauptlazarett der Emslandlager in Papenburg standen für die Behandlung von Strafgefangenen 25 Betten zur Verfügung.⁴³ Wären alle Betten komplett belegt, so ergäbe sich die Summe von 9000 Verpflegungstagen pro Jahr (25 Betten x 12 Monate x 30 Tage).

Werden die Verpflegungstage eines jeden Jahres berechnet (durch Addition der Verweildauer eines jeden Patienten für das entsprechende Jahr), ergibt sich ein Bild sowohl über die Belegungsstärke des Hauptlazaretts als auch über die Vollständigkeit der Krankenakten:

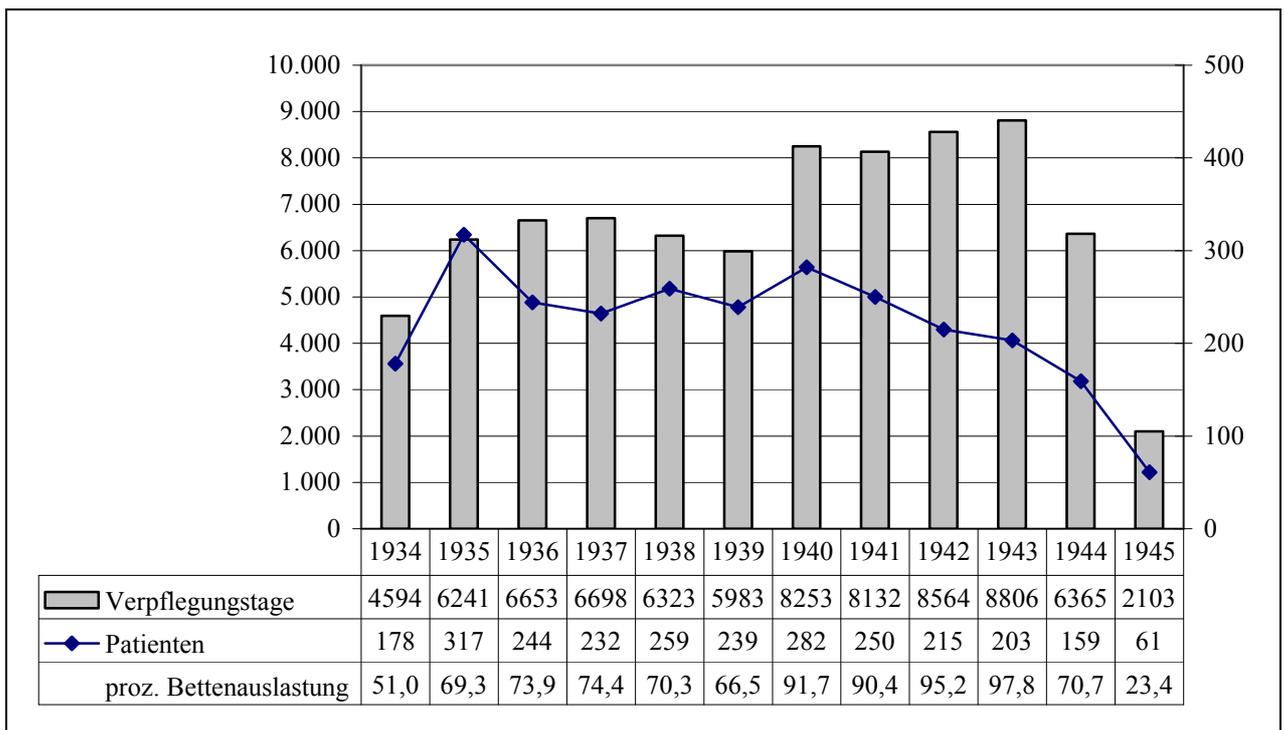


Abbildung 2: Übersicht der Verpflegungstage und Bettenauslastung

⁴³ Diese Zahl der 25 Betten finden sich in den Dokumentationen zu den Emslandlager (Kosthorst und Walter sowie Suhr), zudem wird sie in späteren Zeiten der Bettenknappheit häufig im Briefwechsel zwischen dem Hauptlazarett und verschiedenen Instanzen (Verwaltung der Strafgefangenenlagern, Justizministerium, Gesundheitsamt Aschendorf) genannt..

Die obige Grafik gibt die Zahl der tatsächlich errechneten Verpflegungstage eines jeden Jahres an.

Im Jahre 1934 konnten 4594 Verpflegungstage verzeichnet werden (bei 178 Patienten). Die Zahl steigert sich in den Jahren 1935-1939 auf ein Level von ca. 6000 Verpflegungstage (1935: 6241 Verpflegungstage bei 317 Patienten; 1936: 6653 Tage bei 244 Patienten; 1937: 6698 Verpflegungstage und 232 Patienten; 1938: 6323, 239 Patienten; 1939: 5983 Tage, 239 Patienten)

Ab dem Jahre 1940-1943 kam es zu einem nochmaligen Sprung im Bereich der Verpflegungstage bei mäßig fallender Patientenzahl.

So betrug die Anzahl der Verpflegungstage 1940 8253 bei 282 Patienten. 1941 wurden 250 Patienten behandelt, dies ergab 8132 Verpflegungstage. 1942 und 1943 wurden 215 bzw. 203 Patienten in 8564 bzw. 8806 Verpflegungstagen versorgt.

1944 war ein Einbruch zu verzeichnen, die Zahl der Patienten sank auf nur 159, die Zahl der Verpflegungstage war mit 6365 auf dem Stand vor dem Kriegsausbruch.

1945 waren lediglich 61 Häftlinge behandelt worden, dies ergab eine Summe von 2103 Verpflegungstagen. Hierbei ist zu bedenken, dass die Aufzeichnungen der Krankenakten Ende April endeten.

Stellt man diese Zahlen den rechnerischen 9000 möglichen Verpflegungstagen (s.o.) entgegen, so ergibt sich zum einen die prozentuale Ausnutzung der vorhandenen Bettenkapazität (wie aus der Abb. 2 ersichtlich lag diese zwischen 1935 und 1939 zwischen ca. 65-75%, in den Jahren 1940-1943 zwischen ca. 91% bis hin zu 97,8%); zum anderen ergeben sich aber auch Hinweise zur (rechnerischen) Vollständigkeit des Aktenmaterials, welche somit insbesondere in den Jahren 1940-1943 bei über 90% liegen dürfte.

3.2 Verteilung der Krankenakten

3.2.1 Verteilung der Krankenakten über die Jahre 1934-1945

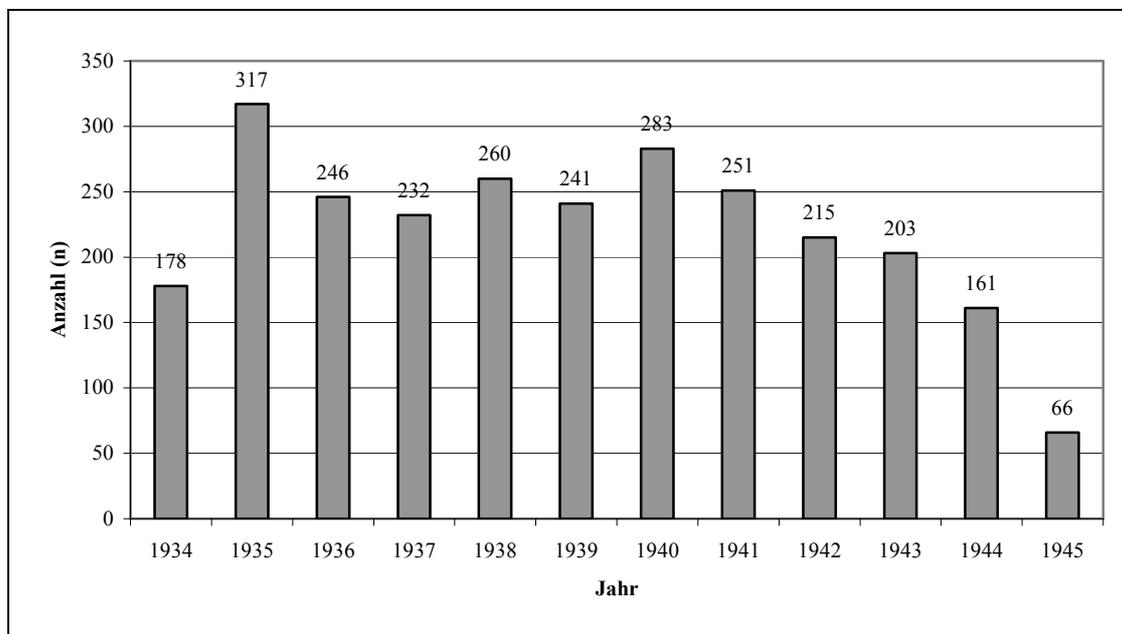


Abbildung 3: Verteilung der Krankenakten nach Jahren

Die obige Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Krankenakten über den Zeitraum des Bestehens des Emslandlagerkomplexes:

Keine der Krankenakten entstammt dem Jahre 1933, obwohl bereits am 22.06.1933 das erste der Lager errichtet wurde. Allerdings hatten die ersten Lager die Funktion von Konzentrationslagern und wurden erst ab April 1934 dem Justizministerium als Strafgefangenenlagern unterstellt.

1934 befanden sich 178 Strafgefangene in Behandlung, im Jahre 1935 317 Strafgefangene. In den folgenden 6 Jahren schwankte die Zahl der Erkrankten und im Hauptlazarett Papenburg Behandelten um ca. 250 (1936: 246, 1937: 232, 1938: 260, 1939: 241, 1940: 283, 1941: 251). Von 1942 bis 1945 fiel die Zahl der Behandelten kontinuierlich von 215 (1942) über 203 (1943) und 161 (1944) auf 66 (1945), wobei im Jahr 1945 die Akten nur bis in den Mai des entsprechenden Jahres reichen.

3.2.2 Verteilung der Krankenakten über die Emslandlager

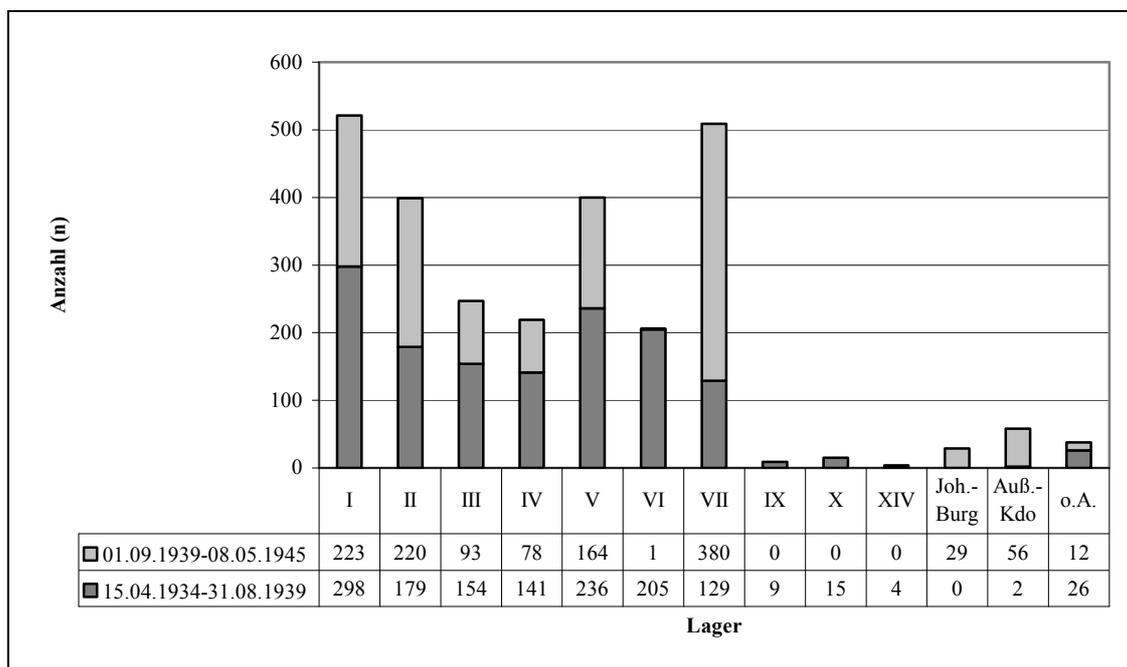


Abbildung 4: Verteilung der Krankenakten nach Lagern

Die Abbildung 4 zeigt die Rekrutierung der Krankenakten, aufgeschlüsselt nach Lagern. Zusätzlich ist dem Diagramm eine zeitliche Dimension impliziert, der Bestand der Akten je Lager ist in die Zeiträume vor bzw. während des Krieges dargestellt.

Die meisten der Akten ($521 \cong 19,6\%$) gehen auf Strafgefangene des Lagers I (Börgermoor) zurück. Es folgen die Lager VII (Esterwegen, $509 \cong 19,2\%$) und Lager V (Neusustrum $400 \cong 15,1\%$). Eben diese sind die längst bestehenden Lager des Emslandlagerkomplexes, wurden sie doch bereits 1933 errichtet. Es folgen weiter die Lager Aschendorfermoor (Lg. II, $399 \cong 15,0\%$), Brual-Rhede (Lg. III, $247 \cong 9,3\%$, Oberlangen (Lg. VI, $206 \cong 7,8\%$) und Walchum (Lg. IV, $219 \cong 8,3\%$). Die Akten der Strafgefangenen aus jenen oben aufgelisteten Lagern stellen 2501 Akten ($94,2\%$).

Weiter entstammen 15 Krankenakten ($\cong 0,6\%$) dem Lager Fullen (Lg. X), 9 Akten dem Lager Versen (Lg. IX) sowie 4 Akten dem Lager Bathorn (Lg. XIV) ($\cong 0,4\%$ bzw. $0,2\%$). Bemerkenswert an dieser Stelle ist, dass sämtliche Akten dieser drei Lager aus

der Vorkriegszeit stammen. Die Lager dienten ab dem 29. September 1939 als Kriegsgefangenenlager, die vorhergehende Funktion der Lager ist nicht belegt.⁴⁴

Im Aktenbestand des ehemaligen Hauptlazaretts fanden sich keine Unterlagen zu Strafgefangenen der Lager Wesuwe (Lg. VIII), Groß-Hesepe (Lg. XI), Dalum (Lg. XII), Wietmarschen (Lg. XIII) und des Lager Alexisdorf (Lg. XV). Diese Lager wurden vornehmlich erst 1939 gegründet und dienten als Kriegsgefangenenlager.

29 Akten (\cong 1,1%) des Gesamtbestandes gehören Gefangenen der Jugendstrafanstalt „Johannesburg“, 58 der Akten (\cong 2,3%) stammen von Gefangenen auf Außenkommandos der Emslandlager; in 38 Akten (\cong 1,5%) ist keine Angabe zur Herkunft des Strafgefangenen verzeichnet.

⁴⁴ Vgl. Abb. 1 „Die Emslandlager und ihre Verwendung 1933-1945“

3.2.3 Die Anzahl der Krankenakten in Relation zur Belegung der Emslandlager

Nachfolgendes Diagramm bringt das Verhältnis von behandelten Strafgefangenen und Belegung der Lager über die Jahre 1933-1945 zum Ausdruck:

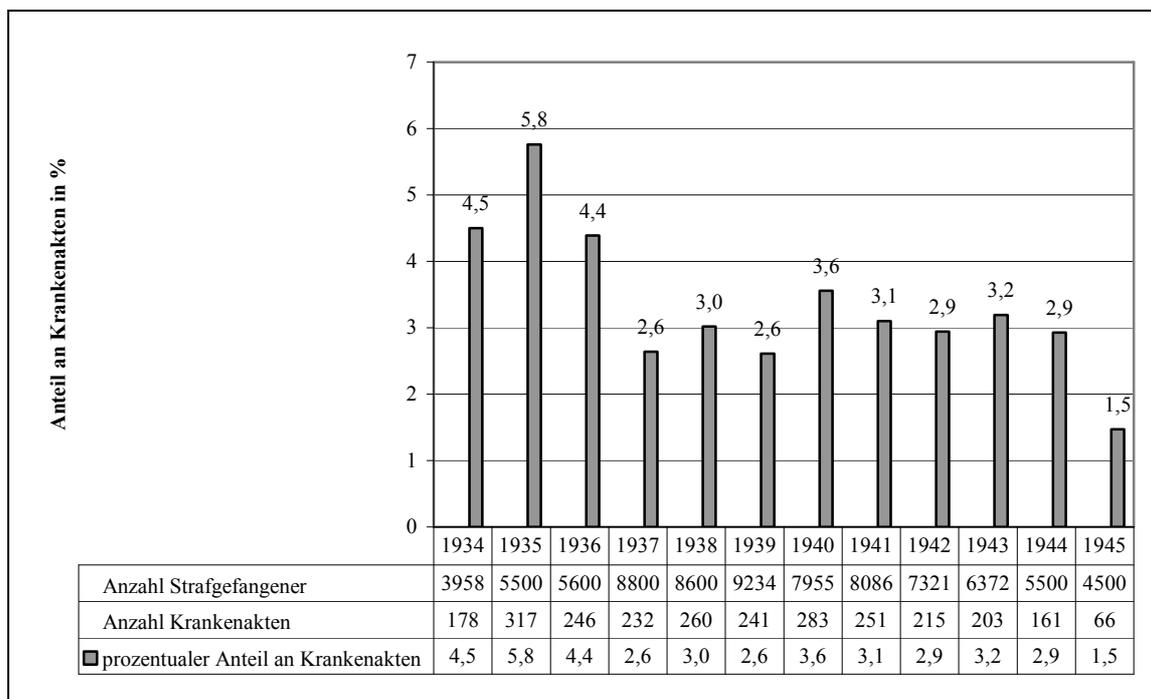


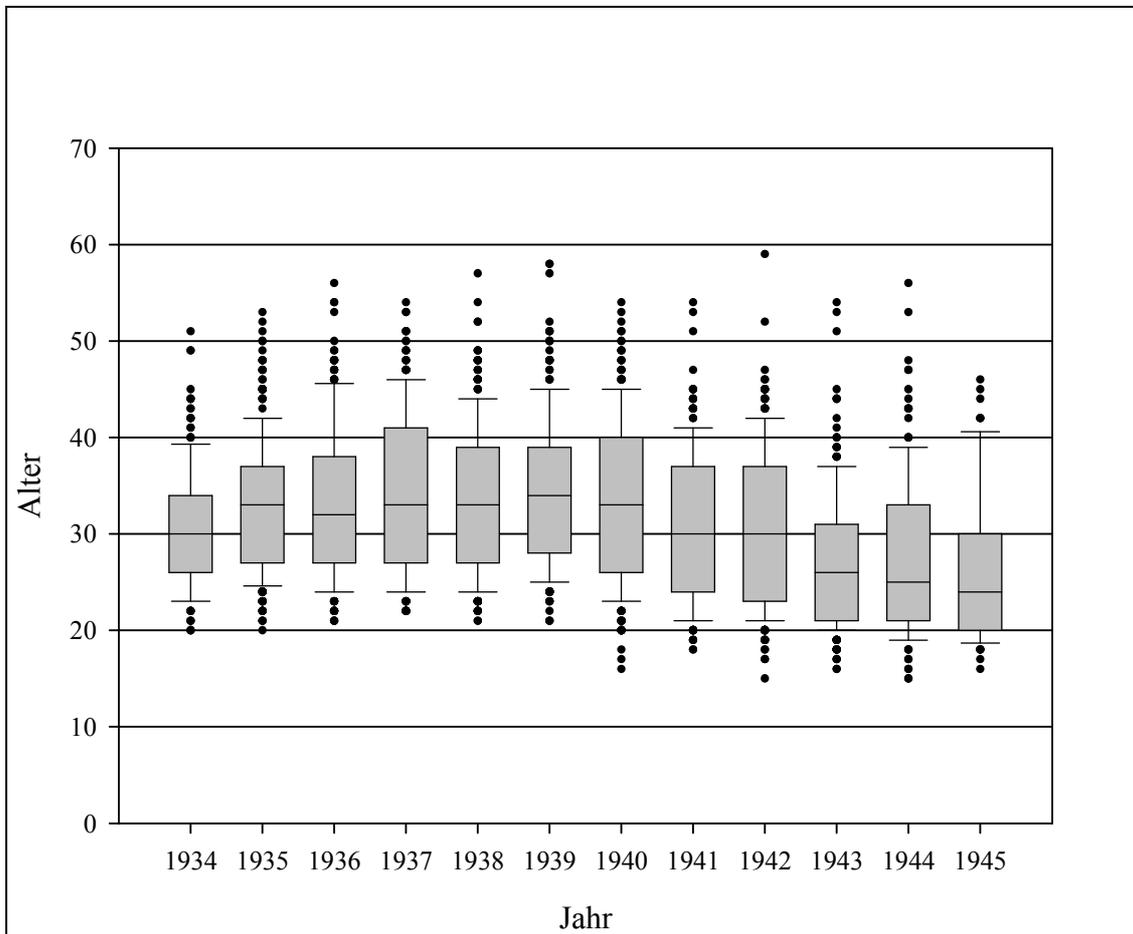
Abbildung 5: prozentualer Anteil der Krankenakten zur Lagerbelegung

Im Jahre 1934 ist die Belegung bei Kosthorst und Walter mit 3958 Strafgefangenen angegeben, es existieren 178 Krankenakten, was 4,5% der Belegung entspricht⁴⁵. Dieser Wert steigt 1935 auf 5,8%, der höchste prozentuale Wert in den Jahren 1933-1945. Er fällt auf 4,4% im Jahre 1936, in den Jahren 1937 bis 1944 variiert er dann um ca. 3% (1937: 2,6%, 1938: 3,0%, 1939: 2,6%, 1940: 3,6%, 1941: 3,1%, 1942: 2,9%, 1943: 3,2%, 1944: 2,9%). Im Jahre 1945 fällt er auf 1,5% hinab. Dieser Abfall mag daran liegen, dass das Erfassen der Krankenakten nur bis in die Monate April/Mai hineinreicht, die Belegung der Lager, trotz Zu- und Abgänge, konstant bleibt. Würde man die Anzahl

⁴⁵ Grundlage der Berechnung ist die statistische Auswertung des Datenbestandes an Krankenakten im Staatsarchiv Osnabrück sowie das Diagramm und die statistischen Angaben zu „Belegung und Belegungsfähigkeiten der KL und Strafgefangenenlager im Emsland“ in Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 225.

der bis Mai vorhandenen Akten auf das gesamte Jahr hochrechnen, ergäbe sich somit auch ein Wert um ca. 3%.

3.3 Altersverteilung der Strafgefangenen



| | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Anzahl | 176 | 315 | 242 | 258 | 259 | 240 | 281 | 248 | 214 | 203 | 161 | 66 |
| Mittelwert | 30,7 | 33,0 | 33,3 | 34,1 | 33,8 | 34,6 | 33,3 | 30,8 | 30,7 | 27,1 | 27,5 | 26,4 |

Abbildung 6: Alter der Strafgefangenen

Abbildung 6 gibt die Altersverteilung der im Hauptlazarett Papenburg behandelten Strafgefangenen über den Zeitraum von 1934-1945 wieder.

Im Jahre 1934 liegt das Durchschnittsalter bei 30,7 Jahre. Das Durchschnittsalter steigt dann bis in das Jahr 1937 kontinuierlich an (1935: 33,0 J.; 1936: 33,3 J.; 1937: 34,1 J.), 1938 fällt es kurz auf 33,6 Jahre und erreicht dann 1939 den Maximalwert von 34,6 Jahren. Im folgenden Jahr fällt es um ca. 1 Jahr auf 33,3, von 1940 auf 1941 und 1942

aber um beinahe 2½ Jahre auf 30,8 bzw. 30,7 Jahre, nahezu zurück auf den Ausgangswert von 1934. Im Jahr 1943 sinkt das Durchschnittsalter nochmals enorm um annähernd 3½ Jahre, es beträgt 27,1 Jahre und bleibt auch über das folgende Jahr nahezu konstant (1944: 27,5 J.) um dann 1945 nochmals um etwas mehr als 1 Jahr abzufallen auf 26,4 Jahre.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Durchschnittsalter bis in das Jahr 1939 recht konstant zirka 33-34 Jahren beträgt. Mit Beginn des Krieges, und damit Einrichtung von Strafgefangenenlagern für Wehrmichtsangehörige, fällt das Durchschnittsalter zunächst auf etwa 30 Jahre. Ab 1943, dem Beginn des Rückzug der Wehrmacht und der sich abzeichnenden Niederlage Deutschlands, fällt das Durchschnittsalter nochmals um 3½ Jahre auf 27 Jahre, in den letzten Akten des Jahres 1945 liegt es bei 26 Jahren.

Gleichzeitig wird die Streuung um diesen Mittelwert der Altersverteilung größer (entspricht der Standardabweichung). Schwankt sie in den ersten Jahren um zirka 6 Jahre und steigt bis 1939 auf ungefähr 7,5 Jahre (Ausnahme 1937 mit 8,2 Jahren), so liegt sie in den Jahren 1940 bis 1945 zumeist über 8 Jahre (Ausnahmen 1941 mit 7,7 Jahren und 1942 mit 7,2 Jahren).

Ein Grund hierfür mag die Umverteilung der Strafgefangenen sein. Waren es bis 1939 überwiegend Kriminelle (Sittlichkeitsverbrechen, Diebstahl, Raub, Betrug und Unterschlagung waren zusammen 1936 in 73,4% und 1939 in 49,9% der Fälle Strafbestand für die Inhaftierung in den Emslandlagern), so waren es 1942 noch 32% und 1944 nur noch 23%. Demgegenüber stieg der Anteil der wehrstrafrechtlich verfolgten Strafbestände (Fahnenflucht und unerlaubtes Entfernen, Ungehorsam, tätlicher Angriff gegen Vorgesetzte, militärischer Diebstahl oder Unterschlagung, Plünderung, Wachvergehen, Feigheit) von 4,2% 1939 auf 44,1% 1942 bzw. 41,7% im Jahre 1944⁴⁶.

⁴⁶ Statistische Angaben entnommen dem Diagramm „Häufigkeitsverteilung des Merkmals ‚Strafbestand‘ für die gesamte Kartei und die Einlieferungsjahre 1936, 1939 und 1942“ sowie der Tabelle „Gruppierung der in der Kartei erfaßten Gefangenen nach dem Einlieferungsjahr in die Emslandlager (1934-1945)“ in: Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1809

Nachfolgendes Diagramm zeigt die Altersverteilung der oben genannten Gefangenenkategorien⁴⁷. Eine Linie zeigt die Altersverteilung einer Strafgefangenenengruppe eines jeweiligen Straftatbestandes auf (Gewaltsame Unzucht u.a., schwerer Diebstahl, Betrug sowie Fahnenflucht u.a.). Der Verlauf einer Linie ergibt summarisch 100%.

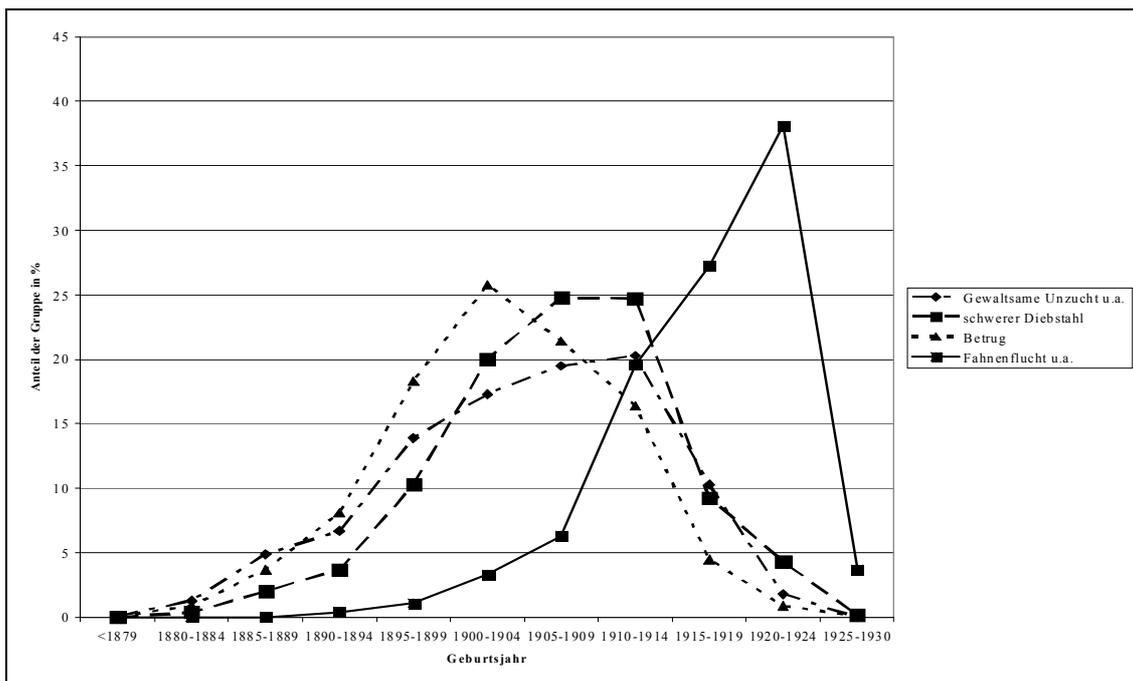


Abbildung 7: Geburtsjahre der Strafgefangenen differenziert nach Straftatbeständen

Deutlich ist dem Diagramm die Divergenz der Geburtsjahrgänge und somit des Alters der Strafgefangenen zu entnehmen. Liegt das Maximum bei den Straftatbeständen „Betrug“, „schwerer Diebstahl“ und „Gewaltsame Unzucht u.a.“ in den Geburtsjahren 1900-1914, so zeigt es in der Kategorie „Fahnenflucht u.a.“ in den Jahren 1920 bis 1924 den Höchstwert; diese Strafgefangenen sind somit durchschnittlich zehn Jahre jünger.

Durch diese beiden Umstände, den Anstieg der wehrstrafrechtlich Inhaftierten seit 1939, und damit verbunden ein Zuwachs an noch recht jungen „Straftätern“, ist der Abfall des Durchschnittsalters aus der Abbildung 6 zu erklären.

⁴⁷ Diagramm angefertigt nach statistischen Angaben „Die Verteilung der Geburtsjahre der Strafgefangenen differenziert nach Straftatbeständen“ in Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1812 sowie S. 1859.

4 Krankheiten in den emsländischen Strafgefangenenlagern

Im Folgenden sollen die in den emsländischen Strafgefangenenlagern aufgetretenen Krankheiten dargelegt und statistisch ausgewertet werden. Grundlage ist auch hier der noch vorhandene – 2652 Akten umfassende – Bestand der Strafgefangenenabteilung des Marienhospitals Papenburg, hinterlegt im Staatsarchiv Osnabrück.

Es ist zunächst notwendig, die – durch die Vielzahl der Akten bedingte Anzahl an Diagnosen – in überschaubare Gruppen einzuteilen, um die Akten vergleichen und statistisch auswerten zu können.

Zum einen sind Erkrankung bestimmter Organsysteme zusammengefasst worden. Hier sind zu nennen:

- Herzerkrankungen (Herzfehler, Herzinsuffizienz, Myokarditis),
- neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen (Apoplex, Commotio, Epilepsie, Lumbago, Parese, „Psychopathie“),
- urologischen Erkrankungen (Feigwarzen, Hydrozele, Nierenerkrankungen, Nierensteine, Phimose, Varikozele),
- zahnärztlichen Erkrankungen (Parulis, Zahnerkrankungen jeglicher Art),
- allgemeine und spezielle Erkrankungen des Verdauungstraktes (Cholecystitis, Ileus, Peritonitis, Appendicitis, Magenulcera).

Weiter wurden bestimmte Gruppen von Erkrankungen zusammengefasst, deren Ätiologie gleich bzw. ähnlich ist. Hierzu gehören:

- Hernien (Leisten-, Nabel- Scrotal-, Bauch-, Femoralhernie),
- Erkrankungen infolge von äußeren Einflüssen (Frakturen, Distorsionen, Luxationen, Verbrennungen und Erfrierungen),
- Verletzung in selbstbeschädigender Absicht (Verschlucken von Fremdkörpern, Verätzungen und sonstige Wunden jeglicher Art),
- Tumoren (benigner als auch maligner Art),
- Infektionen (Infektionskrankheiten wie Typhus, Ruhr, Tuberkulose, Diphtherie, Lues; aber auch lokale Infektionen wie Otitis, Pneumonie, Karbunkel und Furunkel, Phlegmone, Empyem).

Ferner finden sich Diagnosen und Patientenklassifizierungen, welche nur in vergleichsweise geringer Anzahl aufgetreten sind, aufgrund der Relevanz jedoch behandelt werden sollen:

- Simulanten,
- Suizid (-versuche),
- Schuss- und Stichverletzungen.

Letztendlich lagen noch Symptome mit Krankheitswert vor, die nicht eindeutig Erkrankungen zuzuordnen waren und deren Ätiologie unklar war, u.a.:

- Ikterus,
- Wassereinlagerungen / Ascites,
- allgemeine Körperschwäche.

Die Darstellung der einzelnen Krankheiten in den folgenden Kapiteln erfolgt weitestgehend schematisch, d.h. zunächst wird die jeweilige Erkrankung – aus zeitgenössischer Perspektive – beschrieben (Ätiologie, klinisches Erscheinungsbild und Therapie). Oft schließt sich eine kurze Erläuterung an zum derzeitigen Wissenstand in Bezug auf Ursache und Therapie.

In einigen Kapiteln ist von diesem Schema abgewichen worden. So werden z.T. wesentliche Erkrankungen (z.B. die Herzinsuffizienz oder die Myokarditis) nur marginal beschrieben und abgehandelt. Zumeist ist dies einer nur geringen Fallzahl von Erkrankungen geschuldet. Eine ausführliche Darstellung dieser nur vereinzelt aufgetretenen Erkrankungen würde den Rahmen der Arbeit sprengen.

4.1 Infektionskrankheiten

Bedingt durch das Zusammenleben der Häftlinge auf engstem Raum unter nur widrigen hygienischen Umständen und mangelhafter Krankenversorgung kam es in den Emslandlagern zum Ausbruch von verschiedenen infektiösen Krankheiten und dem Auftreten von Epidemien⁴⁸.

In den Krankenakten der emsländischen Strafanstalten sind folgende infektiöse Krankheiten verzeichnet, die potentiell zu einer Epidemie führen können und somit isolierpflichtig waren:

- allgemeine gastrointestinale Infektionen (66 Fälle),
- Ruhr (3 Fälle),
- Typhus / Paratyphus (19 Fälle),
- (offene) Tuberkulose (138 Fälle).

Weiter sind in den Akten des Gesundheitsamtes Aschendorf Fälle von Fleckfiebererkrankungen dokumentiert, auf die aber gesondert eingegangen werden soll, da sich hierfür in den Akten des Krankenhauses Papenburg keine Belege finden.

In Deutschland bestand seit dem 01. Januar 1939 eine „reichsrechtliche Regelung in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten“.

„Hierzu gehört in erster Linie die Anzeigepflicht (die Anzeige hat innerhalb 24 Std. nach erlangter Kenntnis an das zuständige Gesundheitsamt zu erfolgen). Diese gilt einmal für die sog. gemeingefährlichen Krankheiten: [...] 3. Fleckfieber, [...] weiter für folgende übertragbare Krankheiten: [...] 10. bakterielle Lebensmittelvergiftung (Botulismus, Enteritis infectiosa), [...] 12. Paratyphus, [...] 14. übertragbare Ruhr, [...] 17. Abdominaltyphus, 18. ansteckende Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Tuberkulose der Haut und anderer Organe.

Die Meldepflicht für diese Krankheiten erstreckt sich nicht nur auf Erkrankungs- und Todesfälle, sondern auch auf den Krankheitsverdacht. Bei den gemeingefährlichen Krankheiten (1-7) bietet das Gesetz die Möglichkeit, die Kranken und die Krankheitsverdächtigen (letztere für die Dauer der Inkubationszeit) zwangsweise zu isolieren. [...]

⁴⁸ Eine Epidemie bezeichnet eine „zeitlich und räumlich begrenzte starke Zunahme des Vorkommens“ (v.a. von Infektionskrankheiten). Vgl. Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2012. 263. Aufl. Berlin. 2011. S. 596.

Meldepflichtig sind schließlich die gesunden Keimträger bzw. Dauerausscheider der Erreger des Abdominaltyphus, des Paratyphus, der Ruhr und der bakteriellen Lebensmittelvergiftung, sie können der Absonderung und Beobachtung unterworfen werden.⁴⁹

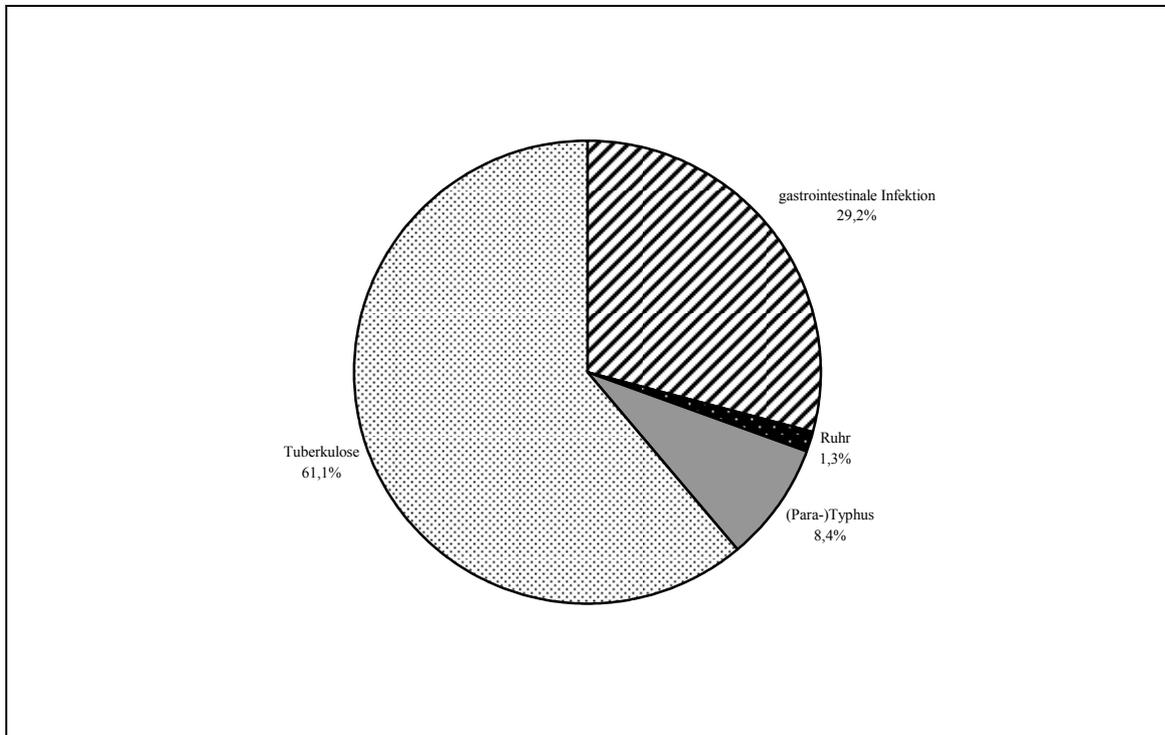


Abbildung 8: Infektionskrankheiten in den Emslandlagern

Die Abbildung 8 veranschaulicht die Differenzierung der übertragbaren Krankheiten. Es lässt sich nahezu eine Zweiteilung des Diagramms erkennen; die linke Hälfte des Kreisdiagramms wird eingenommen durch die Tuberkulose (sowohl der „offenen“ als auch der „geschlossenen“ Tuberkulose). Mit 138 Fällen ergibt sie einen Anteil von 61,1%; mehr als die Hälfte der hochansteckenden Infektionen ist damit durch das Tuberkulosebakterium ausgelöst worden.

Die restlichen 88 Erkrankungen (38,9%) werden gebildet von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes. Unter ihnen nimmt die unspezifische „gastrointestinale Infektion“ mit 66 Fällen den größten Raum ein (29,2% der gesamten infektiösen Erkrankungen und 75,0% der den Magen-Darm-Trakt betreffenden infektiösen Krankheiten).

⁴⁹ Domarus, A. von. Grundriss der inneren Medizin. Berlin. 1943. S. 14.

Die Erkrankungen durch Typhus und Paratyphus sind mit 19 Fällen (8,4%) eher gering, ebenso ist die Erkrankungsrate durch eine Ruhr mit insgesamt nur 3 Fällen in 12 Jahren (1,3%) sehr niedrig. Dieses ist umso erstaunlicher, da Ruhr und Typhus als hochkontagiöse Krankheiten „mit Vorliebe an Orten größerer Menschenansammlungen unter ungünstigen hygienischen Bedingungen (Gefängnisse, Irrenanstalten, Truppenübungsplätze usw.)“ Epidemien auslösen können.⁵⁰ Auch wenn die Zahl der Erkrankungen an jenen hochinfektiösen Krankheiten im Hauptlazarett relativ niedrig sind, so ist damit nicht auf eine niedrige Inzidenz der Krankheiten im Lager selber zu schließen, da aufgrund der Isolationsmaßnahmen in den meisten Fällen eine Behandlung im jeweiligen Lagerlazarett erfolgte⁵¹.

Mit diesen 226 Fällen von potentiell epidemisch auftretenden Krankheiten stellen diese infektiösen Erkrankungen einen Anteil von 8,6% am gesamten Krankenaktenbestand, die Inzidenz in den einzelnen Lagern dürfte jedoch deutlich höher gelegen haben.

Auch ist der Aufwand nicht zu unterschätzen, der mit der Diagnose einer Ruhr- bzw. Typhusinfektion einhergeht, da eine Meldung an das Gesundheitsamt und bestimmte Isolationsmaßnahmen zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Krankheit erfolgen mussten.⁵²

Bei Verdacht oder bei Auftreten solch einer Krankheit ist zumeist das gesamte Lager unter Quarantäne gestellt worden, so dass die Weiterbehandlung des Patienten im jeweiligen Lagerlazarett erfolgte und nicht, zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Infektion, die Verlegung in das Hauptlazarett. Zu diesen Fällen ist jedoch kein (Kranken-) Aktenmaterial mehr erhalten, die gegebenen Umstände und Vorgänge können jedoch aus dem Schriftverkehr der Lagerleitung mit den zuständigen Gesundheitsbehörden rekonstruiert werden.

Im Folgenden soll nun auf die einzelnen Krankheiten und Vorgänge weiter eingegangen werden.

⁵⁰ Ebd. S. 49.

⁵¹ Vergleiche hierzu die Meldungen der Ruhrerkrankungen an das Gesundheitsamt Aschendorf im Kapitel über Ruhrerkrankungen und die Ruhrepidemie 1942.

⁵² Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. RGBI I. 01.12.1938. S. 1721ff.

4.1.1 Gastrointestinale Infektionskrankheiten

Die Begriffe „gastrointestinaler Infekt“ sowie „Katarrh“ sind keine eindeutigen Diagnosen. Der Katarrh ist eine veraltete Bezeichnung für eine „mit Schleimabsonderung einhergehende Entzündung der Schleimhäute“⁵³, wobei der Begriff heute zumeist im Zusammenhang mit einer viralen Infektion der oberen Luftwege (Rhinitis, Bronchitis) fällt.

„Das klinische Hauptmerkmal des Darmkatarrhs ist die Diarrhöe, die auf beschleunigter Peristaltik des Dickdarms beruht. [...] Ein wichtiges Symptom des Darmkatarrhs ist die Beimengung von Schleim im Stuhl, bei stärkeren Graden der Erkrankung auch von Eiter und Blut“⁵⁴.

Das Vorliegen eines Darmkatarrhs stellt somit keine Diagnose dar, sondern die Beschreibung eines Symptomkomplexes. Zumeist handelt es sich dabei um Virusinfektionen des Gastrointestinaltraktes.

Die Zusammenfassung zu einem Symptomkomplex birgt auch Gefahren in sich:

„Wir stimmen Gutzeit [ein zuvor genannter Autor] unbedingt zu in seiner Ablehnung von Krankheitsbezeichnungen, wie Sommerdiarrhoe, akuter Magendarmkatarrh, Kolitis, da sie zur Nachlässigkeit in der Durchführung der immer erforderlichen therapeutischen und hygienischen Maßnahmen führen.“⁵⁵

Dies ist insbesondere unter den gegebenen Bedingungen in Strafgefangenenlagern umso bedeutender, um frühzeitig hochansteckende Krankheiten zu erkennen.

Aber auch andere, seltenere Ursachen können das Bild einer akuten Gastroenteritis hervorrufen. Hierzu gehören:

- bakterielle Darmerkrankungen: neben den oben beschriebenen Erkrankungen können ebenfalls E. coli-Stämme das Bild einer Dysenterie hervorrufen,
- bakterielle Lebensmittelvergiftung: Aufnahme von kontaminierten Lebensmitteln (v.a. Vergiftung durch Staphylokokkus aureus, Clostridium botulinum),
- nichtbakterielle Lebensmittelvergiftungen: durch die Aufnahme chemischer Toxine, die in Pflanzen enthalten sind (z.B. Pilzvergiftung [Muscarin]; Verspeisen von unreifen Kartoffeln [Solanin]; Ergotaminvergiftung),

⁵³ Pschyrembel. 2011. S. 1053.

⁵⁴ Domarus, A. 1943. S. 409.

⁵⁵ Jacobi, J. Dörschel, W. Beobachtungen in einem Ruhrlazarett Sommer 1942. Münchener Medizinische Wehrschrift. 90/1943. S. 440.

- mit chemischen Toxinen kontaminierte Lebensmittel (Insektizide, Arsen, Blei, Kadmium),
- Malabsorptionssyndrome,
- allergische Reaktionen, Stoffwechselstörungen, psychische Ursachen.⁵⁶

Diese in der Aufzählung dargelegten Ursachen der „akuten Gastroenteritis“ finden sich nach Aktenlage jedoch in der Minderzahl bzw. können ausgeschlossen werden.

Davon abzugrenzen sind infektiöse bakterielle abdominale Erkrankungen, die sich rasch endemisch ausbreiten können und, insbesondere unter schlechten sozialhygienischen und ernährungsphysiologischen Zuständen, mit einer hohen Letalität einhergehen.

In diesem Zusammenhang sind in den Emslandlagern die (bakterielle) Ruhrerkrankung (hervorgerufen durch Shigellen) und Erkrankungen an Typhus bzw. Paratyphus (Infektion durch *Salmonella typhi* und *paratyphi*) zu nennen, auf die jeweils noch näher eingegangen werden soll.

Im einzelnen werden nun die (häufigsten) Erkrankungen des Darmes dargestellt, die das Bild des „akuten Darmkatarrhs“ bieten und zu einer Aufnahme in das Hauptlazarett Papenburg geführt haben.

⁵⁶ Vgl. MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. MSD Sharp&Dohme GmbH (Hrsg). München. 2007. Online im Internet: <http://www.msd.de/msdmanual/secure/home.html> (Stand: 23.10.2012)
Arastéh, K. et. al. Innere Medizin. Duale Reihe. Stuttgart. 2009. S. 458f.

4.1.1.1 Magen-Darm-Katarrh / Gastroenteritis

In diesem Kapitel werden die Krankheiten analysiert, die unter der Hauptdiagnose der Gastroenteritis zusammengefasst sind. Im einzelnen sind in den Krankenakten 66 Fälle von Durchfallerkrankungen genannt, die nicht mit weiteren Spezifizierungen der Krankheitsursache einhergehen (wie z.B. die weiter unten erwähnten Fälle von Ruhr und Typhus), sondern bei denen mehr oder weniger das Symptom selbst als Diagnose fungiert. Im Einzelnen wären dies:

- Gastrointestinale Infektionen (13 Fälle)
- Magen- und Darm-Katarrh⁵⁷ (46 Fälle)
- Ikterus katarrhalis⁵⁸ (7 Fälle)

⁵⁷ Die Diagnose des „Magen und Darmkatarrh“ ist veraltet und heute nicht mehr gebräuchlich. Sie benennt das Syndrom, welches heute unter dem Begriff der „akuten Gastroenteritis“ zusammengefaßt wird und aus einem gemeinsamen Symptomkomplex besteht (Unwohlsein, Diarrhöe und Erbrechen, abdominale Schmerzen und evtl. auch Fieber). Die Ursache dieser Symptome ist mannigfaltig, zum einen viral oder bakteriell, aber auch verdorbene Nahrungsmittel o.ä.

Die Diagnose des Magenkatarrhs entspricht dem heutigen Begriff der Gastritis.

Die Diagnosen „Magen- und Darmkatarrh“ und „Gastrointestinale Infektion“ finden sich parallel in den Krankenakten, wobei nicht festgestellt werden konnte, ob es eine Differenzierung zwischen dieser beiden Termini im Gebrauch gegeben hatte.

⁵⁸ Dietrich vergleicht in einem Aufsatz die „Hepatitis epidemica“ und den „katarrhalischen Ikterus“. Er kommt zu dem Schluß, „dass der sogenannte katarrhalische Ikterus mit der Hepatitis epidemica identisch ist.“

(vgl. Dietrich, S. Der sogenannte katarrhalische Ikterus und die Hepatitis epidemica. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 68/1942. S. 5.

Die Hepatitis epidemica ist eine veraltete Bezeichnung für die Hepatitis A. Sie wurde jedoch in die Gruppe der infektiösen Magen-Darm-Erkrankungen mit aufgenommen, da die Diagnose des katarrhalischen Ikterus aufgrund des Symptomkomplexes gestellt wurde, welcher Unwohlsein, teilweise Erbrechen oder/und Diarrhöe und/oder Fieber beinhaltete.

Diesen Symptomkomplex bietet so auch die Weilsche Krankheit (Ikterus infektiosus), eine durch Spirochäten verunreinigtes Wasser übertragene Erkrankung, welche ebenso epidemisch auftreten kann.

Vgl. „Ratschläge für Ärzte bei Weilscher Krankheit“. Reichsgesundheitsblatt. Reichsgesundheitsamt (Hrsg.). Berlin. 1935. S. 523ff.

Gastroenteritis

Definition: Die sowohl akut als auch chronisch auftretende Gastroenteritis kann durch zum einen durch Bakterien oder unsachgemäße Ernährung, zum anderen als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen (z.B. Nierenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen) auftreten.

Symptome: Kennzeichnend sind dünnflüssige, teilweise schmerzhafte Durchfälle, diese können einhergehen mit Fieber und Erbrechen. Infolgedessen kann es zu schweren Wasserverlusten kommen, die Patienten fühlen sich schlapp und elend.

Diagnostik: Wegweisend sind Anamnese und klinischer Befund, ernstere bakterielle Erkrankungen (Paratyphus, Typhus usw.) sollten durch Stuhluntersuchungen ausgeschlossen werden.

Therapie: zunächst völlige Nahrungskarenz (1-2 Tage) und auch körperliche Schonung bei ausreichender Flüssigkeitszufuhr, ggf. Infusionen. Umstritten war die Gabe von Abführmitteln (zur Reinigung des Darmes und Elimination der Noxe). Bei Bedarf Gabe von Antispasmodika (Papaverin, Dolantin). Nach den Hungertagen Beginn eines Kostaufbaus, wobei auch „Rotwein [und] klare, gebrannte Wässer [...] durchaus zu empfehlen“ waren.⁵⁹

Heute sind als häufige Ursache der Gastroenteritis verschiedene Arten von Viren (Rotaviren, Adeno- und Noroviren) bekannt. Die Therapie ist symptomatisch, der Verlauf der Erkrankung häufig selbstlimitierend.⁶⁰

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über das Auftreten der „banalen“ gastrointestinalen Krankheiten unter Auslassung der hochansteckenden Krankheiten (Typhus bzw. Paratyphus und Ruhr). Dennoch ist aus dieser Grafik ersichtlich, dass insgesamt 16 Häftlinge infolge dieser Erkrankung verstarben.

⁵⁹ Wolf, H. J. Einführung in die innere Medizin. Leipzig. 1941. S. 278ff.
Vgl. auch Lapp, F. W. Zur diätetischen Behandlung chronischer Durchfallserkrankungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 46. 1942. S. 1112ff.

⁶⁰ Vgl. Arastéh, K. et. al. 2009. S. 457f.
Viren waren damals auch schon als Erreger von Krankheiten bekannt, deren Erforschung steckte jedoch erst in den Anfängen. Wolf führt als Beispiel dieser „auf der Grenze zwischen dem Belebten und dem Unbelebten“ stehenden Erreger das erstmals 1935 isolierte Tabakmosaikvirus an. Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 4f.

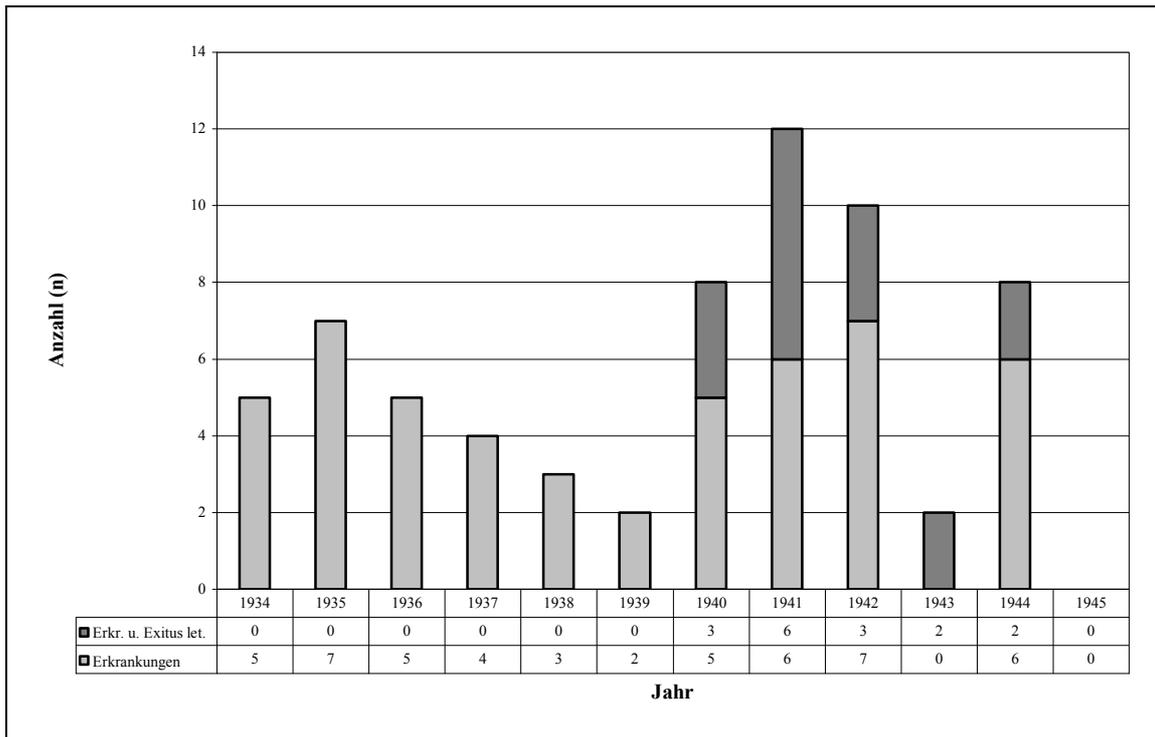


Abbildung 9: Erkrankungen und Todesfälle an gastrointestinalen Infektionen

In den ersten Jahren des Lagers erkrankten zwischen 2 (1938) und 7 (1935) Häftlinge an einer gastrointestinalen Infektion, wobei die Tendenz ab dem Jahr 1935 fallend war.

Im Jahre 1940, also dem ersten Kriegsjahr, war es zu einem erneuten Anstieg der Infektionszahlen mit 8 Patienten in diesem Jahr. Zudem verliefen 3 dieser Erkrankungen mit letalem Ausgang.

Ebenso waren in den folgenden Jahren 1941-1944 jeweils mindestens zwei Tote infolge jener Erkrankungen zu beklagen. Alleine 1941 verstarben 6 Häftlinge durch eine gastrointestinale Infektion. In den folgenden Jahren wurden zwischen 8 und 12 Häftlinge aufgrund dieser Erkrankung im Hauptlazarett behandelt, wobei in jedem Jahr auch Todesfälle zu verzeichnen waren.

Ausnahmen bilden die Jahre 1943, hier wurden lediglich 2 Strafgefangene mit einem gastrointestinalem Infekt behandelt, jedoch erlagen diese beiden den Folgen ihrer Erkrankung. Für das Jahr 1945 war kein derartiger Krankheitsfall im Marienkrankenhaus dokumentiert.

Die mittlere Liegedauer der gastrointestinalen Infektionen liegt bei 21,2 Tagen (Median: 18 Tage). Mit 25,9 Tagen ist die mittlere Liegedauer eines Magen-Darm-Katarrhs etwas länger, der Median mit 11 Tagen jedoch deutlich geringer.

Deutlich länger ist die Liegedauer bei einer Erkrankung durch den katarrhalischen Ikterus (Hepatitis epidemica), die durchschnittliche Liegedauer liegt bei 30,8 Tagen (Median 34 Tage).

Anhand dieser Liegedauer, insbesondere der Differenz zwischen Median und Mittelwert des Magen-Darm-Katarrh, werden die unterschiedlichen Schweregrade der Erkrankung deutlich; leichtere Fälle konnten schon nach einigen Tagen wieder entlassen werden (Mindestverweildauer aller dieser Erkrankungen lag bei zwei Tagen), andere wurden bis zu 121 Tagen im Hauptlazarett aufgrund dieser Erkrankung behandelt (wobei diese lange Liegedauer doch die Diagnose einer gastrointestinalen Infektion nach dem heutigen Wissensstand in Frage stellt⁶¹).

⁶¹ Unter Umständen fallen unter diese Diagnosen der Magen-Darm-Entzündung auch andere, damals noch nicht näher beschriebene chronische Krankheiten wie z.B. der Morbus Crohn (Ileitis terminalis) oder die Colitis ulcerosa. Bei diesen Erkrankungen handelt es sich um chronische Darmerkrankungen, welche durch akute Schübe symptomatisch werden. Teilweise treten zum Teil schwerwiegende Komplikationen wie Fistelbildungen oder Darmperforationen auf, welche den Heilungsverlauf erheblich in die Länge zögern können.

4.1.1.2 Ruhr

Der Krankheitsbegriff der „Ruhr“ ist nur sehr undeutlich, da verschiedene Krankheiten, die mit den allgemeinen Symptomen (Fieber, Abdominalkrämpfe und blutig-schleimige Durchfälle) als „Ruhr“ bezeichnet werden. Zu unterscheiden sind zwei große Gruppen:

a) Bakterielle Ruhr:

Definition: Ausgelöst wird die Erkrankung durch „Ruhrbazillen“, wobei zwischen „echten Ruhrbazillen“ (Typ Shiga-Kruse, bilden ein Toxin) und „Pseudodysenteriebazillen“ (Typ Flexner, Strong), welche keine Toxine hervorbringen, unterschieden wird. Die Erkrankungen durch Pseudodysenteriebazillen sind weniger schwer. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral durch infizierte Nahrungsmittel, Wasser oder Zwischenträger (insbesondere Fliegen und Hunde, die den Keim auf gedüngten Feldern aufnehmen und an den Menschen weitergeben).

Symptome: In den ersten Tagen vermehren sich die Bakterien im unteren Dünndarm und rufen in den ersten zwei Tagen Bauchkrämpfe, begleitet von Fieber und wässrigen Durchfällen hervor. Nach diesem Stadium durchdringen die Erreger die Darmschleimhaut und führen zu einer fibrinös-ulcerösen Colitis, die mit sehr schmerzhaften, blutig-schleimigen Durchfällen einhergeht (bis zu 30 am Tag).

Diagnostik: Dringend verdächtig ist der klinische Befund mit typischen Stuhlveränderungen und schweren Tenesmen. Gesichert wird die Verdachtsdiagnose durch den Shigellennachweis aus der Stuhlkultur.

Verlauf: „Die Ruhr ist eine der schmerzhaftesten und gefährlichsten Krankheiten, die es gibt [...] Ein Teil der Patienten erliegt in den ersten Tagen der schweren Krankheit. Bei einem anderen Teil stellt sich nach 2-3 Wochen eine tödliche Kreislaufschwäche ein. Die Letalität beträgt im Mittel 10%.“⁶²

Durch Übertritt der Erreger durch die Darmulcerationen kann eine Sepsis hervorgerufen werden.

Nach Abklingen der akuten Erkrankung können Gelenkbeschwerden auftreten, insbesondere der Kniegelenke (sog. „Ruhrreumatismus“). Aber auch Bindehautentzündung, Urethritis und Neuritiden können vorkommen, ebenso kann die Ruhr in ein chronisches Stadium übergehen mit fortbestehenden Durchfällen oder mit rezidivierend auftretenden Darmbeschwerden.

⁶² Wolf, H. J. 1941. S. 500.

Therapie: Zunächst Diätbehandlung bei Bettruhe und ausreichende Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution (ggf. parenteral). In schwereren Fällen Gabe von Atropin oder auch Opiaten. Versuche mit „antitoxischem Heilserum“ oder Bakteriophagen hatten keinen ausreichenden Erfolg erzielt.

Prophylaxe: Die wichtigste Maßnahme ist die Aufrechterhaltung eines hygienischen Umfelds durch Isolierung des Patienten. „Die Schutzimpfung hat bisher zu keinem überzeugenden Erfolg geführt.“⁶³

b) Amöbenruhr:

Definition: Diese Erkrankung kommt vor allen in (sub)tropischen Gebieten vor, vereinzelt jedoch auch endemisch in Deutschland. Erreger ist Entamoeba histolytica in vegetativer oder zystenform.

Symptome: Ähnlich der Bazillenruhr mit glasig-durchsichtigem Stuhlgang, durch Blutbeimischung auch himbeergeleeartig. Schwere Verlaufsformen können mit Geschwürbildung und Darmperforation einhergehen. Chronische Verläufe bzw. Rezidive sind nicht selten.
Eine schwere Komplikation stellen Leberabszesse dar durch Einschwemmung der Parasiten über die Pfortader in die Leber.
Die Prognose entspricht der der Bazillenruhr, die Letalität bei Auftreten von Leberabszessen liegt zwischen 30-50%.

Diagnostik: Typisch ist die Beschaffenheit der Stühle (himbeergeleeartig), die Diagnose wird gesichert durch den Nachweis von Amöben im Stuhl.

Therapie: Die Therapie ist zum einen symptomatisch (ausreichende Flüssigkeitssubstitution, Schonkost), zum anderen Gabe von Emetin⁶⁴, unterstützt durch Verabreichung von Yatren⁶⁵ oral oder auch als Klistier. Die Leberabszesse heilen vereinzelt unter Emetin aus, nach klinischem Befund kann eine chirurgische Intervention notwendig werden.

Prophylaxe: Wie so oft bei allen infektiösen Erkrankungen ist ein hygienisches Verhalten die oberste Maßnahme, um ein weiteres Ausbreiten des Erregers zu verhindern. Ferner sollte bei der Amöbenruhr auf strenge Vermeidung fäkal-oralen Kontakte geachtet werden.⁶⁶

⁶³ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 499ff.

⁶⁴ Ein Alkaloid, welches aus der Brechwurzel (Radix Ipecacuanhae) gewonnen wird.

⁶⁵ organisches Jodpräparat.

⁶⁶ Wolf, H. J. 1941. S. 502f.

Inzidenz der Ruhrerkrankungen

Insgesamt sind in den Krankenakten des Hauptlazarets selber nur drei Ruhrerkrankungen verzeichnet. In diesen Fällen handelt es sich um die bakterielle Ruhr, hervorgerufen durch Shigellen.

Diese Erkrankungen stehen jedoch nicht in örtlichem oder zeitlichem Zusammenhang, so dass durch die vorhandenen Krankenakten keine Epidemie belegt werden kann.

Die erste Aufnahme aufgrund einer Ruhrerkrankung fand am 12. Juli 1937 statt, ein 44-jähriger Strafgefangener aus dem Lager Börgermoor (I). Er wurde 32 Tage im Hauptlazarett behandelt, anschließend erfolgte die Rückverlegung in das Lager „zur Beobachtung“, d.h. es erfolgte wohl eine Übernahme in das dortige Lagerlazarett. Weiter findet sich der Aktenvermerk „moorunfähig“ und „Anstalt“, d.h. er wurde moorunfähig aus den emsländischen Strafgefangenenlagern entlassen und in seine ursprüngliche Haftanstalt zurückverlegt.

Der zweite Häftling mit einer Ruhrerkrankung wurde am 16. September 1938 in das Lazarett aufgenommen, der 35-jährige Häftling Leo R. wurde jedoch ebenfalls schon nach sieben Tagen auswärts verlegt. Das Herkunftslager zu diesem Patienten ist nicht bekannt.

Ein letzter stationär behandelter Fall einer Ruhrerkrankung wurde am 19. März 1942 aus dem Lager Brual-Rhede (Lg. III) aufgenommen, ein 44-jähriger Patient, welcher ebenso wie die anderen beiden moorunfähig zurück in das Ausgangslager zurückverlegt wird, dieser jedoch erst nach einer Verweildauer im Hauptlazarett von 77 Tagen.

Todesfälle infolge von Ruhrerkrankungen sind nicht verzeichnet.

Im Hauptlazarett sind keine weiteren Akten zu Ruhrerkrankungen vorhanden und es ergibt sich aufgrund des Aktenmaterials aus den Strafgefangenenlagern lediglich ein Hinweis auf eine endemische Ausbreitung:

„Arzt Lager VII [...] an Dr. Hillmann
Belegung 1800 Mann. Tägl Revierbestand 70 bettlägerige Kranke. Vom 30.3.42 bis 27.4.42 Isolierbaracke für 10 Ruhrkranke eingerichtet. Daneben durchschnittlich 170 Gefangene vorübergehend als nicht arbeitsfähig oder

schonungsbedürftig bezeichnet. Ein grosser Teil nicht krank, sondern entkräftet.“⁶⁷

Aus anderen Akten, nämlich denen des Gesundheitsamtes Aschendorf, zeigen sich weitere Hinweise auf Häufungen von Ruhrerkrankungen:

Ruhrepidemie 1942

Die erste Meldung über weitere Ruhrerkrankungen stammt vom 07.02.1942 aus dem Lager Aschendorfermoor (Lg. II). Das Gesundheitsamt Aschendorf tritt in Kontakt mit dem zuständigen Lagerarzt des Lagers II, Dr. v. Engelen:

„Nach einer heute hier eingegangenen Mitteilung des Med. Untersuchungsamtes in Münster ergab die Blutuntersuchung bei Max R. eine Flexna-Agg. 1:400+. Ich bitte um Übersendung der seuchenpolizeilichen Meldung. Ausserdem wäre ich für eine kurze Mitteilung über den Verlauf der Erkrankung sehr dankbar.
Amtsarzt.“⁶⁸

Aus einem Brief des Lagerarztes des Lagers Aschendorfermoor (Lg. II) an das zuständige Gesundheitsamt (Krs. Aschendorf-Hümmling) vom 09.02.1942 wird über Gefangene berichtet, die „das klinische Bild einer Ruhr boten“:

Im Dezember vorigen Jahres wurden von den Gefangenen [aufgeführt sind die Namen neun Gefangener, JJ] [...] Excremente an das Staatl. Untersuchungsamt in Münster eingeschickt. Die Befunde kamen in allen Fällen als negativ zurück. Alle Gefangnen haben sich bei subtilster Pflege bis auf einen – Sch. – völlig erholt, bezw. gebessert, sodass mit völliger Ausheilung zu rechnen ist. Der obenaufgeführte Strafgefangene Sch. starb trotz Behandlung innerhalb kürzester Frist.[...]

Es gingen durch stationäre Behandlung an sich noch viel mehr Fälle von ungeklärten ‚Darmkatarrhen‘, von denen durchaus die Möglichkeit besteht, dass es sich auch bei diesen schnell und überaus günstig verlaufenen, kleinen Durchfällen vielleicht um abortive Ruhrfälle gehandelt haben kann.

Im Augenblick erscheint diese endemische Ruhrwelle im Lager II [Aschendorfermoor] eingedämmt. Weitere Erkrankungsfälle sind nicht bekannt.
[gez.] v. Engelen, Lagerarzt“⁶⁹.

⁶⁷ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 49. Beiakte 4. Bl. 54.

⁶⁸ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

⁶⁹ Ebd.

Bei den bisherigen Erkrankungen in den Lagern scheint es sich nur um abortive Fälle der Ruhrerkrankung gehandelt zu haben, die keine größere Endemie oder gar Epidemie nach sich zogen. Aus dem weiteren Verlauf des Briefwechsels zwischen den Lagern und der Verwaltung des Regierungsbezirkes ist jedoch ersichtlich, dass es tatsächlich auch zu einer Ruhrendemie in den Lagern gekommen war.

In einem Brief des Amtsarztes des Gesundheitsamtes Aschendorf an den Regierungspräsidenten Osnabrück vom 21.03.1942 heißt es:

„Epidemisches Auftreten von Ruhrerkrankungen im Strafgefangenenlager V Neusustrum [...]

Die gestern angestellten Ermittlungen im Strafgefangenenlager V haben ergeben, dass die ersten Durchfallserscheinungen am 4. März aufgetreten sind.

Es meldete sich zunächst ein Pole mit schweren Krankheitserscheinungen, hohem Fieber und blutigen Durchfällen krank. Wie alle Darmkranken wurde dieser sofort in einem gesonderten Saale isoliert. Die erforderlichen Desinfektionsvorschriften sind weitgehend beachtet worden.

In den folgenden Tagen meldeten sich noch weitere Polen krank. Auch diese wurden sofort isoliert. Die Zahl der Erkrankten betrug bis zum 19.3. 13. Alle wiesen die gleichen schweren Krankheitserscheinungen mit rapidem Verlauf auf. Die ersten fünf Erkrankten kamen nach wenigen Tagen ad exitum.

Der Ursprung der Infektion konnte bisher nicht eindeutig festgestellt werden. Auffallend ist, dass die ersten Erkrankungen unmittelbar nach Auftreten des Tauwetters in Erscheinung treten[!].“⁷⁰

Die Ursache der Endemie ist unklar. In verschiedenen Mutmaßungen versucht der Amtsarzt, Ursachen für das Auftreten der Erkrankungen zu finden:

„Verschiedene Beobachtungen weisen daraufhin, dass einer der Erkrankten Speiseabfälle aus einer Abfalltonne gegessen hat.

Mehrere Erkrankte sollen einige Tage zuvor heimlich rohe Lupinen gegessen haben.

Andere Erkrankte behaupten wiederum, sie hätten einige Tage zuvor ‚rote Beete‘ zu sich genommen, die gefroren⁷¹ waren und angeblich schlecht gewesen sein sollen. Im Anschluss daran hätten sich die ersten Krankheitserscheinungen eingestellt.

⁷⁰ Bericht des Amtsarztes vom 21.03.1942 an den Regierungspräsidenten Osnabrück.

Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

⁷¹ Rudolf Tidow berichtet in seiner Arbeit „Kälteschäden des Magendarmkanals unter besonderer Berücksichtigung der Auskühlung“ über Soldaten, welche nach Aufnahme kalter bzw. gefrorener Nahrung unter ausgeprägten enterokolitischen Krankheitsbildern litten. Zudem beschreibt er, dass „gerade bei Ruhrkranken [...] der unheilvolle Einfluß von Kälteschäden auf den Krankheitsablauf klar zutage“ liege.

Tidow, R. Kälteschäden des Magendarmkanals unter besonderer Berücksichtigung der Auskühlung. Münchener Medizinische Wochenschrift. München. 90/1943. S. 598.

Es ist meiner Ansicht nach nicht wahrscheinlich, dass die Epidemie durch die vorgenannten Umstände verursacht sein könnte. Vielmehr glaube ich, dass mit einem neuen Transport, der im Lager unterbracht wurde, ein Bazillenträger aufgenommen worden ist, der den Ausbruch der Krankheit verursacht hat.

Es sind in den letzten Wochen verschiedentlich neue Einlieferungen in das Lager erfolgt. Vor 5 Tagen wurde ein neuer Transport von etwa 200 deutschen Sicherungsverwahrten im Lager eingeliefert, die vorher im Lager IV untergebracht waren. Von diesen meldeten sich gestern am 20. 3. – 23 Gefangene mit Darmerscheinungen krank. Zu diesen gesellten sich noch 2 polnische Gefangene und 3 Juden, sodass sich die Gesamtzahl der Erkrankten, einschliesslich Verstorbenen, bis gestern abend auf 41 belief. Heute morgen waren noch 3 neue Zugänge zu verzeichnen.⁷²

Als Folge dieser Erkrankungen wurde, nach Absprache mit dem zuständigen Lagerarzt, eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet:

„Die Schwerkranken – bis gestern abend 8 – wurden von den Leichtkranken gesondert untergebracht.

[...]

- 1.) Sofortige Sperrung des gesamten Lagers.
- 2.) Verschärfte Trennung zwischen dem inneren Lager (hinter dem Draht) und dem äusseren Lager (vor dem Draht).
- 3.) Einrichtung einer strengen Händedesinfektion in sämtlichen Toiletten des äusseren und inneren Lagers. Eingehende Aufklärung aller Lagerinsassen über das Wesen der Ruhrerkrankung und die Notwendigkeit einer peinlichen Desinfektionshaltung.
- 4.) Fortlaufende Entweesung[!] der Ausscheidungen von den Kranken und Krankheitsverdächtigen. Sämtliche Ausscheidungen werden nach entsprechender Vorbehandlung mit Chlorkalk an einer Stelle ausserhalb des Lagers vergraben.
- 5.) Besondere Überwachung der Wasserentnahmestellen.
- 6.) Fortlaufende Kontrolle des gesamten Küchenpersonals. Wiederholte bakteriologische Stuhl und Urinuntersuchungen.
- 7.) Schutzimpfung des Pflegepersonals.

Alle übrigen erforderlichen Maßnahmen, wie laufende Desinfektion am Krankenbett usw. waren bereits im Einzelnen getroffen.⁷³

⁷² Bericht des Amtsarztes an den Regierungspräsidenten Osnabrück v. 21.03.1942. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

⁷³ Ebd.

Suhr gibt für das Jahr 1942 sogar eine Quarantäne aller Emslandlager aufgrund der Ruhrerkrankungen an.⁷⁴

Ferner geht der damalige Leiter des Gesundheitsamtes Aschendorf, Amtsarzt Dr. Jonas, davon aus, dass die o.g. Fälle erst den Beginn einer größeren Welle von Ruhrerkrankungen darstellen, denn er führt im Weiteren aus:

„Es muss damit gerechnet werden, dass noch weitere Erkrankungsfälle auftreten. Ich habe mit dem Lagerarzt, Reg. Med. Rat. Dr. Orth, vereinbart, dass er mich fortlaufend über den Stand der Erkrankungen unterrichtet.“⁷⁵

Zudem gibt er an: „Bakteriologisch geklärt ist bisher 1 Krankheitsfall. Zahlreiche Untersuchungsergebnisse stehen noch aus.“

Etwas später berichtet er im selben Brief zur Ruhrepidemie im Lager Neusustrum über ihm gestern zu Ohren gekommene, vermeintliche Fälle von Ruhrerkrankungen, auch in einem weiteren Lager:

„Heute nachmittag wird mir fernmündlich mitgeteilt, dass auch im Lager III (Rhede) 2 Ruhrerkrankungen aufgetreten sind. Es handelt sich um 2 Gefangene, die vor einigen Tagen aus dem Lager VII nach Lager III überführt worden sind. Wie die Gefangenen angeben, sollen sie schon längere Zeit an schweren Durchfällen leiden. Ich habe bei einer heute nachmittag vorgenommenen Besichtigung des Lagers die Verhältnisse überprüft und mit dem Lagerarzt eine Reihe Abwehrmassnahmen getroffen, um einer weiteren Ausbreitung der Krankheit von vornherein vorzubeugen. Da das Vorliegen einer Ruhrerkrankung noch nicht eindeutig erwiesen ist, haben wir vorläufig von der Sperrung des Lagers abgesehen. Die Erkrankten wurden in einer besonderen Baracke einwandfrei isoliert.“⁷⁶

Zum Schluss des Briefes führt er aus, dass keine Veranlassung besteht, einen größeren Ausbruch der Erkrankung zu befürchten: „Da die Läger[!] weit ab von menschlichen Behausungen liegen, liegt eine unmittelbare Gefahr für die Zivilbevölkerung vorläufig nicht vor. Weiterer Bericht folgt.“⁷⁷

⁷⁴ Suhr, E. 1985. S. 130.

⁷⁵ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ Ebd.

Wie bereits oben erwähnt, wurden die o.g. Maßnahmen allein aufgrund des klinischen Bildes der erkrankten Häftlinge durchgeführt, lediglich in einem Falle war ein bakteriologischer Nachweis einer Ruhrerkrankung möglich.

Hierbei ist zu beachten, dass die bakteriologische Sicherung der Diagnose nicht einfach ist, da die Keime „nur in den ersten Tagen der Erkrankung“ im Stuhl nachweisbar sind:

„Im versandten Stuhlmaterial gehen sie so rasch zugrunde, dass man schon Stuhl frisch am Krankenbett auf die Kulturplatte austreichen muß, wenn man Erfolg haben will. Schon im ersten Weltkrieg hat man sich daher mit Stichproben begnügt und erkannte eine Ruhrepidemie als solche an, wenn der bakteriologische Nachweis auch nur in Einzelfällen gelungen war.“⁷⁸

„Die Bakteriologie spielt für die Ruhrdiagnostik eine ganz untergeordnete Rolle. Aehnlich wie bei der Diphtherie ist auch hier der klinische Befund allein für unser therapeutisches Handeln maßgebend.“⁷⁹

„Die akuten Durchfallerkrankungen der Sommermonate erweisen sich in der Regel als Ruhrfälle (Flexner-Ruhr), besonders wenn sie mit zahlreichen Stuhlentleerungen einhergehen, die, in wässriger Form, Blut und Schleim enthalten. An diese Auffassung kann und soll man sich ruhig halten, auch wenn aus äußeren Gründen häufig nicht möglich ist, Stuhlproben zur bakteriologischen Untersuchung oder Blut zur Anstellung der Gruber-Widal-Reaktion einzuschicken, um dadurch die klinische und epidemiologische Diagnose Ruhr zu erhärten. [...]

Nach neueren Auffassungen (Holler u.a.) sollen jedoch auch die leichten Diarrhöen Ruhrfälle leichter Art darstellen.“⁸⁰

Am 26.03.1942 gibt Dr. Jonas in einem weiteren Schreiben an den Regierungspräsidenten in Osnabrück einen Überblick über den Verlauf der Endemie. Hierbei gibt er an, dass bisher 41 Häftlinge an Ruhr erkrankt gemeldet wurden, in der vergangenen Woche seien darüber hinaus 22 weitere Häftlinge erkrankt, diese Angabe erfolgt jedoch ohne Nennung des Lagers.

„Die Mehrzahl der Erkrankten bzw. Krankheitsverdächtigen zeigt nur leichtere klinische Erscheinungen, abgesehen von den Zuersterkrankten 15 poln. Strafgefangenen, bei denen die Krankheit unter schwer toxischen Erscheinungen verläuft, bzw. verlaufen ist.“⁸¹

⁷⁸ Rodenwaldt, E. Die Ruhr im Kriege. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 65.2/1939. S. 1680.

⁷⁹ Jacobi, J., Dörschel, W. Beobachtungen in einem Ruhrlazarett Sommer 1942. Münchener Medizinische Wochenschrift. 90/1943. S. 440ff.

⁸⁰ Bühler, F., Grimm, K. „Zur Behandlung der Durchfallkrankheiten im Felde. Medizinische Klinik. 39/1943. S. 610.

⁸¹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

Die Gesamtzahl der an Ruhr verstorbenen Häftlinge belief sich bis dato auf insgesamt sechs Gefangene.

„Die Lagersperre bleibt noch unumschränkt bestehen. Ebenso sind die vor 6 Tagen getroffenen Massnahmen im einzelnen noch verschärft worden. Über das Lager hinaus ist bisher noch keine Erkrankung in Erscheinung getreten. Auch die Wachmannschaften des Lagers sind bisher von Ansteckungen verschont geblieben.

In Lager III (Rhede) sind bisher ausser den 2 gemeldeten Erkrankungsfällen keine weiteren Erkrankungen mehr aufgetreten.“⁸²

Es muss sich somit bei den geschilderten Erkrankungen und Maßnahmen weiter um das Lager Neusustrum (Lager V) handeln.

Auch in anderen Lagern des Emslandkomplexes sind Ruhrerkrankungen aufgetreten, jedoch ist zu diesen nur wenig Schriftmaterial vorhanden. In den Akten des Gesundheitsamtes Aschendorf finden sich jedoch Meldungen über Ruhrerkrankungen verschiedener Häftlinge. Diese erfolgten auf Verdacht und stellten sich teilweise im Rückblick nur als Verdachtsfälle dar.⁸³

Nach diesen (wohl nur fragmentweise) erhaltenen Meldungen an das Gesundheitsamt erkrankten im Lager Aschendorfermoor (Lager II) 10 Häftlinge an Ruhr, wobei einer verstarb. Aus dem Lager Brual-Rhede (Lager III) sind eine Erkrankung; aus Walchum (Lager IV) vier Erkrankungen, darunter ein Todesfall; dem Lager Neusustrum (Lager V) ein Todesfall; aus Esterwegen (Lager VII) 13 Erkrankungen vermeldet.

In einer bereits oben erwähnten Beiakte zu den Prozessakten gegen den Kommandeur der Emslandlager, Werner Schäfer, findet sich eine Notiz des Lagerarztes Lager VII an Dr. Hillmann vom 03.06.1942:

„Belegung 1800 Mann. Tägl Revierbestand 70 bettlägerige Kranke. Vom 30.3.42 bis 27.4.42 Isolierbaracke für 10 Ruhrkranke eingerichtet. Daneben durchschnittlich 170 Gefangene vorübergehend als nicht arbeitsfähig oder schonungsbedürftig bezeichnet. Ein grosser Teil nicht krank, sondern entkräftet.“⁸⁴

⁸² Ebd.

⁸³ Die Ruhr gehörte und gehört zu den meldepflichtigen Krankheiten, bei denen bereits bei Verdacht auf eine Erkrankung eine Meldung an das zugehörige Gesundheitsamt vorgeschrieben war.

⁸⁴ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 49. Beiakte 4. Bl. 54.

Der hier angegeben Zeitraum entspricht in etwa dem Zeitraum, in denen die Endemie im Lager Neusustrum stattfand (Februar bis April 1942).

Bemerkenswert ist weiter, dass bei den bereits o.g. 13 Meldungen aus dem Lager Esterwegen 10 dieser Meldungen in einem Zeitraum vom 29.05.1942 – 14.06.1942 datiert sind, als also schon die Endemie-Welle im Lager Neusustrum abgeebbt war und bereits durch den Amtsarzt eine teilweise Freigabe des Lagers erfolgte. So heißt es in einem Bericht des Dr. Jonas in einer Zusammenfassung über den Verlauf der Ruhrerkrankungen vom 10.04.1942:

„Vom 4.3.1942 bis heute sind Im Strafgefangenenlager V an Ruhr bzw. Durchfallserkrankungen erkrankt:

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 49 deutsche Strafgefangen | davon 1 verstorben |
| 33 polnische Strafgefangene | davon 8 verstorben |
| 9 Juden | bisher keine Todesfälle |
| <hr/> | |
| insgesamt 91 | |

In den letzten 8 Tagen sind nur noch vereinzelte Neuerkrankungen aufgetreten.“⁸⁵

Auch über die übrigen Lager, in denen Ruhrerkrankungen aufgetreten sind, wird weiter berichtet:

„In Lager IV [Walchum] befinden sich noch 11 Kranke, ebenfalls alle beschwerdefrei. Bisher sind von diesen nur 2 einwandfrei als Ruhrerkrankungen geklärt worden. Im Strafgefangenenlager III in Rhede sind in der Zwischenzeit keine weiteren Erkrankungsfälle mehr in Erscheinung getreten.“⁸⁶

Anschließend wird erstmalig und auch wohl einmalig im Aktenmaterial aufgezeigt, welche Konsequenzen die Sperrung eines Lagers trägt:

„Dringende Aussenarbeiten, vor allem die Feldbestellung, der Abtransport von ca. 10 000 Ztr. Kartoffeln und andere wichtige Aufträge machen, nachdem sich die Seuchelage des Lagers deutlich gebessert hat, eine Lockerung der vor 3 Wochen getroffenen Absperrmaßnahmen dringend notwendig.“

⁸⁵ Der Brief ist an den Regierungspräsidenten Osnabrück sowie nachrichtlich an den Kommandeur der Strafgefangenenlager und den Landrat gerichtet.
Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

⁸⁶ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 413.

Ich habe in den letzten Wochen verschiedentlich die Verhältnisse im Lager eingehend überprüft und gestern auf Wunsch des Kommandeurs eine Besprechung mit dem Leiter des Hauptlazarets, Reg. Med. Rat Dr. Hillmann, mit dem Lagervorsteher und mit dem Lagerarzt, Reg. Med. Rat Dr. Orth, wegen der weiteren Massnahmen abgehalten. Es wurde bei dieser Gelegenheit festgestellt, dass 3 Barackenunterkünfte im Lager bisher völlig seuchenfrei geblieben sind. In einer Baracke sind bisher nur 2 Erkrankungen aufgetreten, von diesen die letzte[!] vor 20 Tagen. Bei den Insassen dieser 4 Baracken waren bei täglichen Kontrolluntersuchungen keine verdächtigen Erscheinungen festzustellen. Es handelt sich um die Baracke 1, 4, 6 und 7.

Um die Gefangenen dieser 4 genannten Baracken für den Arbeitseinsatz baldmöglichst freizubekommen, wurde angeordnet, dass deren Unterbringung in den Baracken 1-4 sofort durchgeführt wird. Eine vorherige gründliche Desinfektion der Baracke 2 und 3 wurde hierbei zur Bedingung gemacht.

Die 4 Baracken liegen unmittelbar neben dem Lagereingang und werden vorläufig von dem übrigen Lager abgesperrt werden. Auf diese Weise können rund 500 Mann für die dringend notwendigen Aussenarbeiten eingesetzt werden, ohne dass eine Weiterverbreitung der Seuche zu befürchten ist.

Für die Arbeitsstätte der Gefangenen außerhalb des Drahtes wurden noch besondere Anordnungen über Stuhl- und Urinbeseitigung, Händedesinfektion usw. getroffen.⁸⁷

Ab wann eine vollständige Aufhebung der Lagersperre erfolgte, ist weder aus dem Aktenmaterial des Gesundheitsamtes noch dem der Strafgefangenenlager ersichtlich.

⁸⁷ Ebd.

4.1.1.3 Typhus / Paratyphus

Definition: Typhus bzw. Paratyphus ist eine durch das „Bacterium typhi“ bzw. „Paratyphusbazillen“⁸⁸ hervorgerufene Krankheit. Der Übertragungsweg ist ausschließlich oral, überwiegend indirekt durch fäkal verunreinigtes Wasser, Milch, Milchprodukte und andere Lebensmittel. Schmierinfektionen spielen eine untergeordnete Rolle.

Symptome: Nach der Inkubationszeit beginnt die Krankheit mit den typischen Symptomen Mattigkeit, Kopfschmerz, treppenförmiger Fieberanstieg mit nach ca. acht Tagen bestehender Kontinua zwischen 39°C und 40°C, die u.U. wochenlang anhalten kann; relativer Bradykardie, Milzschwellung und Wesensveränderungen sind möglich von Apathie bis hin zum Coma. Obstipationen können im Wechsel mit Diarrhöen auftreten, ebenso zeigen sich typ. Hautveränderungen (Typhusroseolen). Infektionen durch Salm. paratyphi verlaufen in der Regel leichter.

Diagnostik: Wichtig ist eine Frühdiagnose des Typhus, deswegen sollte bereits bei Verdacht auf diese Erkrankung mit einer entsprechenden Therapie begonnen werden. Wichtige Hinweise sind: hohe Temperaturen bei niedriger Pulsfrequenz, Typhuszunge, Milzvergrößerung, Roseolen an Brust und Bauch. Der Nachweis erfolgt durch direkten Nachweis der Bakterien im Stuhl oder auch im Blut oder aber serologisch durch die sog. Gruber-Widal-Reaktion.

Verlauf: Gefährlich sind vor allem die auftretenden Komplikationen wie Darmblutung, Darmperforation, Milzruptur und Meningitis. Auch Cholecystitiden und Hepatitiden wurden beobachtet. Durch eine Bakteriämie können Fokalinfektionen auftreten (Osteomyelitis, Abszesse, Glomerulitis oder Harnwegseteiligung). Die Gesamtleitlät beträgt ca. 15%.
Nach Abklingen der akuten Erkrankung können Patienten weiterhin Typhusbazillen ausscheiden (sog. Dauerausscheider).

Therapie: „Eine spezifische Therapie durch Heilsera, Bakteriophagen oder durch chemische Mittel ist nicht bekannt. Dagegen ist die Durchführung einer sorgfältigen symptomatischen, diätetisch-medikamentösen Therapie in vielen Fällen lebensrettend.“⁸⁹

Prophylaxe: Wichtig ist die Isolierung des Patienten und sorgfältige Hygiene. Bei Dauerausscheidern ist eine Cholecystektomie zu erwägen (die Galleflüssigkeit stellt einen guten Nährboden für die Bakterien dar).⁹⁰

⁸⁸ Wolf, H. J. 1941. S. 490 u. 496. Diese beiden Bakterien gehören zur Gruppe der Salmonellen, der heutige Name der Erreger lautet Salmonella typhi bzw. Salmonella paratyphie.

⁸⁹ Ebd. S. 494.

⁹⁰ Vgl. Ebd. S. 490ff.

Heutzutage ist eine antibiotische Therapie des Typhus gut möglich durch Chinolone (Ciprofloxacin oder Ofloxacin). Die Letalität konnte hierdurch von ehemals >15% auf unter 2% gesenkt werden.⁹¹

Inzidenz der Typhus-/Paratyphuserkrankungen

Im Hauptlazarett Papenburg sind in der Zeit zwischen 1934 und 1945 insgesamt 19 Häftlinge aufgrund einer Typhus- bzw. Paratyphus-Erkrankung behandelt worden.

Allesamt wurden durch serologische bzw. mikrobakterielle Untersuchungen bestätigt, d.h. es handelte sich in diesen Fällen um nachgewiesene Erkrankungen durch die Erreger „Salmonella typhi“ und „Salmonella paratyphi“

Davon abzugrenzen sind die typhusähnlichen Erkrankungen, die zahlreich in den Lagern aufgetreten und in den Akten mit der allgemeinen Diagnose „gastrointestinaler Infekt“ sowie „Katarrh“ dokumentiert sind. Zumeist wurden diese „banalen“ gastrointestinalen Infekte im Lagerlazarett behandelt und nicht im Hauptlazarett.

Bei den im Hauptlazarett behandelten Fälle der gastrointestinalen Infekte dürfte es sich somit um schwerwiegendere Fälle handeln oder sie sind unter der Verdachtsdiagnose einer Ruhr / Typhuserkrankung eingeliefert worden, welche sich dann jedoch im weiteren Aufenthalt nicht bestätigt hat.

Der erste Fall einer in den Lagern aufgetretenen Epidemie lässt sich anhand der Krankenakten und der Akten des Gesundheitsamtes Aschendorf aus dem Jahre 1936 festmachen:

Am 12.04.1936 wurde ein Häftling des Lagers Walchum (Lg. IV) in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert mit der Diagnose einer Paratyphus-B-Infektion. In den Akten findet sich jedoch kein Vermerk zu durchgeführten Isolationsmassnahmen.⁹²

⁹¹ Baenkler, H.-W. et. al. Kurzlehrbuch Innere Medizin. Stuttgart. 2007. S. 615.

⁹² Im Reichsgesundheitsblatt des Jahres 1935 findet sich ein „Typhus-Merkblatt“, in dem detailliert über die Erkrankung selber, Ausbreitung, klinischem Verlauf und Therapie sowie Krankheitsverhütung informiert wird. Insbesondere finden sich Verhaltensmaßregeln zur Isolation, Umgang mit Körperausscheidungen, Geschirr, Kleidung und Bettwäsche des Kranken sowie Verhaltensanordnungen für das Pflegepersonal und letztlich Anweisungen zur Schlußdesinfektion der Krankenzimmer. Vgl. Reichsgesundheitsblatt. Berlin 1935. S. 762ff.

In einer Kurznachricht vom 20[?].04.1936 [das Datum ist nicht eindeutig identifizierbar] an die Strafanstalt Anrath (die vorhergehende Strafanstalt des an Paratyphus B Erkrankten Häftlings W.) wurde die Erkrankung erstmalig im Schriftverkehr der Verwaltung aktenkundig:

„Der Strafgefangene Peter W. geb. am [...] ist am 25.III.1936 von dort nach hier (Lager 4 Walchum) überführt.

Am 10.IV.1936 ist W. an Paratyphus B erkrankt. Die Möglichkeit, daß W. die Infektion schon von dort mitgebracht hat kann nicht ausgeschlossen werden.

Gez. T., Medizinalrat“⁹³

Erstmals in Akten des Gesundheitsamtes erwähnt wurde die Typhuserkrankung am 23.04.1936; in einer Mitteilung berichtete der zuständige Landrat an das Aschendorfer Gesundheitsamt von der am Vortag (also am 22.04.1936) durchgeführten Desinfektion durch den Kreisdesinfektors C (welcher ihm dortige die Typhuserkrankung gemeldet hätte). Eine offizielle Meldung der Typhuserkrankung war noch nicht aktenkundig, so ersuchte der Landrat das Gesundheitsamt, da [ihm] „eine Anzeige von dort bislang nicht zugegangen ist, um Vorlage der Meldung und um Bericht über die zu treffenden Massnahmen.“⁹⁴

In einem Bericht des zuständigen Amtsarztes Medizinalrat Dr. Teigeler vom 2. Mai 1936 (somit 20 Tage nach Einlieferung des Patienten!) an die Zentralverwaltung der Strafgefangenenlager in Papenburg fasste er die Ereignisse zusammen:

„Der Strafgefangene Peter W. aus Lager 4 [Walchum] wurde am 12.4.36 unter der Diagnose ‚Akute Nierenentzündung‘ ins Hauptlazarett eingeliefert. Die Untersuchung hier ergab Verdacht auf Paratyphus, die sofort veranlasste Blut-, Stuhl- und Urinuntersuchung bestätigte denselben.

Das Lager wurde daraufhin gesperrt.

Die Sperre konnte schon nach einigen Tagen wieder aufgehoben werden, da ein neuer Fall nicht auftrat und durch Nachforschung nach der Ansteckungsquelle mit Sicherheit festgestellt werden konnte, dass diese nicht im Lager lag, dass vielmehr W. die Infektion entweder von der Anstalt Anrath mitgebracht oder sich unterwegs auf dem Transport zugezogen haben mußte.

W. ist nämlich erst am 25.III.36 von Anrath nach hier überführt worden. Anrath wurde benachrichtigt.“⁹⁵

⁹³ Eintrag in der Krankenakte des Strafgefangenen Peter W. Staatsarchiv OS, Rep. 947 Lin I. Nr. 332.

⁹⁴ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch. Nr. 400.

⁹⁵ Staatsarchiv OS, Rep. 947 Lin I. Nr. 332.

Bei diesem Brief handelte es sich um eine zusammenfassende Darstellung über in verschiedenen Lagern aufgetretene Typhuserkrankungen, da Teigeler fortfährt und über Ereignisse im Lager Oberlangen (Lg. VI) berichtet:

Am 27.4.36 wurde von Lager VI [Oberlangen] der Strafgefangene Wilhelm M. mit der Diagnose ‚Blinddarmenzündung‘ in das Hauptlazarett eingeliefert. M. wurde schon seit dem 21.4.36 in dem Revier Lager VI wegen hohen Fiebers, Durchfällen, Kopfschmerzen und Mattigkeit behandelt.

Auch bei diesem bestätigte die sofort vorgenommene Blut, Stuhl- und Urinuntersuchung die vermutete Diagnose Paratyphus.

Das Lager wurde daraufhin sofort gesperrt.

Vom gleichen Lager wurde am 29.4. der Strafgefangene Peter C. eingeliefert, bei dem gleichfalls Paratyphus festgestellt werden konnte.

Die Nachforschungen nach dem Ansteckungsherd sind noch im Gange. Bis zur einwandfreien Feststellung desselben muss das Lager noch gesperrt bleiben.⁹⁶

In ebendiesem Zeitraum standen auch im Lager Neusustrum (Lg. V) mehrere Strafgefangenen unter Typhusverdacht. Nach zwei Berichten des Preußischen Medizinischen Untersuchungsamtes in Münster vom 25.04.1936 und vom 27.04.1936 wurden insgesamt bei 16 Gefangenen serologische und mikrobiologische Untersuchungen auf Typhus und Paratyphus durchgeführt, diese waren jedoch sämtlich negativ.

Ein somit im Lager Neusustrum bestehender Verdacht auf eine Typhusepidemie konnte zu diesem Zeitpunkt (Ende April 1936) ausgeräumt werden. Bislang handelte es sich um die dokumentierten Typhuserkrankungen lediglich um Verdachts- bzw. Einzelfälle.

Eine gehäufte Ansammlung von infektiösen Erkrankungen trat jedoch in dem Lager Oberlangen auf:

Wie schon in dem oben erwähnten Brief des Dr. Teigeler an die Verwaltung der Lager in Papenburg wurden in einem Abstand von zwei Tagen (27.04.1936 und 29.04.1936) zwei Strafgefangene in das Hauptlazarett eingeliefert, bei denen jeweils eine Paratyphusinfektion festgestellt wurde.

Am 30.04.1936 erließ der „Leiter des Strafgefangenenlagers VI Oberlangen“ folgenden „Lager-Befehl“:

⁹⁶ Ebd.

„Wegen Ansteckungsgefahr ist das Betreten und Verlassen des Lagers lt. Anordnung des Medizinalrates Dr. Teigler[!] strengstens verboten. In besonders dringenden Fällen, z.B. Ordonansfahrer[!], Lagerarzt, Kommandeur und Stellvertreter ist besonders verfügt.

Lieferanten haben vor dem Tor zu halten und abzuliefernde Ware dort abzustellen.

Ich mache den Führer vom Dienst, den Zugführer vom Dienst und den Wachhabenden für genaueste Einhaltung vorbestehender Anordnung verantwortlich.“⁹⁷

In Folge wurden noch zwei weitere Häftlinge des Lagers Oberlangen in das Hauptlazarett Papenburg verbracht (am 01.05.1936 und am 05.05.1936). Ein weiterer Zugang mit einer Paratyphusinfektion stammte ebenfalls vom 05.05.1936, jedoch war hier keine Angabe zum Lager verzeichnet. Da zu diesem Zeitpunkt im Schriftverkehr der Lager kein Hinweis auf Typhuserkrankungen aus anderen Lagern bestand und aufgrund des engen zeitlichen Zusammenhangs ist ebenfalls von einem Zugang aus dem Lager Oberlangen auszugehen.

Insgesamt wurden somit 5 Strafgefangene des Lagers Oberlangen im Hauptlazarett Papenburg wegen Typhus behandelt.

Da nun in einem Lager vier (bzw. fünf) Fälle einer sich rasch ausbreitenden Infektionskrankheit aufgetreten waren, wurden Maßnahmen ergriffen. Der Landrat des Kreises Aschendorf-Hümmling schrieb am 06.05.1936 an das Strafgefangenenlager Oberlangen:

„Nach amtsärztlicher Feststellung sind im dortigen Lager 2 Erkrankungen [30.4.1936 und 1.5.36] an Paratyphus festgestellt worden. Die aus diesem Anlass vom Kreisarzt angeordneten Massnahmen und zwar:

- 1.) Sperrung des Lagers für jeden Verkehr.
- 2.) Umgebungsuntersuchung
- 3.) Aushändigung des Merkblattes ‚Allgemeinverständliche Belehrungen der Wachmannschaften über Paratyphus‘ an den Herrn Lagerleiter zur Belehrung der Wachmannschaften und Häftlinge.
- 4.) Sofortige Benachrichtigung des Lagerarztes bzw. Strafanstalts Med. Rats in Papenburg.

[...]

Die Desinfektion des Lagers wird bereits heute durch den Kreisdesinfektor C. erfolgen.

gez. Gronewald.“⁹⁸

⁹⁷ Staatsarchiv Osnabrück, Rep.947 Lin. I. Nr. 317.

⁹⁸ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch. Nr. 400.

Nach fünftägiger Quarantäne erfolgte somit am 06. Mai 1936 durch den Kreisdesinfektor eine Säuberung des Lagers.

Am selbigen Tag konnte die Isolierung des Lagers Oberlangen wieder aufgehoben werden, in einer Mitteilung an die Zentralverwaltung der Lager hieß es wie folgt:

„In Lager VI sind nach Umgebungsuntersuchungen die Strafgefangenen Otto W. und Peter I. als Bazillenträger ermittelt worden. Beide sind jetzt hier im Krankenhaus isoliert und kann nach Desinfektion des Lagers die Sperre mit dem heutigen Tage wieder aufgehoben werden.[!] Neuerkrankungen sind bisher nicht mehr vorgekommen. Bei den beiden an Paratyphus erkrankten Strafgefangenen Peter C. und Wilh M. aus Lager VI scheint die Erkrankung den normalen Verlauf zu nehmen, sie befinden sich jedoch noch in hoch fieberhaftem Stadium.“⁹⁹

Im Jahre 1936 traten noch vier weitere Paratyphus-Fälle in den Emslandlagern auf, die im Hauptlazarett Papenburg behandelt wurden.

Hierbei handelte es sich um Gefangene aus den Lagern Börgermoor (Lg. I) und Neusustrum (Lg. V). Die Einlieferungen erfolgten im Juli bis September 1936, wobei es sich, bedingt durch die Abstände der Einlieferung und deren Herkunftslager um Einzelfälle handelt, von einer Endemiekann daher nicht gesprochen werden.

In den Akten des Gesundheitsamtes finden sich jedoch Meldungen an das Gesundheitsamt aufgrund der Meldepflicht von (Para-)Typhuserkrankungen. Hier stammen drei Meldungen aus dem Lager Neusustrum (Lg. V), alle vom 26.07.1936.

Im Hauptlazarett ist in diesem Zeitraum nur ein Zugang des Lagers Neusustrum mit einer Paratyphuserkrankung zu verzeichnen, die Aufnahme erfolgte am 29.07.1936, eine zweite erst am 12.08.1936.

Zu diesen vier weiteren Erkrankungen finden sich weder im Schriftverkehr der Verwaltung noch in den Akten des Gesundheitsamtes nähere Angaben.

Im Spätsommer des Jahres 1939 kam es zu einem zweiten Ausbruch einer Typhusendemie. Am 11.08.1939 erfolgte die Aufnahme des 32 jährigen Strafgefangenen Karl S. aus dem Lager Börgermoor (Lg. I) unter der Diagnose eines Typhus. Insgesamt wurden bis zum 24.09.1939 neun an Typhus erkrankte Häftlinge aus dem Lager Börgermoor in das Hauptlazarett überwiesen.

⁹⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin.I. Nr. 322.

Bis zum 12.09.1939 finden nach dem vorhandenen Aktenmaterial jedoch keine Isolierungs- oder Desinfektionsmaßnahmen im Lager statt, lediglich die offiziellen Meldungen über ansteckende Krankheiten lagen dem Gesundheitsamt Aschendorf vor. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits 5 Häftlinge mit Typhuserkrankung in das Hauptlazarett überwiesen worden.

Erst mit der Erkrankung eines Wachtmeisters des Lagers Börgermoor (Lg. I) erging eine Meldung des Amtsarztes Leer am 12.09.1939 an den Regierungspräsidenten des Kreises Aurich¹⁰⁰:

„Betrifft: Meldung einer Erkrankung an Typhus.

Laut heutiger Mitteilung des Medizinaluntersuchungsamtes in Münster wurde im Blut des 32 jährigen Wachtmeisters Ernst K. aus Westrhauderfehn, [...] ein positiver Widal von 1:400 auf Typhus festgestellt.

Die sofortige Ermittlungen ergaben, dass K. Küchenchef des Lagers 1 in Börgermoor bei Papenburg (Kreis Aschendorf) ist. Er erkrankte Ende August 1939 mit Kopfschmerzen und Mattigkeit. In der 2. Krankheitswoche hatte er einen schweren blutigen Durchfall mit etwa 1 l dunkelroten Blutes. Der Stuhlgang sei seit Beginn der Krankheit immer durchfallartig gewesen. Das Fieber sei bis 39.5. gestiegen, hin und wieder habe er phantasiert. Er fühle sich jetzt sehr elend.[...] Weder im Haushalt noch in der Umgebung des K. seien ähnliche Krankheiten beobachtet worden. Im Haushalt K.s befindet sich seine Frau und ein fünfjähriges Kind. Vieh ist nicht vorhanden. Wasser wird nur der zementierten Regenwasserbacke entnommen.

Folgende Anordnungen wurden getroffen:

- 1.) Isolierung des Kranken im Kreiskrankenhaus Leer,
- 2.) Fortlaufende Stuhluntersuchungen bei Ehefrau und Kind,
- 3.) Schlussdesinfektion in der Wohnung,
- 4.) Abschrift dieses Berichts an das Gesundheitsamt Aschendorf.¹⁰¹

Handschriftlich war diesem Dokument durch Dr. Jonas, Amtsarzt des Kreises Aschendorf, hinzugefügt worden (am 13.09.1939):

„Unmittelbar nach Empfang mit dem Lagerarzt von Lager I [Börgermoor] fernmündlich Rücksprache genommen. Den Lagerarzt um sofortige Vornahme der Umgebungsuntersuchung und desinf. Maßnahmen gebeten.

Bisher sind bei niemand auf Typhus verdächtige Anzeigen zur Beobachtung gekommen.

Dr. Jonas.¹⁰²

¹⁰⁰ Der Wachtmeister wohnte in Westrhauderfehn, demzufolge war Leer das für ihn nächstgelegene bzw. nächstliegende geeignete Krankenhaus.

¹⁰¹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch. Nr. 400.

¹⁰² Ebd.

Hier bleibt unerwähnt, dass seit dem 11.08.1939 bereits 5 Häftlingen aus dem Lager Börgermoor in das Hauptlazarett Papenburg aufgrund von Typhuserkrankung überwiesen wurden.

Am selben Tag erging ein Schreiben des staatlichen Gesundheitsamtes des Krs. Aschendorf-Hümmling an den Lagerarzt Lager I, betreffend „Typhuserkrankungen des Wachtmeisters Ernst K., Westrhauderfehn, bisher Küchenchef im dortigen Lager.“

„[Ich bitte Sie], bei allen Personen, die sich in unmittelbarer Nähe des Erkrankten befunden haben, je 3 Stuhl- und Urinproben in 3 tägigen Abständen zur Untersuchung einsenden zu lassen. [...] Dann möchte ich sie noch bitten, die Schränke, Gegenstände u.s.w., mit denen K. in Berührung gekommen sein könnte, sofort einer gründlichen Desinfektion unterziehen zu lassen.“¹⁰³

Am 24.09.1939 erfolgte eine offizielle Unterrichtung des Regierungspräsidenten des Bezirks Osnabrück über die Typhuserkrankungen in den emsländischen Strafgefangenenlagern und der bisher durchgeführten bzw. noch andauernden Maßnahmen durch den Amtsarzt:

„Am 13. September 1939 wurde mir vom Staatlichen Gesundheitsamt in Leer schriftlich mitgeteilt, dass in Westrhauderfehn der 32 jährige Wachtmeister Ernst K., der als Küchenchef des Lagers I in Börgermoor tätig ist, an Typhus (Widal im Blut 1:400 +) erkrankt sei.

Ich habe unmittelbar nach Empfang dieser Mitteilung fernmündlich mit dem Lagerarzt von Lager I und später mit dem Leiter des Hauptlazarettes Med. Rat. Dr. Hillmann Rücksprache genommen und die zu treffenden Vorkehrungsmassnahmen angeordnet:

- 1.) Eingehende Umgebungsuntersuchungen und fortlaufende Kontrolle des gesamten Küchenpersonals.
 - 2.) Sofortige Sperrung und Abriegelung des gesamten Lagers für die Dauer von einer Woche
 - 3.) Eine gründliche Schlussdesinfektion wurde, nach dem bereits unmittelbar nach Bekanntwerden der Erkrankung der gesamte Küchenbetrieb gereinigt worden war, am 16.9. durch den hiesigen Gesundheitsaufseher durchgeführt.
- Heute früh gehen mir vom Med. Untersuchungsamt in Münster 5 neue Meldungen über Ty.-Erkrankungsfälle in Lager I zu. Es handelt sich um 5 Gefangene, von denen 3 bisher ausgesprochene klinische Erscheinungen haben. Nach Rücksprache mit dem Kommandeur der Strafgefangenenlager und dem Leiter des Hauptlazarettes, Med. Rat. Dr. Hillmann, wurden heute vormittag

¹⁰³ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 400.

sofort folgende Massnahmen getroffen:

- 1.) Sofortige Sperrung des gesamten Lagers, Urlaubssperre für die Angehörigen der Wachtruppe und sämtliche Beamte, Entlassungssperre für die in den nächsten 3 Wochen zur Entlassung kommenden Gefangene.
- 2.) Sofortige Überführung der Erkrankten und Erkrankungsverdächtigen auf die Gefangenenabteilung des Hauptlazarettes, auf der heute früh einwandfreie Isolierungsmöglichkeiten geschaffen wurden. (wie mir soeben fernmündlich mitgeteilt wird, sind die Erkrankten inzwischen aufgenommen worden)
- 3.) Nochmalige gründliche Schlussdesinfektion und Umgebungsuntersuchungen werden noch vorgenommen.
- 4.) Für die gesamte Lagerbelegschaft – Wachmannschaften und Gefangene (ca. 2000 Mann) ist eine Schutzimpfung angeordnet worden, die in den nächsten Tagen durchgeführt werden soll. Ausserdem wurde seitens der Zentralverwaltung in Erwägung gezogen, auch in den übrigen Strafgefangenenlagern eine prophylaktische Schutzimpfung vorzunehmen.
- 5.) Über das Lagerrevier, in dem die Erkrankten bisher untergebracht waren, wurde eine verschärfte Sperre verhängt. Neuaufnahmen werden, soweit sie nicht Ty.-verdächtige Erscheinungen zeigen, auf eine besondere Abteilung aufgenommen.

Über den Infektionsweg der Neuerkrankten konnten bisher noch keine Feststellungen gemacht werden. Ein unmittelbarer Kontakt mit dem im August erkrankten Küchenchef lässt sich nach den bisherigen Ermittlungen mit Sicherheit ausschliessen.¹⁰⁴

Somit sind erst nach knapp sechs Wochen nach Bekanntwerden einer Typhuserkrankung in den Strafgefangenenlagern erste Isolierungsmaßnahmen sowie Vorkehrungen zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Krankheit getroffen worden. Diesen Umstand selbst bemängelte der Amtsarzt Dr. Jonas in einem weiteren Schreiben vom Folgetag (25.09.1939) nach Bekanntwerden einer weiteren Erkrankung:

„Nach meinen heute früh im Lager I getroffenen Feststellungen handelt es sich ebenso wie bei den gestern gemeldeten 5 Fällen um Strafgefangene, die seit einiger Zeit – der Erkrankte bereits seit 6 Wochen – im Lagerrevier untergebracht sind. Eine Absonderung war bisher unverständlicherweise nicht durchgeführt. Die von dem Kranken bisher belegte Revierstube war während der 6 Wochen auch von anderen Kranken fortlaufend bezogen worden, sodass mit der Möglichkeit gerechnet werden muss, dass noch mehr Erkrankungen folgen werden. Ich habe [...] über die betreffende Revierstube mit sämtlichen sonst noch darin befindlichen Personen sofort eine strenge Quarantäne verhängt.
[...]

¹⁰⁴ Ebd.

K. versorgte ausschließlich die Beamten und Wachmannschaften des Lagers in einer ausserhalb der Lagerumzäunung gelegenen Küche, während die Gefangenen sämtlich durch eine innerhalb des Drahtes gelegene besondere Küche gepflegt werden. Beide Küchenbetriebe arbeiten unabhängig voneinander, sodass die Frage einer direkten Kontaktinfektion zwischen dem Küchenchef und dem jetzt erkrankten Gefangenen mit ziemlicher Sicherheit verneint werden muss.

[...]

Die ordnungsgemässe Verbreitung und Beseitigung der Ausscheidungen von den Revierinsassen wurde geregelt. Ebenso wurde die Entleerung sämtlicher Lagerabortgruben den Vorschriften entsprechend angeordnet. Für die Wachmannschaften und Lagerinsassen wurden fortlaufende gründliche Händedesinfektion angeordnet. In jeder Baracke und jeder Abortanlage sind Schüsseln mit Desinfektionsmitteln bereits aufgestellt worden.¹⁰⁵

Es liefen zusätzlich weitere Schritte an (Trinkwasseruntersuchungen und Screenings auf epidemische Darmerkrankungen), die am 26.09.1939 durch den Amtsarzt angeordnet wurden:

„[Ich bitte], sofort eine bakteriologische Trinkwasseruntersuchung durch das Staatl. Med. Untersuchungsamt in Münster im Lager I. veranlassen zu wollen.

Ausserdem bitte ich, für sämtliche Lager Ihres Verwaltungsbereiches folgende Anordnungen zu erlassen:

1. Bei dem gesamten Küchenpersonal sind in Zukunft 2 mal monatlich Stuhl- und Urinproben zur bakteriologischen Untersuchung auf Typhus, Paratyphus und Ruhr an das Staatl. Med. Untersuchungsamt in Münster einzusenden
2. Das Bedienungspersonal der Wasserversorgungsanlagen ist jährlich 2 mal in der gleichen Form zu untersuchen
3. Sämtliche, in den vorgenannten Betrieben neu eintretende Personen (einschl. Gefangene), sind vor der Einstellung einer gründlichen Untersuchung auf bakterielle Darmerkrankungen, Typhus, Paratyphus und Ruhr, zu unterziehen.¹⁰⁶

Angaben über die Durchführung der Schutzimpfungen, sowohl für die Wachmannschaften als auch die Strafgefangenen, wie vom Amtsarzt am 24.09.1939 angeordnet, finden sich nicht im Aktenbestand.

Diese Schutzmaßnahmen dürften immense Kosten nach sich gezogen haben, (alleine im Lager Börgermoor befanden sich zu diesem Zeitpunkt 2000 Gefangene). In Erwägung gezogen wurde seitens der Zentralverwaltung ebenfalls eine „prophylaktische

¹⁰⁵ Ebd.

¹⁰⁶ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 400.

Schutzimpfung“ in den übrigen Strafgefangenenlagern vorzunehmen.¹⁰⁷

Das Gesundheitsamt Aschendorf hatte auf Anfrage des Grenzwachtabchnittes Lingen über „kurze, regelmäßige Benachrichtigungen über den jeweiligen Stand der ansteckenden Krankheiten“ zu berichten. Darin hieß es in einem Schreiben vom 16.10.1939:

„Ich möchte noch nachträglich bemerken, dass seit 3 Wochen im Strafgefangenenlager I Börgermoor eine im allgemeinen harmlos verlaufende Typhus-Epidemie herrscht, bei der bisher ein Todesfall zu verzeichnen war. Die Zahl der bisher Erkrankten bzw. Erkrankungsverdächtigen beträgt bis heute 28. Durch unmittelbar nach Bekanntwerden der ersten Erkrankungen getroffenen durchgreifenden Massnahmen konnte erreicht werden, dass der Herd auf die Strafgefangenen in Lager I beschränkt blieb.

Nach bisherigen Feststellungen ist zu erwarten, dass die Epidemie auf das Lager beschränkt bleibt und mit harmlosen Verlauf bald wieder abklingen wird. Sonstige Ty.-Erkrankungen wurden im Kreise seit Monaten nicht mehr festgestellt.“¹⁰⁸

Nach einem Schreiben des Regierungs-Medizinalrates Teigeler vom 19.10.1939 sollte die Isolierung des Lagers Börgermoor am 24. Oktober 1939 aufgehoben werden:

„Nachdem im Lager I am 4. ds. Mts. der letzte Typhusfall festgestellt wurde, kann die Quarantäne über die Gefangenen nach Rücksprache mit dem staatl. Gesundheitsamt voraussichtlich am 24.10. aufgehoben werden.“¹⁰⁹

¹⁰⁷ In einer zeitgenössischen Arbeit aus dem Jahre 1936 wird nach einer Paratyphusepidemie in einer Ortschaft, die in zeitlichen und örtlichen engen Zusammenhang mit Paratyphuserkrankungen in einer nahe gelegenen „Provinzial-Irrenanstalt“ auftraten, über Impfungen gegen Paratyphus bei Insassen und Mitarbeitern berichtet mit dem Ergebnis, dass nach den Impfungen keine Krankheitsfälle mehr aufgetreten seien. Auslöser der Epidemien war der Zusammenhang zwischen der Trinkwasserversorgung der Gemeinde aus zwei unterschiedlichen Quellen, wobei eine Quelle wohl bei ungünstigen Umständen (starke Regenfälle o.ä.) durch das Abwassersystem der Anstalt kontaminiert wurde.

Vgl. Bruns, H. Paratyphuserkrankungen durch Verseuchung einer Quellwasserleitung. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes. XLVII. Band – 6. Heft. Berlin 1936.

¹⁰⁸ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630. Nr. 418.

Man beachte hier die Relativierung des Verlaufs: Zum einen wurde in dem Bericht von Mitte Oktober behauptet, die Epidemie bestünde seit ca. 3 Wochen, tatsächlich erfolgte die Erstaufnahme eines Strafgefangenen unter Typhusverdacht am 11.08.1939. Ferner wurde betont, dass „unmittelbar nach Bekanntwerden“ die ersten durchgreifenden Maßnahmen durchgeführt wurden, was auch nicht der Wahrheit entspricht, erste Maßnahmen wurden am 12.09.1939 ergriffen.

¹⁰⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin. I. Nr. 638. Kurzmeldung des Regierungs-Medizinalrates Hillmann an den Kommandeur der Strafgefangenenlager vom 19.10.1939.

Doch bereits zwei Tage später, am 21.10.1939, traf eine Eilmeldung des Gesundheitsamtes Aschendorf in das Hauptlazarett ein mit der Bitte, auf Veranlassung des Regierungspräsidenten, bei betroffenen Patienten nochmals Stuhl- und Urinuntersuchungen vorzunehmen, wohl in Sorge um ein erneutes Aufflackern der Epidemie.

Wann nun eine Aufhebung der Lagerquarantäne erfolgte, ist weder aus dem Aktenmaterial des Gesundheitsamtes noch aus dem der Lagerverwaltung ersichtlich.

In den Akten des Gesundheitsamtes wird weiter über Typhuserkrankungen berichtet, welche nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den Emslandlagern stehen, aber dennoch Bezug auf das Lager Brual-Rhede (Lager III) und Neusustrum (Lager V) nehmen:

Im August 1938 traten mehrere Fälle von Paratyphuserkrankungen in zwei Familien aus dem Ort Sustrum Moor auf. Diese waren wohnhaft in einem Zollhaus, welches sich in der Nähe des Lagers Neusustrum (Lg. V) befand.

Zunächst litten zwei Kinder unter typhusähnlichen Symptomen (Durchfall, Fieber), eines dieser Kinder verstarb infolge der Erkrankung. Anschließend erkrankten beide Elternteile mit gleichen Symptomen. Es sind bakteriologische Untersuchungen durchgeführt worden, welche sich jedoch in Bezug auf Typhus bzw. Paratyphus als negativ erwiesen.

In einem Brief aus dem Gesundheitsamt Aschendorf an den Regierungspräsidenten Osnabrück vom 19.08.1939 lautete es:

„Trotz des negativen bakteriologischen Untersuchungsergebnisses muß nach dem klinischen Bild die Diagnose einer paratyphösen Erkrankung gestellt werden.[...] Die Ermittlungen nach Infektionsquellen waren bisher ergebnislos.[...]

Die erkrankten Kinder hielten sich während der in diesen Tagen herrschenden besonders starken Hitze viel an der Hofpumpe auf und tranken das Wasser aus dieser sowie auf [!] Pfützen, die unter der Pumpe entstanden waren. Diese Hofpumpe entnimmt das Wasser aus einer Tiefe von einigen Metern [...].

Der an der gleichen Stelle angelegte Rohrbrunnen für die gesamte Wasserversorgung des Hauses entnimmt das Wasser aus einer Tiefe von 10,34m-14,00m. Es ist unwahrscheinlich, daß dieses Wasser irgendwie verunreinigt werden kann.

Weiterhin ist zu bemerken, daß an der Vorderfront des Hauses, etwa 25-30 m

von dem Brunnen entfernt, ein Abzugsgraben liegt, der unter anderem reichlich Abwässer aus dem in der Nähe liegenden Strafgefangenenlager Nr. 5 aufnimmt. Eine Besichtigung des Lagers ergab, daß aus einem Überlauf der Abortgrube der Lagerwache diesem Abwasser reichlich Fäkalien beigemischt wurden. Obwohl es unwahrscheinlich ist, daß die in Rede stehenden Erkrankungen damit irgendwie zusammen hängen, muß dieser Zustand doch beanstandet werden.[...] Aus hygienischen Gründen erscheint es weiterhin erforderlich, daß der die Abwässer des Lagers V aufnehmende Graben im Bereich des Zollhauses verrohrt wird. Endlich muß die weitere Verunreinigung des Grabens durch Fäkalien unterbunden werden.“¹¹⁰

Zur gleichen Zeit traten noch weitere Durchfallerkrankungen in vier Familien auf, von denen in einem Brief des Gesundheitsamtes an den Regierungspräsidenten berichtet wurde (datiert auf den 24.08.1938). Diese Familien waren allesamt wohnhaft in den neuen Zollhäusern Rhederfeld, welche sich in der Nähe des Lagers Brual-Rhede (Lg. III) befanden. Diese Familien besaßen jeweils eigene Brunnen, es wurde auf gesundheitliche hygienische Probleme dieser Wasserstelle eingegangen (Bohrtiefe u.ä.), auch die räumliche Nähe zu dem Strafgefangenenlager Brual-Rhede (Lg. III) wurde diskutiert.

Auch wurden bakteriologische Untersuchungen durchgeführt, in denen „sämtliche Stuhl-, Urin- und Blutuntersuchungen auf Typhus, Paratyphus und Ruhr ein negatives Ergebnis hatten.“¹¹¹

Es konnten zwar keine Zusammenhänge zwischen den Durchfallerkrankungen der insgesamt sechs Familien und den nahegelegenen Strafgefangenenlagern hergestellt werden, dennoch ist das Hauptzollamt Leer „mit Schreiben vom 26.0.1938 aufgefordert worden, die Wasseruntersuchungen im Zollhaus umgehend vornehmen zu lassen und den Graben vor dem betr. Zollhaus, der die Abwässer des Strafgefangenenlagers V [Neusustrum] aufnimmt, verrohren zu lassen. Ausserdem ist der Vorstand der Strafgefangenenlager aufgefordert worden, umgehend durch Anlegung eines Senkschachtes die Beimengung von Fäkalien zu den Lagerabwässern zu unterbinden.“¹¹²

¹¹⁰ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 400.

¹¹¹ Brief des Gesundheitsamtes Aschendorf an den Regierungspräsidenten Osnabrück vom 01.09.1938. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 400.

¹¹² Ebd.

Inwieweit diese Maßnahmen durchgeführt worden sind, ist weder aus den Akten des Gesundheitsamtes noch aus den Akten der Strafgefangenenlager ersichtlich.

Procedere und Todesfälle

Im Folgenden soll auf das weitere Procedere bzgl. der an Typhus bzw. Paratyphus erkrankten Häftlinge eingegangen werden.

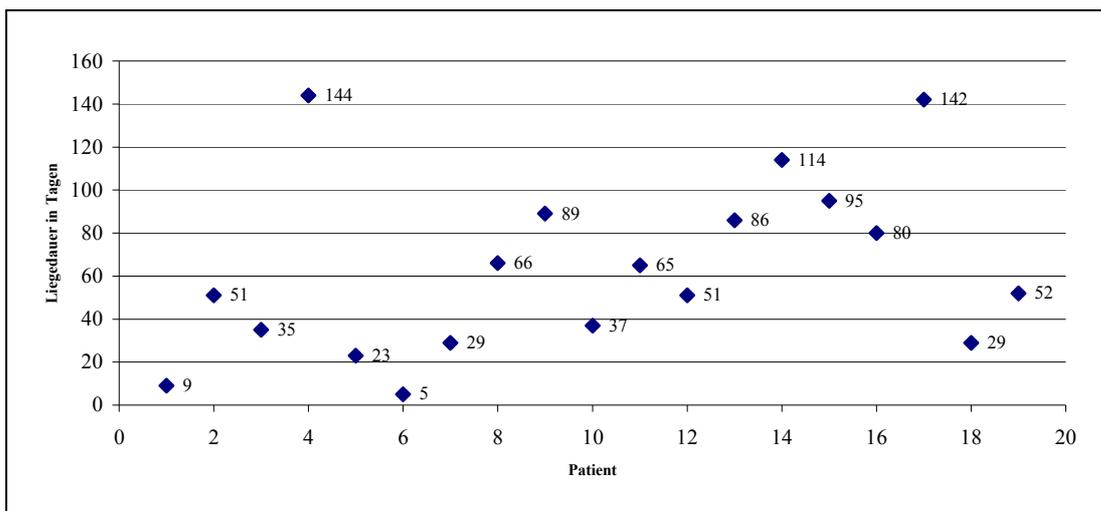


Abbildung 10: Liegedauer der Typhuserkrankten

Dargestellt ist die jeweilige Liegedauer der 19 an Typhus erkrankten Häftlinge. Diese reicht von 5 Tagen (Häftling Erich H., 35 Jahre, eingewiesen am 01.05.1936 aus dem Lager Oberlangen [VI] und entlassen am 05.05.1936 zurück in das Lager) bis 144 Tage (Häftling Franz F., 32 Jahre, Lager Börgermoor, stationärer Aufenthalt im Hauptlazarett vom 04.09.1939 bis zum 25.01.1940; im Anschluss erfolgte die Rückverlegung ins Lager).

Die mittlere Verweildauer beträgt 63,3 Tage, der Median liegt bei 52 Tagen.

Von den 19 mit der Diagnose „Typhus/Paratyphus“ in das Hauptlazarett verlegten Häftlinge kehrten 16 zurück in ihr Lager (84,2%), wobei ein Häftling mit dem Zusatzvermerk „moorunfähig“ in die Mutteranstalt weiterverlegt wurde.

Zwei weitere Häftlinge sind direkt aus dem Hauptlazarett als „moorunfähig“ in die jeweiligen Mutteranstalten zurückverlegt worden.¹¹³

Ein Häftling (Franz B., 24 Jahre aus dem Lager Börgermoor) verstarb nach neuntägiger Behandlung im Hauptlazarett infolge seiner Erkrankung.

¹¹³ Bei den dreien als moorunfähig aus dem Lazarett und letztlich aus den Emslandlagern entlassenen Häftlingen handelt es sich um die Häftlinge mit den höchsten Liegedauern aufgrund der Typhuserkrankung im Hauptlazarett mit 114, 142 und 144 Tagen.

4.1.2 Tuberkulose

Definition: Die Tuberkulose ist eine durch das Tuberkelbazillus (*Mycobacterium tuberculosis*, ein säurefestes Stäbchen) hervorgerufene Infektionskrankheit. Wichtigste Erregerquelle ist der erkrankte Mensch, häufigster Infektionsweg ist die Tröpfcheninfektion (im Falle der Lungentuberkulose), aber auch Schmier- oder perorale Infektionen sind möglich (Darmtuberkulose, Hauttuberkulose).

Diagnostik: Entscheidend ist die Frühdiagnose durch eine Röntgenaufnahme (Frühinfiltrat). In späteren Stadien zeigen sich auch weitere, radiologisch fassbare Veränderungen (Kavernenbildung, Schwartenbildung). Zudem ist bei offener Tuberkulose direkter Nachweis des Erregers im Sputum möglich. „Serologische Untersuchungsmethoden, z.B. die Komplementbindungsreaktion, haben bis jetzt keine diagnostische Bedeutung erlangt. Die Tuberkulinreaktionen spielen für die Erfassung der Erwachsenentuberkulose keine Rolle.“¹¹⁴

Verlauf: Inhalation des Erregers führt zum Primärherd. Der Erreger breitet sich vornehmlich über die Lymphwege aus, der Primärherd und zugehörige Lymphdrüsen werden als Primärkomplex bezeichnet. Oftmals heilt dieser vollkommen aus (später als Verkalkungen röntgenologisch erkennbar). Kommt es zu einer weiteren Ausbreitung der Erreger (lymphogen, hämatogen oder per continuitatem), wird die Krankheit klinisch symptomatisch.

Die Klinik unterscheidet sich je nach Abwehrlage des Patienten und verläuft von symptomfrei über mäßiges Krankheitsgefühl (vor allem bei chronischer Tbc mit subfebrilen Temperaturen, Leistungsschwäche, Gewichtsabnahme) bis hin zum akut fulminanten Verlauf wie bei der Miliartuberkulose (Streuung der Tuberkelbazillen in den Blutkreislauf).

Spezifische Tuberkulose-Symptome gibt es nicht.

Spätformen: Nach Abheilung der Primärtuberkulose können Tuberkelbazillen in verkalkten Lymphknoten persistieren und bei Immundefekten erneut eine klinische Verlaufsform der Krankheit hervorrufen. Zwischen Erstinfektion und Spätformen können Jahre und sogar Jahrzehnte liegen. Typische Spätformen sind Knochen- und Gelenktuberkulose sowie die Urogenitaltuberkulose.

Therapie: „Eine spezifische Therapie der Lungentuberkulose steht uns jedenfalls zur Zeit noch nicht zur Verfügung. [...] Die Tuberkulintherapie führt in vielen Fällen zu raschem Verfall der tuberkulösen Herde und zu schwerem Aufblühen der Krankheitserscheinungen. [...] Auch die Versuche einer aktiven oder passiven Immunisierung sind bisher als gescheitert zu betrachten. [...] Die Chemotherapie hat bei der Lungentuberkulose gleichfalls keine überzeugenden Erfolge gebracht.

Da es eine spezifische Therapie also nicht gibt, verfolgt die Therapie der Lungentuberkulose die folgenden Ziele:

¹¹⁴ Wolf, H. J. 1941. S. 97.

1. Allgemein eine Stärkung der Abwehrkräfte des Organismus.
2. Schonung der erkrankten Lunge.
3. Wenn möglich, Entspannung der befallenen Lunge oder Lungenpartie¹¹⁵ (z.B. durch Anlage von Thoraxplomben, Thorakoplastik oder Phrenikusexhairese). Häufig wurde die Behandlung in speziellen Sanatorien und Heilstätten durchgeführt, welche weitere Anwendungen (spezielle Ernährung, Liegekuren, Röntgenbestrahlung, Sonnenbäder usw.) ermöglichten.¹¹⁶

Auch heute noch ist die Tuberkulose eine der weltweit häufigsten Infektionskrankheiten und bedarf somit einer intensiven Therapie und Compliance des Patienten. Sie kann entweder ambulant (bei geschlossener Tbc) oder (initial) stationär (bei offener Tbc oder Erschwerung durch Begleiterkrankungen) erfolgen. In der Regel erfolgt eine Therapie mit Antituberkulotika (meist in Kombinationen) über 6 Monate, bei Begleiterkrankungen oder komplizierten Verläufen (HIV, multiresistenter Erregerkeim) kann sich die Dauer bis auf 20 Monate ausdehnen.¹¹⁷

Die Tuberkulose stellt vor allem in Notzeiten ein enormes Problem dar. Schlechte hygienische Verhältnisse, mangelhafte Ernährung und damit eine geschwächte Abwehrlage des menschlichen Organismus begünstigen die Ausbreitung. Die Nationalsozialisten widmeten sich insbesondere der Tuberkulose als Volkskrankheit; diese war „von Anfang an Ziel nationalsozialistischer ‚Gesundheitspolitik‘, bildete sie doch für die Sozialdarwinisten eine Gefährdung für den Volkskörper durch Gefährdung der Fortpflanzungsfähigkeit und der Leistungshöhe.“¹¹⁸ So wurden Gesetze erlassen, welche die „Überwachung, Behandlung und Nachsorge Tuberkulöser festschrieb, [...] weiterhin die Meldepflicht, Diagnosestellung, Zwangsasylierung und Behandlung gewährleistete.“¹¹⁹

„Seit dem 1. Januar 1939 [besteht] eine reichsrechtliche Regelung in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Hierzu gehört in erster Linie die

¹¹⁵ Wolf, H. J. 1941. S. 98.

¹¹⁶ Vgl. Ebd. S. 98ff.

Dornblüth, O. Psyhyrembel, W. Klinisches Wörterbuch. 1939. S. 579f.

Garrè [u.a.]. Lehrbuch der Chirurgie. Springer Verlag. Berlin. 1942. S. 739f.

¹¹⁷ Vgl. Welttuberkulosestag 2012. Tuberkulose im Fokus. Robert Koch Institut (Hrsg). Epidemiologisches Bulletin 11/2012. 19.03.2012

¹¹⁸ Höfler-Waag, Martin. Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1933-1945. Husum 1994. S. 63.

¹¹⁹ Ebd.

Anzeigepflicht (die Anzeige hat innerhalb 24 Std. nach erlangter Kenntnis an das zuständige Gesundheitsamt zu erfolgen). Diese gilt einmal für die sog. gemeingefährlichen Krankheiten: [...] 18. ansteckende Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Tuberkulose der Haut und anderer Organe. Die Meldepflicht für diese Krankheiten erstreckt sich nicht nur auf Erkrankung und Todesfälle, sondern auch auf den Krankheitsverdacht.¹²⁰

In den Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg sind in den Jahren 1934-1945 138 Erkrankungen an Tuberkulose dokumentiert. Die erste Erkrankung war mit dem 26.04.1934 datiert, der letzte Fall mit dem 20.01.1945 (Aufnahmedatum). In 118 Fällen wurde eine Lungentuberkulose (85,5%), hiervon in 2/3 der Fälle eine „offene Lungentuberkulose“ diagnostiziert (78 Fälle \cong 66,1%).

Bei den restlichen Fällen handelte es sich um extrapulmonale Manifestationen der Tuberkulose (peritoneal-Tbc: 5, gastrointestinal-: 1, Knochen-: 4, Lymphknoten-: 4, miliar-: 3, Hoden-: 2, Nieren-: 1).

Inzidenz der Tuberkulose

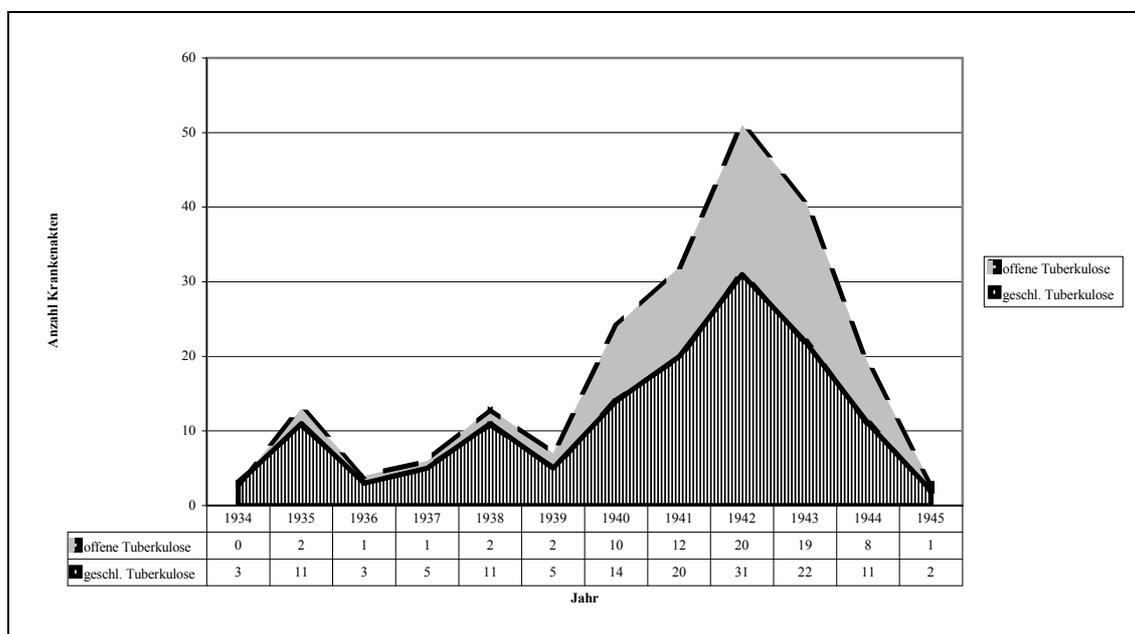


Abbildung 11: Inzidenz der Tuberkulose

¹²⁰ Domarus, A. von. Grundriss der inneren Medizin. Berlin. 1943. S. 14.

Die Abbildung 11 zeigt das Auftreten der Tuberkulose anhand der dokumentierten Fälle im Marienkrankenhaus Papenburg. Die obere Linie bezeichnet die Gesamtzahl der aufgetretenen Tuberkulosefälle, die untere gestrichelte Linie stellt die Inzidenz der offenen Tuberkuloseerkrankungen dar (als Teil der insgesamt aufgetretenen Tuberkulosefälle).

In den Jahren 1934-1939 schwankte die Zahl der Tuberkulosefälle insgesamt zwischen 3 (1934) und maximal 13 (1935, 1938). Die Zahl der offen tuberkulös Erkrankten betrug im selben Zeitraum zwischen 0 (1934) und 2 (1935, 1938, 1939). Ab dem Jahr 1939 kam es zu einem rapiden Anstieg der sowohl der offenen als auch der geschlossenen Tuberkuloseerkrankungen, im Jahre 1940 waren 24 Fälle dokumentiert (im Gegensatz zu 1939 mit 7 Fällen eine Steigerung um 242,9%).

Die Zahl der Erkrankten stieg weiter an und erreichte im Jahre 1942 mit 51 Erkrankten den Höhepunkt ($\cong 23,6\%$ der Krankenakten dieses Jahres). Über die Jahre 1943 (41) und 1944 (19) fiel die Zahl wieder bis auf 3 Erkrankungen im Jahre 1945.

Ähnlich verhielt es sich mit den Zahlen der offen tuberkulös Erkrankten. Die Kurven verlaufen annähernd Parallel, ab 1940 stieg die Zahl rapide an (1940: 10 Erkrankungen), erreichte ebenfalls im Jahre 1942 den Höhepunkt mit 20 Erkrankungen und fiel ab 1943 (19) wieder ab.

Therapie der Tuberkulose

Zu der damaligen Zeit gab es zwei Möglichkeiten der Tuberkulosetherapie, zum einen chirurgische Eingriffe, zum anderen die konservativ-medikamentöse Therapie. Ungefähr zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Herbeiführung eines künstlichen Pneumothorax Grundlage zur Behandlung der Lungentuberkulose (Murphysche Operation). Die auch unter dem Namen „Kollapstherapie“ durchgeführte Operation war für ca. 40 Jahre das Standardverfahren in der Therapie.¹²¹ Sie erfuhr zahlreiche Modifikationen, weiter wurden Thorakoplastiken mit Rippenresektionen durchgeführt (Brauer und Friedrich, 1909; Sauerbruch 1910).¹²² Bis dato gab es nur die konservative

¹²¹ Sournia. Poulet. Martiny. Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 8. Salzburg 1983. S. 2838.

¹²² Vgl. Ebd. S. 2839f.

Behandlung durch die sogenannten „hygienisch-diätetischen Kuren“, frei nach den Regeln Hippokrates:

„’Gut essen, wenig körperliche Anstrengung, keine Frauen.’ ‚Nachdem man seine Gesundheit wiedererlangt hat, schützt man sich weiterhin vor Kälte, aber auch vor Hitze und Sonne. Gemäßigte Spaziergänge nach dem Essen, ohne den Körper zu ermüden.“¹²³

Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts erfolgte wiederum ein Rückzug der chirurgischen Interventionen zur Bekämpfung der Tuberkulose zugunsten konservativer Maßnahmen:

„Bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose spielen nicht nur die Maßnahmen, die sich gegen den örtlichen Krankheitsherd wenden, eine große Rolle, sondern es ist immer auf eine gleichzeitige Allgemeinbehandlung zur Hebung des Kräftezustandes und zur Umstellung des gesamten Stoffwechsels ein größtes Gewicht zu legen, handelst es sich doch auch bei klinisch rein örtlichen Prozessen fast immer um eine mehr oder weniger ausgesprochene Berührung des Gesamtorganismus mit den spezifischen Erregern.“¹²⁴

Zu diesem Zwecke spielte „die Freiluftbehandlung, verbunden mit kräftiger, besonders fettreicher Ernährung, die Hauptrolle“. Diese sollte durch dosierte Sonnenbestrahlung, v.a. im Hochgebirge und am Meer, oder auch durch „künstliche Bestrahlungsapparate“ erfolgen. Weiter wurden neue Wege in der Ernährung beschritten („Die Kost soll bei Lungentuberkulose kalorienreich sein, dabei leicht verdaulich, schmackhaft, abwechslungsreich, und sie soll genügend Vitamine enthalten.“¹²⁵).

„Medikamentöse Mittel (Kupferverbindungen, Mangan, Kadmium) haben keine nennenswerte Erfolge aufzuweisen, auch in der in neuerer Zeit so vielfach empfohlenen Goldtherapie sind einwandfreie Erfolge versagt geblieben.

[...]

Bei der Entscheidung der Frage, ob konservative oder aktiv chirurgische Maßnahmen am Platze sind, ist stets zu bedenken, dass unvollkommene Eingriffe eher schaden als nützen. Man wird also operative Eingriffe im allgemeinen nur dann in Anwendung ziehen dürfen, wenn die Entfernung allen tuberkulösen Gewebes gewährleistet ist.“¹²⁶

¹²³ Ebd. S. 2837.

¹²⁴ Kirschner, M. Nordmann, O. (Hrsg). Die Chirurgie. 7 Bde., Bd. I. Berlin, Wien 1940. S. 383.

¹²⁵ Wolf, H. J. 1941. S. 103f.

¹²⁶ Kirschner, M. Nordmann, O. (Hrsg). Die Chirurgie. 7 Bde., Bd. I. Berlin, Wien 1940. S. 383

Örtliche Krankheitsherde wurden im weiteren auch zunächst konservativ behandelt, dieses geschah durch die „Röntgentiefenbestrahlung“, welche „heute [1940] einen überragenden Platz [einnahm].“¹²⁷

Mit der Entdeckung der Sulfonamide 1935 durch Domagk erfuhr die Tuberkulosetherapie eine Wendung, erstmals konnte die Tuberkulose durch ein Medikament wirksam bekämpft werden. Die chirurgische Therapie trat den Rückzug an, sie beschränkte sich nur noch auf die Behandlung von Komplikationen (Pleuraverschwartung, Aspergillose)¹²⁸.

Die Angaben zur Behandlung in den vorhandenen Krankenakten sind äußerst dürftig. In den meisten Fällen (131 von 138) ist die Tuberkulose konservativ behandelt worden. Zur medikamentösen Therapie finden sich jedoch keine Angaben, lediglich einmal ist eine Behandlung mit „Cresival“¹²⁹ dokumentiert. In einem anderen Fall ist als Therapie eine „Bestrahlung“¹³⁰ angegeben worden, wobei es sich nicht um eine herkömmliche Lungentuberkulose handelte, sondern um einen Befall des Unterarms.

Bei 7 der 138 Tuberkuloseerkrankten wurde eine Operation durchgeführt, wobei auch hier die Lungentuberkulose mit nur einem Fall zu Buche schlägt.

Es handelt sich bei den anderen operativ sanierten Tuberkuloseerkrankungen in jeweils zwei Fällen um Lymphknoten-TBC und Hodentuberkulose. Es sind also lokale Formen der Tuberkulose, in denen ein Herdbefund chirurgisch beseitigt worden ist.

In zwei weiteren Fällen handelte es sich um eine Peritonealtuberkulose.

¹²⁷ Vgl. Ebd. S. 384f. Vgl. ebenso: Stich, R. Bauer, K.-H. Lehrbuch der Chirurgie. Berlin. 1949. S. 754ff. Domarus, A. von. 1943. S. 118-129.

¹²⁸ Sournia. Poulet. Martiny. 1983. S. 2840f.

¹²⁹ Wirkstoff dieses Medikaments ist eine Kresolverbindung, welche eine bakterizide- und fungizide Wirkung besitzt.

¹³⁰ Vergleiche die oben erwähnte „Röntgentiefenbestrahlung“ in: Kirschner, M. Nordmann, O. (Hrsg). 1940. S. 384f.

Weiteres poststationäres Procedere

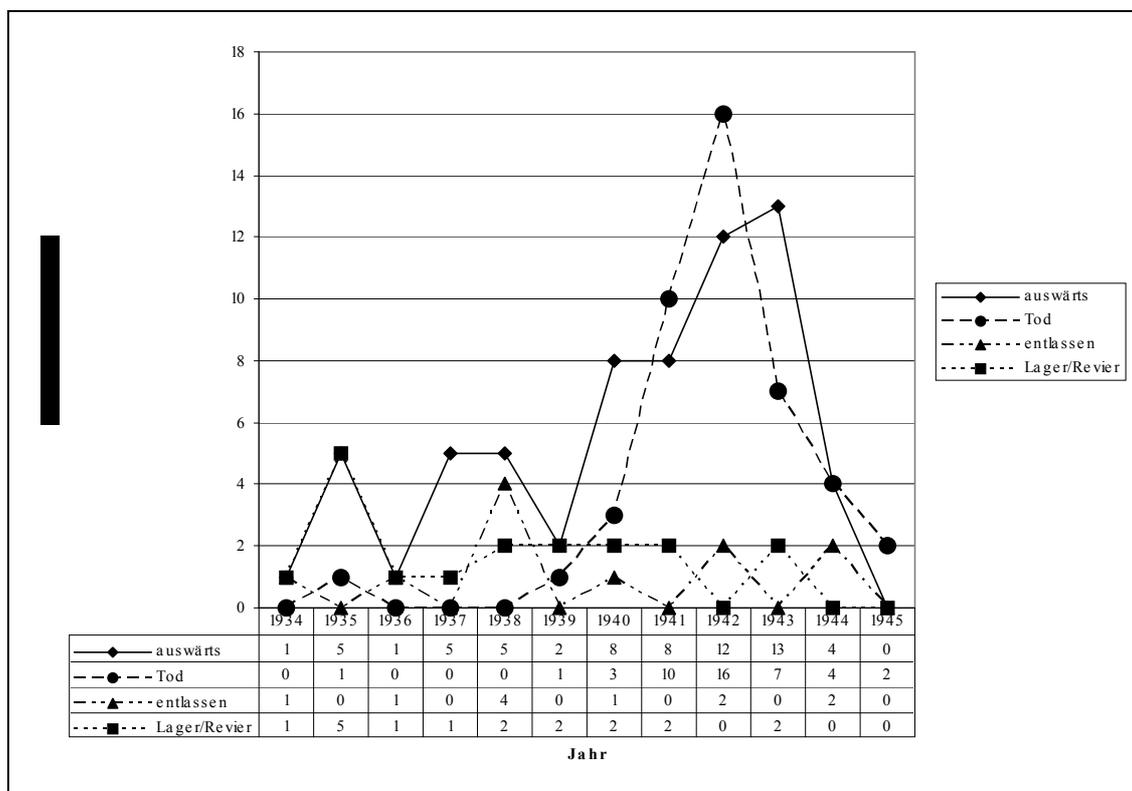


Abbildung 12: Entlassungsmodus der Tuberkuloseerkrankten (absolut)

Obiges Diagramm in Abbildung 12 weist den weiteren poststationären Behandlungsmodus der Strafgefangenen auf. Waren die Patienten nicht infolge der Erkrankung im Lazarett verstorben (44 Patienten \cong 32,1%), so erfolgte entweder die Entlassung des Patienten (11 Fälle \cong 8,0%) oder die Weiterverlegung in andere Anstalten zur Weiterbehandlung der Tuberkulose (64 Fälle \cong 46,7%).

In 18 Krankenakten ist dokumentiert, dass eine Rückverlegung des Erkrankten in das jeweilige Ausgangslager bzw. in das jeweilige Lagerlazarett erfolgte. Aus den Akten dazu wird nicht ersichtlich, inwieweit eine Genesung eintrat. Dieses ist zum einen daher problematisch, da insbesondere „bei dem engen Zusammenwohnen in einem Lager und [...] infolge der erhöhten körperlichen Anstrengung eine aktive geschlossene

Tuberkulose zu einer offenen wird¹³¹; zum anderen die Tuberkulose aber ein Ausschlußkriterium für einen Aufenthalt in den Moorlagern darstellte, da die Person als „nicht moorfähig“ galt:

„Für die Auswahl sind folgende Bestimmungen maßgebend:

1.) Die betreffenden Gefangenen müssen gesundheitlich voll geeignet sein, was von dem Anstaltsarzt festzustellen ist. Auf die Notwendigkeit sorgfältiger Prüfung weise ich auf Grund von Einzelfällen besonders hin.

Mit Rücksicht auf die Art der Arbeiten und die besonderen Lagerverhältnisse sind Gefangene unter 21 Jahren und über 50 Jahre nicht auszuwählen, ferner auszuschließen

a) Tuberkulose¹³²

Diese Gefangenen befanden sich trotz gegenlautender Anweisung aus dem Reichsjustizministerium und trotz vorgeschriebener vorhergehender Untersuchung durch einen Arzt weiter in Gefangenschaft in den Moorlagern.

¹³¹ Kemkes, B. Hygienische und gesundheitliche Fragen des Lagerlebens. Medizinische Klinik Nr. 33/1934. S. 1086.

¹³² Verfügung des Reichsministers der Justiz vom 5. Juli 1937. Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1289f. Siehe hierzu die Arbeit August Schlegels „Die Beurteilung der Haftfähigkeit“, in der er ausführlich als Leiter des staatl. Krankenhauses beim Untersuchungsgefängnis Berlin-Moabit in einer mehrteiligen Reihe zu unterschiedlichen Krankheitsbildern Stellung nimmt in Bezug auf die Haftfähigkeit bzw. -unfähigkeit.

Schlegel, A. Die Beurteilung der Haftfähigkeit. Die medizinische Welt. 8/1934.

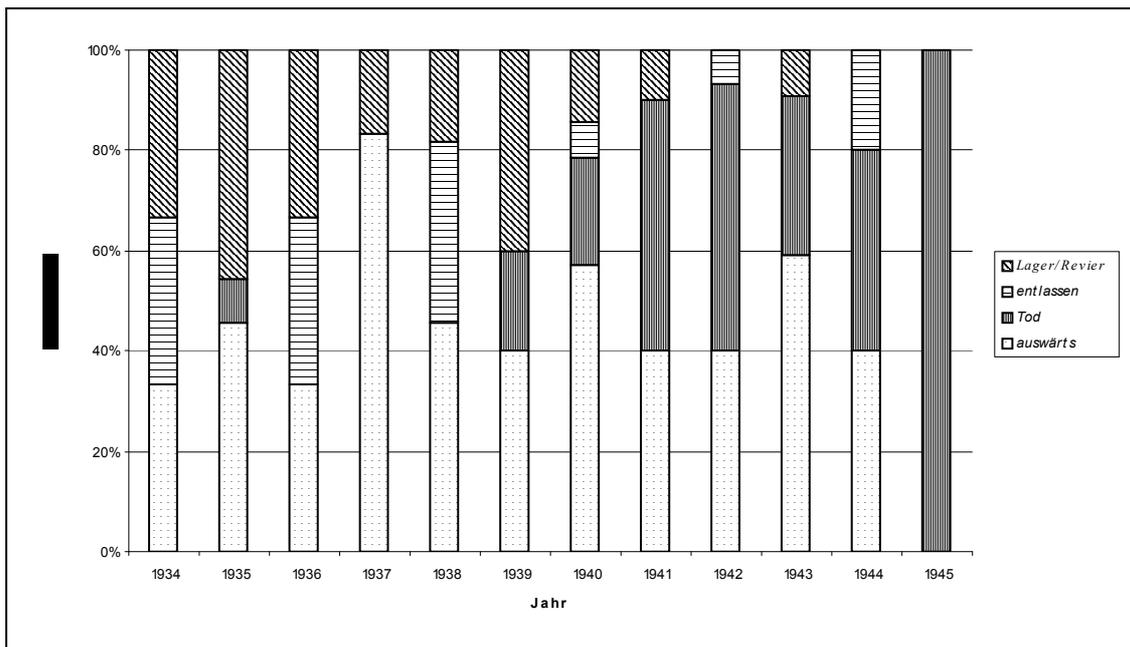


Abbildung 13: Entlassungsmodus der Tuberkuloseerkrankten (prozentual)

Dieses Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der an Tuberkulose Erkrankten und entlassenen bzw. verstorbenen. Strafgefangenen.

Von den insgesamt 137 Fällen ist nach Diagnose der Krankheit und der begonnenen Therapie im Hauptlazarett der größte Anteil in andere Anstalten¹³³ verlegt worden (64 Fälle \cong 46,7%)¹³⁴. D.h. in nahezu der Hälfte der Fälle ist der Forderung nach Verlegung aufgrund von Moorunfähigkeit nachgegeben worden. Die Zahl der Verlegungen pendelte in den Jahren 1934-1944 zwischen ca. 40%-60%. Ausnahme bildet jedoch das Jahr 1937, wo die Verlegungsrate in andere Anstalten 80% betrug (in diesem Jahr traten 6 Tuberkulosefälle auf, 5 davon wurden weiterverlegt; ein Erkrankter kehrte in das Stammlager zurück).

¹³³ Ziel der Verlegung in Tuberkulose-Heilstätten war vor allem „eine drohende Invalidität abzuwenden oder die bereits eingetretene Erwerbsunfähigkeit wieder zu beheben [...], ferner eine etwa vorhandene Ansteckungsgefahr wieder zu beseitigen.“
Reichsgesundheitsblatt. Berlin. 1939. S. 597.

¹³⁴ Die Verlegungen erfolgten in das Bezirkskrankenhaus Bochum (3), Bottrop (1), Brieg (1), Glatz (16), Herford (2), Hohenasperg (5), Lingen (9), Luckau (1), Lüttinghausen (1), Massel (1), Sonnenburg (1), Spandau (1), in die Universitätsklinik Münster (1), Waldheim (1), Werl (1) und nach Zwickau (1). Bei 14 Verlegungen findet sich nur der Bemerk „Verlegung in die Mutteranstalt“. Hierbei ist jedoch unklar, ob eine Verlegung in die ursprüngliche Haftanstalt erfolgte, oder ob dies eine Verlegung in die Haftanstalt Lingen bezeichnet. In 4 Fällen ist keine nähere Angabe zur Verlegung verzeichnet.

Die Gruppe der aus dem Hauptlazarett Entlassenen bildete mit 11 Personen ($\cong 8,0\%$ der an Tuberkulose Erkrankten) den geringsten Anteil. Der Grund der Entlassung war nur in zwei Fällen mit "haftunfähig" verzeichnet. In einem Fall war die Haftzeit während der stationären Behandlung abgelaufen, es erfolgte die Entlassung und Übernahme der Weiterbehandlung durch den „Bezirksfürsorgeverband Papenburg“¹³⁵.

Eine weitere Gruppe bestand aus den zurück in das Lager Entlassenen. In den Jahren 1934-1945 wurden nach Behandlung in Papenburg insgesamt 18 Häftlinge wieder zurück in das Ausgangslager verlegt ($\cong 13,1\%$). Betrug die Rate der Zurückverlegten in den ersten Jahren (1934-1939) zwischen 20 und 40% (Ausnahme bildet das Jahr 1938 mit 16,7%), so ging nach 1939 die Rate der Zurückverlegungen in das jeweilige Lager zurück. Im Jahr 1940 wurden von 14 Häftlingen nur zwei in ihr Ausgangslager zurückverlegt ($\cong 14,3\%$), 1941 nur 2 von 20 (10%). Auch im Jahr 1943 betrug der prozentuale Anteil lediglich 9,1% (2 von 22).

In den Jahren 1942, 1944 und 1945 wurde kein Häftling aus dem Hauptlazarett in eines der Emslandlager zurückverlegt.

Die absolute Zahl der Zurückverlegungen war in den Jahren allerdings relativ konstant geblieben, sie betrug zwischen 0 und 5 Personen. Der prozentuale Rückgang war somit Folge der relativ geringen Erkrankungs- bzw. Behandlungsrate in den ersten Jahren. Erst in den späteren Jahren und somit mit Anstieg der Fallzahlen zeigen sich die eigentlichen Relationen.

Todesfälle

Ähnlich verhielt es sich mit den infolge der Tuberkulose verstorbenen Häftlingen. Waren in den Jahren 1934-1939 nur zwei Todesfälle verzeichnet (1935, 1939), so stieg die Zahl derer mit Anstieg der Tuberkuloseinzidenz deutlich an. Aber nicht nur die absolute Zahl der Todesfälle stieg an, auch relative Zahl nahm mit Anstieg der Tuberkulosefälle zu. 1940 verstarben 21,4% (3 Tote) infolge der Tuberkulose. In den Jahren 1941 waren es aber schon 10 (von insgesamt 20 Erkrankungen, $\cong 50\%$), 1942 gar 16 von 30 Fällen ($\cong 53,3\%$). 1943 und 1944 kam es zu einem geringfügigen Rückgang

¹³⁵ Der Bezirksfürsorgeverband entspricht dem heutigen Sozialamt.

der Letalität (7 von 22 \cong 31,8% bzw. 4 von 10 \cong 40%). Weitere zwei Häftlinge sind im Jahr 1945 an deren Tuberkuloseerkrankung verstorben (\cong 100%).

Es verstarben insgesamt 44 Inhaftierte an den Folgen einer Tuberkuloseerkrankung, ein Großteil der Verstorbenen (37) litt an Lungentuberkulose (\cong 84,1%). An „Bauchtuberkulose“¹³⁶ verstarben 5 Häftlinge (\cong 11,4%), zwei an der sog. Miliartuberkulose¹³⁷ (\cong 4,6%). Dieses entspricht der Verteilung v. Domarus’:

„Bezüglich der Häufigkeit, in welcher die verschiedenen Organe von der Tuberkulose befallen werden, lässt sich folgende fallende Skala aufstellen: Lungen (Todesfälle 85% der Gesamtsterblichkeit an Tuberkulose), Lymphknoten, Darmschleimhaut, Kehlkopf, Niere, Leber, Nebennieren, Haut, Zentralnervensystem, Knochen und Gelenke“.¹³⁸

Bei der Aufschlüsselung der einzelnen Tuberkuloseformen wird die Letalität der unterschiedlichen Tuberkuloseerkrankungen bzw. der unterschiedlichen Krankheitsmanifestation deutlich.

Beträgt die Letalität der „gewöhnlichen“ Lungentuberkulose mit 37 Verstorbenen 31,6% (37 Tote bei insgesamt 117 Erkrankten an Lungentuberkulose in den Jahren 1934-1945), so ist die Todesrate bei der Miliartuberkulose mit 2 Toten bei insgesamt 3 Erkrankungen (66,7%) und der „Bauchtuberkulose“ mit 5 Verstorbenen von 6 Erkrankten (83,3%) deutlich höher. Von Domarus beschreibt die Prognosen dieser beiden Verlaufsformen als eher ungünstig.

„Die Prognose [der Peritonealtuberkulose] ist zweifelhaft, sie verhält sich verschieden je nach der Art des anatomischen Prozesses¹³⁹ und dem Alter der Patienten. [...] Ungünstiger Ausgang erfolgt teils infolge von fortschreitender Inanition, teils durch Ileus oder Perforationsperitonitis, teils durch Fortschreiten der Tuberkulose in den anderen Organen. [...] Doch kommen mitunter auch wirkliche Spontanheilungen vor.“¹⁴⁰

¹³⁶ Der Begriff „Bauchtuberkulose“ ist anatomisch-pathologisch nicht definiert. Es ist davon auszugehen, dass unter diesem Begriff die tuberkulösen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Darmtuberkulose, und des Bauchinnenraumes, der Peritoneal- und Mesenterialtuberkulose, zusammengefasst sind.

¹³⁷ Als Miliartuberkulose wird eine disseminierte Ausbreitung der Tuberkelbazillen (zumeist auf dem Blutweg) in den Organismus bezeichnet.

¹³⁸ Domarus, A. 1943. S. 124.

¹³⁹ Die Peritonealtuberkulose wird anatomisch-pathologisch in drei Verlaufsformen unterteilt, zum einen die „seröse“ Form mit Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle, zum anderen die „adhäsiv-fibröse“ Form mit Verwachsungen und Resistenzen, letztlich der „käsige eitrige“ Verlauf mit nekrotisierenden Tuberkulomen.

¹⁴⁰ Domarus, A. 1943. S. 456.

„Die Prognose der Miliartuberkulose ist infaust; [...] Ihre Dauer kann sich insgesamt auf mehrere Monate erstrecken, beträgt in der Regel jedoch nur 1-3 Wochen, in einzelnen Fällen nur wenige Stunden.“¹⁴¹

4.1.3 Fleckfieber

Definition: In der damaligen Literatur wird als Erreger *Rickettsia prowazekii* angegeben, ein „kleines, unbewegliches, gramnegatives Stäbchen“. Erregerreservoir sind Menschen und Nagetiere, wobei die Übertragung nach Laus- oder Flohbiß erfolgt durch Einreiben von erregerhaltigem Kot in die Bißstelle oder aber durch Inhalation von erregerhaltigem Kot. Die Inkubationszeit beträgt 7-10 Tage. Das Auftreten der Erkrankung ist „an die Zusammenballung vieler Menschen unter schlechten sanitären Verhältnissen und das Vorhandensein von Läusen gebunden, wie sie in Kriegsgefangenenlagern, aber auch in Entwicklungsländern [...] vorkommen“.¹⁴²

„Fleckfieber war stets eine der am meisten gefürchteten und verheerendsten Kriegsseuchen [...] Epidemiologisch wichtig ist noch die Tatsache, dass die meisten Epidemien in der kühleren Jahreszeit auftreten.“¹⁴³

Diagnostik: „Die Diagnose stützt sich auf die Feststellung des typischen Exanthems, das fleckförmig, nicht papulös ist und mit einem Schub den ganzen Körper überzieht, auch Handteller und Fußsohlen, meist unter Aussparung von Hals und Gesicht. Dazu kommen die Erscheinungen einer Laryngitis, Bronchitis oder Konjunktivitis. Die Diagnose wird gesichert durch den positiven Ausfall der Weil-Felixschen Probe, die am 4. Tag auftritt und vom 6. Tag ab ganz regelmäßig positiv ist.“¹⁴⁴

Verlauf: Nach der Inkubationszeit treten Frösteln, hohes Fieber sowie Kopf- und Muskelschmerzen auf, teilweise auch Erbrechen und Durchfälle. Nach ca. 5 Tagen bildet sich das charakteristische makulöse Exanthem zuerst an den Seitenpartien des Thorax, dann auch an Brust, Bauch und Extremitäten. Obstipation, Bronchitis/Laryngitis und Konjunktivitis können das Krankheitsbild begleiten, Leber und Milz sind vergrößert. Nach einer Woche kommen encephalitische Symptome (Somnolenz) hinzu, das Fieber hält bis zum Ende der Erkrankung (nach 11-13 Tage) an. Als Komplikationen können Pneumonien, Nephritiden und Herzversagen

¹⁴¹ Ebd. S. 129.

¹⁴² Vgl. Ebd. S. 897.

¹⁴³ Mühlens. P. Fleckfieber- und Rekurrenzgefahren und ihre Verhütung. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr.42. 20.Oktober 1939. S. 3.

¹⁴⁴ Wolf, H. J. 1941. S. 538f.

auftreten, durch Verschlüsse von Gefäßwänden auch Nekrosen der Gliedmaßen, Ohren und Skrotum. Die Letalität beträgt 5-25%, wobei die Sterblichkeit ab dem 40. Lebensjahr aufwärts rasch zunimmt. Das Überleben der Erkrankung hinterlässt lebenslange Immunität.

Therapie: „Die Behandlung [war] rein symptomatisch: Gute Pflege, Antipyretika, wie Pyramidon und Aspirin, Stützung von Herz- und Kreislauf.“¹⁴⁵

Prophylaxe: „Die Prophylaxe besteht in erster Linie in scharfer Bekämpfung der Läusegefahr (Entlausung in großem Stil!). Stuhl und Urin sind nicht infektiös, nur das rickettsienhaltige Blut! [...] eine Immunisierung durch Weiglvakzine ist möglich. Man kann aus Läusedärmen die Fleckfiebererreger in Reinkultur erhalten. Sie werden abgetötet und in steigender Konzentration nach Phenosozusatz subkutan injiziert.“¹⁴⁶
Ferner sind Vernichtung der Flöhe [und auch der Ratten als Wirte] bei Bedarf angebracht.

Die Erkrankung durch Fleckfieber (früher auch Fleck-, Hunger- oder Kriegstyphus genannt) wird hervorgerufen durch Rickettsien, je nach Stamm werden unterschiedliche Formen unterteilt:

- epidemisches Fieber, hervorgerufen durch *Rickettsia prowazekii* (das eigentliche Fleckfieber),
- endemisches Fieber oder muriner Typhus, verursacht durch *Rickettsia typhi*,
- weitere Unterformen (Rocky-Mountain-Fleckfieber, Mittelmeerfleckfieber u.a.).

Die Therapie besteht heute, neben der schon o.g. symptomatischen Behandlung, in der Gabe von Tetracyclinen als Mittel der Wahl, ggf. in schweren Fällen in Kombination mit Prednisolon.¹⁴⁷

Wie schon eingangs zum Kapitel der Epidemien erwähnt, ist in den Akten des Marienhospitals Papenburg keine Erkrankung an Fleckfieber in den Lagern dokumentiert; in den Akten des Gesundheitsamtes Aschendorf jedoch sind Fälle von Fleckfiebererkrankungen in den emsländischen Strafgefangenenlagern bekundet.

¹⁴⁵ Wolf, H. J. 1941. S. 539.

¹⁴⁶ Ebd.

¹⁴⁷ Vgl. Arastéh, K. et. al. 2009. S. 1072.

Steckbrief seltener und importierter Infektionskrankheiten. Robert-Koch-Institut (Hrsg). Berlin 2011. S. 67ff. und S. 86ff.

So heißt es erstmalig in einem Brief des Amtsarztes [des Gesundheitsamtes Aschendorf] an den Regierungspräsidenten in Osnabrück vom 28.11.1941:

„Der polnische Strafgefangene H., z.Zt. Strafgefangenenlager V Neusustrum ist – wahrscheinlich am 19.11.1941 – an Fleckfieber erkrankt.

H. befand sich vom 24. 9. – 26. 10. 41 im Polizeigefängnis in Posen und wurde von dort in das vorgenannte Lager am 6. 11. überführt.

Er klagte in den ersten 2 Wochen seines Lageraufenthaltes über unbestimmte Beschwerden (allgemeine Mattigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit) und meldete sich am 20. 11. bei dem Lagerarzt krank, der ihn zunächst in das Lagerrevier aufnahm.

Temperaturerhöhungen bestanden anfangs nicht. In den nächsten Tagen stellte sich Fieber ein und die subjektiven Beschwerden traten stärker in Erscheinung. Am 24.11. fiel dem Lagerarzt eine zunehmende Gedunsenheit des Gesichtes auf. Die Temperatur[!] bewegte sich zwischen 38° morgens und 39,8° abends.¹⁴⁸

Bei Verdacht auf eine Fleckfiebererkrankung erfolgte am Abend des 24.11.1941 eine Isolierung des Patienten und am nächsten morgen die Meldung der Erkrankung an das Gesundheitsamt durch den leitenden Arzt der Strafgefangenenlager. In weiteren diagnostischen Schritten (Weil-Felixsche-Reaktion) wurde der Verdacht der Fleckfiebererkrankung bestätigt. Seither wurden folgende Maßnahmen seitens der Lagerleitung und des Amtsarztes unternommen:

„1.) Der Erkrankte ist seit dem 24. 11. 1941 in einer Einzelzelle einwandfrei isoliert. Seine Pflege und Betreuung erfolgt ausschließlich durch einen polnischen Krankenwärter. Wiederholte Kontrolluntersuchungen haben ergeben, dass der Kranke nicht mit Läusen behaftet ist.

Wie mir der Lagerarzt auf Anfrage mitteilt, soll sich bei dem Kranken, der bisher ziemlich ruhig war, seit gestern eine zunehmende motorische Unruhe bemerkbar machen. Die Temperatur betrug heute abend 39°. Ein Exanthem ist auch jetzt noch nicht in Erscheinung getreten.

2.) Am 25.11.1941 wurde über das gesamte Lager Sperre verhängt. Eine zum 29. 11. vorgesehene Feier der Lagermannschaft wurde durch den Kommandeur abgesagt.

3.) Bei allen Lagerinsassen wurden täglich Läusekontrollen durchgeführt. Unter den ca. 700 Gefangenen wurden 3 mit Kleiderläusen behaftet festgestellt, und nach erfolgter Entlausung in der Arrest-Baracke ebenfalls isoliert.¹⁴⁹

¹⁴⁸ Bericht des Amtsarztes Gesundheitsamt Aschendorf v. 28.11.1941 an den Regierungspräsidenten Osnabrück. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

¹⁴⁹ Ebd.

Ein besonderer Wert wurde auf die Entlausung der Häftlinge gelegt. Obwohl kaum eine Verlausung nachgewiesen werden konnte, wurden dennoch weitere Maßnahmen angeordnet bzw. waren bereits getroffen:

„Weitere Läusekontrollen werden täglich durchgeführt werden. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass keine weitere[!] Fälle von Verlausungen im Lager vorliegen. Die Lagerleitung hat bisher den Verlausungen ihre besondere Aufmerksamkeit zugewandt.

Alle bisher aufgenommenen Häftlinge wurden vor der Aufnahme im Lager entkleidet und dann zur Bade-Baracke gebracht, wo zunächst eine Rasur der Körperbehaarung vorgenommen wurde. Nach einem gründlichen heißen Reinigungsbad wurden den Gefangenen Anstaltskleider zugeteilt, und erst dann erfolgte die endgültige Aufnahme im Lager. Die Zivilkleider wurden gründlich gesäubert und dann der Kammer zur Aufbewahrung zugewiesen. Eine Verlausungsgefahr war somit so gut wie ausgeschlossen.“¹⁵⁰

¹⁵⁰ Vgl. „Runderlaß des Reichsministers des Innern, betr. Anweisung zur Bekämpfung des Fleckfiebers. Vom 13. September 1939. IVg 3446/39-5636.“ Reichsgesundheitsblatt. Berlin. 1939. S. 815ff.

Eine genaue Anweisung zur Quarantäne, Desinfektion und hygienischen Verhaltensregeln finden sich in einem Artikel bei: Kaiser, M. Zweck und Ziele der gesundheitlichen Ueberwachung größerer Menschenmengen aus seuchenverdächtigen Gegenden (Fleckfieberverhütung durch das Zyklonverfahren). Wiener klinische Wochenschrift. 52.2. 1939.

Er besteht darauf, dass es „eine der wichtigsten Aufgaben des Quarantäne- und Lagerarztes ist [...], täglich die gesamten Lagerinsassen persönlich zu besichtigen“, um Anzeichen von Läusebesiedlungen (Läusebisse) festzustellen. „Das geht, selbst wenn es sich um mehrere Tausende von Personen handelt, sehr schnell“.

Auch das Fazit dieses Artikels lautet, wie schon in den Fällen des Fleckfiebers oft gehört

„Das Schwergewicht der Prophylaxe ist auf die vollständige Vernichtung des Ungeziefers zu legen.“

Zu diesem Zwecke beschreibt Kaiser die Vernichtung des Ungeziefers durch Zyngasverfahren, ein Verfahren, „für dessen allgemeine Verbreitung ich seit 14 Jahren mit Aufwand von sehr viel Mühe eintrete, nunmehr allgemein Anerkennung gefunden hat und als Verfahren der Wahl unter den gegenwärtigen Verhältnissen bezeichnet werden darf.“

Das „Zyngas-“ oder „Zyklonverfahren“ hat traurige Berühmtheit durch die Anwendung in den Todeskammern der Vernichtungslager erlangt.

Der Artikel selber ist medizinisch sehr genau und detailreich, es ist aber ein gewisser Standesdünkel des Herausgebers zu erkennen. So beschreibt er die Schutzmaßnahmen durch spezielle Anzüge, die bei dem Umgang mit Läusen besiedelter Personen sinnvoll erscheinen: „meiner Ansicht nach wäre es jedoch für einen Arzt unwürdig, sich in einer Weise herzurichten, die an die mittelalterlichen Pestärzte erinnert. [...] Leider hat man die Thesen, die ich in der 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien (September 1913) vortrug, nicht berücksichtigt, so dass Zehntausende als Zeugen mangelhafter hygienischer Maßnahmen an Fleckfieber erkrankten und eines unrühmlichen Seuchentodes starben.

Heute ist mir nur die Genugtuung geblieben, dass ich von den vor 26 Jahren aufgestellten Schlusssätzen der eben erwähnten Arbeit auch nicht einen zurücknehmen brauche.“

Aufgrund der geringen Besiedlung der Insassen mit Läusen und der Annahme, „daß die Inkubationszeit sicherlich schon überschritten ist“ wurde damit gerechnet, dass die [Fleckfieber-]Erkrankung nur auf diesen einen Fall beschränkt bleiben wird.¹⁵¹

Auf eine „Vornahme einer nochmaligen gründlichen Entlausung aller Lagerinsassen“ wurde verzichtet; „zudem sind, wie mir der Lagerarzt soeben nochmals versichert, keine weiteren Verlausungen mehr zu befürchten.“¹⁵²

Dass sowohl der Amtsarzt Dr. Jonas als auch der leitende Arzt der Strafgefangenenlager, Dr. Hillman, die Lage falsch eingeschätzt hatten, zeigt eine Ergänzung des oben zitierten Briefes an den Regierungspräsidenten vom 03.12.1941. Zunächst wird über den oben erwähnten an Fleckfieber erkrankten polnischen Strafgefangenen H. berichtet, der „seit 3 Tagen entfiebert ist und sich auf dem Wege der Besserung befindet.“

Ferner wurde „die über das ganze Lager verhängte Sperre [...] für die Dauer von 23 Tagen, gerechnet von dem 1. Isolierungstag des Erkrankten ab (25.11. [1941]) ausgedehnt (nach Besprechung mit dem Lagerarzt, Lagervorsteher und Amtsarzt und nochmaliger Untersuchung des Kranken).“¹⁵³

Der Grund für diese zunächst paradox erscheinende Ausweitung der Quarantäne trotz Genesung des Fleckfieberpatienten wird im folgenden Abschnitt desselben Briefes geliefert:

„Soeben teilt mir der Lagerarzt fernmündlich mit, dass heute Nachmittag ein 2. Verdachtsfall zur Aufnahme auf die Isolierabteilung gekommen ist. Es handelt sich um einen 22jährigen poln. Zivilgefangenen, der am 3.11.1941, zusammen mit dem Ersterkrankten im Lager aufgenommen worden ist. Auch dieser Kranke soll im Polizeigefängnis in Posen in Haft gewesen sein.

Er fühlt sich seit 7 Tagen krank, hat sich jedoch erst heute dem Lagerarzt zur Untersuchung vorgestellt. [...] Es ist anzunehmen, dass die Infektion bereits auf dem Transport nach Neusustrum erfolgt ist.

Erst heute erfahre ich, dass die am 3.11.1941 aufgenommenen Strafgefangenen mehrere Wochen unterwegs waren und den Transport nach Neusustrum etappenweise zurückgelegt haben. Der Lagerarzt selbst war bisher über die längere Dauer des Transports nicht unterrichtet.

¹⁵¹ Bericht des Amtsarztes an den Regierungspräsidenten Osnabrück v. 28.11.1941. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

¹⁵² Vgl. Ebd.

¹⁵³ Ergänzungsbericht des Amtsarztes an den Regierungspräsidenten Osnabrück v. 03.12.1941. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

Ich habe mit dem Lagerarzt die Vereinbarung getroffen, dass sofort sämtliche Strafanstalten, in denen die Erkrankten während des Transportes untergebracht waren, ermittelt, und die betr. Anstalten über die Erkrankungen unterrichtet werden.“¹⁵⁴

Auf Anfrage des Regierungspräsidenten Osnabrück erfolgte durch den Amtsarzt am 13.12.1941 ein „umgehender Bericht“ zur Lage, in dem über die Dauer der Inkubationszeit berichtet wird und die Möglichkeit der Ansteckung der beiden Häftlinge untereinander:

„Der 2. Erkrankte[!] wohnte mit dem zuerst Erkrankten H. in der gleichen Baracke, sodass die Möglichkeit einer engen Berührung im Lager Neusustrum geboten war.“

Der Amtsarzt Dr. Jonas ging ebenfalls auf den Übertragungsweg des Fleckfiebers ein, indem er berichtete, „wiederholte Kontrolluntersuchungen haben ergeben, dass der Kranke nicht mit Läusen behaftet ist.“¹⁵⁵

Zu einer Läusebesiedlung des zweiten Erkrankten wird keine Aussage getroffen. Die Infektion mit dem Fleckfieber erfolgte wohl, wie bereits vom Amtsarzt vermutet, außerhalb des Lagers, vermutlich im Polizeigefängnis Posen, in dem beide Häftlinge kurz vor dem Eintreffen in das Lager Neusustrum zusammen inhaftiert waren. Aus Sicherheitsgründen sind jedoch die getroffenen Maßnahmen zur Isolierung zunächst beibehalten worden.

Zunächst schien es, dass es sich bei den Fleckfiebererkrankungen um ein sporadisches Auftreten der Krankheit handelte, eingeschleppt aus einem auswärtigen Gefängnis. Aus diesem Grunde sollten auch die getroffenen Sicherheits- und Isolierungsmaßnahmen bis zum 24.12. bzw. 25.12.1941 für Außen- und Innenlager¹⁵⁶ bestehen bleiben,

¹⁵⁴ Bericht des Amtsarztes an den Regierungspräsidenten Osnabrück v. 13.12.1941, Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

¹⁵⁵ Vgl. Ebd.

¹⁵⁶ Jedes Lager selbst war unterteilt in Innen- und ein Außenlager: „Der eigentliche Lagerbereich war von einem etwa 3 m hohen Stacheldrahtzaun umgeben, der unter Strom gesetzt werden konnte. [...] Innerhalb des Zaunbereichs war eine Trennung in Vorlager (Verwaltung, Küche, Materiallager, Wäscherei und Bad, Werkstätten, Revier mit Krankenstube, Arrestbaracke) und Hauptlager (Gefangenenbaracken).“

Aus dem Bericht des ehem. Wachsoldaten Heinz S. in: Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 3535.

anschließend war eine Aufhebung der Quarantäne geplant, „falls keine weiteren Fälle mehr auftreten.“¹⁵⁷

Ob es an diesem Datum zu einer Aufhebung der Isolierung für das Lager Neustrum gekommen ist, geht aus dem Aktenmaterial nicht mehr hervor.

Wohl aber wird im gleichen Schreiben über weitere Fälle von Fleckfieber aus einem anderen Lager, dem Lager Oberlangen (Lg. VI), informiert:

„Inzwischen sind hier verschiedene Meldungen über Flecktyphuserkrankungen im Lager VI Oberlangen, in dem sowj. Kriegsgefangene untergebracht sind, eingegangen. Es sind dort bisher erkrankt: 3 Soldaten der Wachtruppe und 4 sowj.-russ. Kriegsgefangene. Das Lager ist ebenfalls seit etwa 8 Tagen gesperrt.“¹⁵⁸

Ebenfalls erfolgte aus dem Lager Oberlangen (Lg. VI) selber, welches zu dieser Zeit als Kriegsgefangenenlager fungierte, am 13.12.1941 eine Meldung des zuständigen Lagerarztes an die zuständige übergeordnete Instanz, „dem Korpsarzt b. stellv. Gen. Kdo. VI. A.K. Münster“:

„Gruppe San.-Offiziere im M.-Stammlager VI/B meldet folgenden weiteren Fall von Flecktyphusverdacht aus dem Lager Oberlangen:
russ. Kr. Gef. Nr. 34847 Dr. S. – Dr. S. befindet sich seit dem 5.12.41 im Lager Oberlangen und erkrankte dort am 7.12.41. Vorher befand sich Dr. S. als Arzt im Teillager Wesuwe.“¹⁵⁹

Auch hier handelte es sich aufgrund der kurzen Inkubationszeit um eine eingeschleppte Infektion. Es war nicht eruierbar, wie lange sich der o.g. Kriegsgefangene bereits im Lager Wesuwe (Lg. VIII) befunden hatte.

Aus dem noch bestehenden Schriftwechsel zwischen dem Gesundheitsamt und der Regierung bzw. den Strafgefangenenlagern gehen für diesen Zeitraum (Herbst und Winter 1941/42) keine weiteren Infektionen durch Fleckfieber hervor.

¹⁵⁷ Vgl. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

¹⁵⁸ Ebd. Brief des Amtsarztes an den Regierungspräsidenten vom 13.12.1941.

¹⁵⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

Demgegenüber stehen insgesamt 64 Fleckfiebermeldungen aus verschiedenen, oben zum Teil schon erwähnten Lagern, welche von den Lagerärzten selber an das Gesundheitsamt gesendet wurden:

- Brual-Rhede (Lg. III) 1 Erkrankung (12.12.1943, Meldung erfolgte jedoch erst am 31.12.1943)
- Neusustrum (Lg. V) 2 Erkrankungen (die bereits oben im Text erwähnten polnischen Strafgefangenen, Meldung v. 27.11.1941)
- Oberlangen (Lg. VI) 15 Wachleute
22 russische Gefangene
7 polnische Gefangene
- Wesuwe (Lg. VIII) 4 russische Gefangene (15.12.1941)
- Versen (Lg. IX) 1 französischer Gefangener (19.12.1941)
- Fullen (Lg. X) 12 Gefangene (30.12.1941-17.01.1942)¹⁶⁰

} 03.12.1941-
28.01.1942

Weitere Berichte zu den Erkrankungen in den oben aufgelisteten Lagern liegen nicht vor, weder in den Akten des Gesundheitsamtes noch in den Verwaltungsakten der Lager bzw. Lagerleitung. Es wurde aber auch für diese Lager eine Quarantäne verordnet. So heißt es in dem „Bericht des ehemaligen Wachsoldaten Heinz S. über die Zustände in Fullen (Januar-Juli 1942)“:

„Am 13. Januar wurde ich als Schreiber zum Lagerfeldweibel mit vier weiteren Kompaniekameraden, diese als Kompanieführer, kommandiert. Wir hatten damit Zutritt zum eigentlichen Lager. Wegen zahlreicher Fleckfiebererkrankungen unter den Gefangenen stand der gesamte Gefangenenteil des Lagers mit dem dazugehörigen Personal, also auch uns, unter Quarantäne. Wir hatten eine abgesonderte Baracke im Truppenbereich und mußten auf einem vorgeschriebenen Weg ins Lager gehen. Kontakt mit anderen Kameraden, Kantinenbesuch, Ausgang, Urlaub gab es nicht, wohl aber doppelte Verpflegung und Rauchwaren. Eine Ordonanz brachte uns die Verpflegung. Zweimal in der Woche mußten wir baden und die Wäsche wechseln.“¹⁶¹

¹⁶⁰ Auszählung der Meldung von Fleckfiebererkrankungen aus den Emslandlagern. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch. Nr. 422. Die Daten hinter den Zahlen geben jeweils den Zeitraum wieder (erstes und letztes Datum der Meldung einer Erkrankung).

¹⁶¹ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 3536.

Somit stand mindestens ein weiteres Lager, das Lager Fullen (Lg. X), aufgrund von Fleckfiebererkrankungen unter Quarantäne. Über die hygienischen Bedingungen fährt S. weiter fort:

„Bei der Übernahme waren etwa 420 Gefangene im Lager. In den ersten Wochen starben täglich etwa 6 Gefangene, meistens an Fleckfieber.¹⁶² Schlechte Ernährung und mangelnde Hygiene hatten zu dieser epidemischen Erkrankung geführt, die auch außerhalb des Lagers bekannt wurde. Die drei polnischen Ärzte¹⁶³ hatten diese Erkrankung überstanden, kannten also Symptome und Verlauf. Die Gefangenenverpflegung wurde verbessert; entscheidend war jedoch, daß die Gefangenen unter Aufsicht des Arztes baden mußten, frische Wäsche erhielten und ihre Kleidung in einer Entlausungskanone, die der Arzt persönlich bediente, entlaust wurde. Anschließend wurden andere Baracken bezogen und die bisher belegten entwest.

Der in Hattingen an der Ruhr geborene polnische Lagerarzt Dr. B. ist hier mit seinen beiden Unterärzten besonders zu erwähnen. Nicht nur die von ihm vorgenommene Entlausung, sondern auch die ärztliche Versorgung der Gefangenen im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten und vorhandenen Medikamente, ließen die Sterberate sinken, zu der mit dem Winterende das bessere Wetter kam. Etwa Anfang März gab es im Lager keine Fleckfieberkranken mehr.“¹⁶⁴

Zur Prophylaxe von weiteren Erkrankungen wurde ein Läusebefall bei Bekanntwerden sofort gemeldet, eine wichtige Rolle spielen hier als Friseure tätige Gefangene:

„Den Friseuren wurden die Handwerksgeräte [...] in ausreichendem Maße gestellt. Auf regelmäßigen Haarschnitt wurde geachtet. Die Friseure hatten auf Kopfläuse zu achten und den Befund zu melden.“¹⁶⁵

¹⁶² Bei den oben aufgeführten Meldungen entfielen 14 Meldungen auf das Lager Fullen (Lg. X), diese stammen aus dem Zeitraum vom 30.12.1941 bis zum 17.01.1942. Der Wachsoldat S. war vom 11.01.1942 – 21.07.1942 im Lager Fullen eingesetzt. Somit muß er kurz nach dem Ausbruch der Epidemie in das Lager versetzt worden sein, welches bereits unter Quarantäne stehen dürfte. Es besteht weiter eine Diskrepanz zwischen seiner Aussage, daß „täglich etwa 6 Gefangene, meistens an Fleckfieber“ starben und der Anzahl der Meldungen aus dem Lager (nämlich *insgesamt lediglich 14 Meldungen*). Entweder waren unter diesen etwa 6 toten Häftlingen am Tag die an Fleckfieber verstorbenen doch in der Minderzahl oder die Meldungen sind nicht vollzählig. Sollte dies der Fall sein, kann davon ausgegangen werden, daß auch die Meldungen der anderen Lager nicht mehr vollständig erhalten sind und die Epidemie nicht nur auf die 64 gemeldeten Fälle beschränkt war, sondern das Ausmaß der Epidemie bei weitem größer, als es hier zunächst scheint.

¹⁶³ Unter den Häftlingen im Lager Fullen befanden sich 3 Ärzte aus Polen, diese „galten als westliche Kriegsgefangene und hatten, im Gegensatz zu den Russen, Anrecht auf Behandlung nach der Genfer Konvention und erhielten bessere Verpflegung.“

Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 3538.

¹⁶⁴ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 3536f.

¹⁶⁵ Ebd. S. 3538.

Zudem erfolgte eine Impfung des Wachpersonals gegen Fleckfieber: „Drei Antifleckfieberinjektionen erhielten wir, die letzte am 7. Februar [1942]. Das Injektionsgut sollte aus Krakau stammen und eine Ampulle 15 RM kosten.“¹⁶⁶

Nach den Angaben des Wachsoldaten endete die Quarantäne im Lager Fullen (Lg. X) am 25. Februar 1942. Ob im Lager Neusustrum (Lg. V), aus dem die ersten Meldungen von Fleckfiebererkrankungen stammten, die Sperre, wie bereits geplant, am 25.12.1941 aufgehoben wurde, ist nicht bekannt.

Eine weitere Fleckfiebererkrankung ist aus dem Jahre 1943 dokumentiert durch einen „Bericht über eine Fleckfiebererkrankung des Strafgefangenen Martin K., geb. 12.12.1919 in K., z.Zt. im Strafgefangenenlager III in Rhede. (Nr. 1107/43.)“ des Amtsarztes Dr. Jonas an den „Beauftragten für die Fleckfieberbekämpfung Weser/Ems“ in Bremen vom 03.01.1944:

„Der Zuchthausgefangene K. wurde am 20. 11. 1943 vom Zuchthaus Wartenburg/Ostpr. nach Lager III in Rhede verlegt. Er wurde kurz nach der Ankunft im Lager als Dreher in dem Lager III unterhaltenen Zweigbetrieb der Fa. K. von Weener beschäftigt und erkrankte am 12. 12. 1943 an hohem Fieber, Somnolenz und bronch. Erscheinungen. Da in dem genannten Rüstungsbetrieb in letzter Zeit schwere Pneumonieerkrankungen gehäuft aufgetreten sind, wurde die Erkrankung zunächst als Pneumonie gewertet und entsprechend behandelt. Prodromalerscheinungen sind nicht beobachtet worden. [...]
Die Behandlung bestand in Eubasin-Stoss und Herzmittel.“¹⁶⁷

Es erfolgte eine Blutuntersuchung (am 17.12.1943, dem 5. Krankheitstag), bei der sich der Titer für Flecktyphus als positiv herausstellte. Aufgrund einer Verzögerung gelangte eine Meldung an das Gesundheitsamt jedoch erst am 31.12.1943:

„Da der Lagerarzt, Reg. Med. Rat. Dr. T., vom 22.-30.12.1943 in Urlaub war, habe ich erst am 31.12.1943 eine Meldung über den Erkrankungsfall erhalten[...].“¹⁶⁸

Eine Isolierung des Patienten bestand bereits am Tag der Blutentnahme bei Verdacht auf eine Fleckfiebererkrankung. Es wurde lediglich eine Isolierung des Patienten in einem abgesonderten Revierraum, jedoch nicht eine Isolierung des kompletten Lagers vorgenommen.

¹⁶⁶ Ebd. S. 3536.

¹⁶⁷ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Asch Nr. 422.

¹⁶⁸ Ebd.

Diese erfolgte erst am 31.12.1943 mit Eingehen der Meldung beim Amtsarzt:

„Es wurden folgende Maßnahmen getroffen:

- 1.) sofortige Verhängung einer Lagersperre für Zu- und Abgänge. Da in der Zeit vom 12. – 30.12. eine Anzahl Verlegungen von Strafgefangenen nach auswärtigen Stellen erfolgt sind, wurden die betr. Stellen sofort benachrichtigt.
- 2.) Am 30. und 31.12.1943 wurden eingehende Ungezieferappelle der gesamten Lagerbelegschaft durchgeführt. Es wurden vereinzelt Kleiderläuse festgestellt.
- 3.) Zum 1. 1. 1944 ist eine gründliche Entlausung der gesamten Lagerbelegschaft angeordnet. Sämtliche Gefangene erhalten frische Wäsche. Die verbrauchte Wäsche wird sofort einer Dampfdesinfektion unterzogen. Ausserdem wurden eine gründliche Reinigung der Baracken und Erneuerung der Strohsäcke und Bettwäsche angeordnet.
- 4.) Sämtliche Aussenarbeiten wurden am 31. 12. eingestellt. Der interne Arbeitsbetrieb der F. K. läuft weiter, da es sich um einen kriegswichtigen Betrieb handelt.
- 5.) Die Beamten und Wachtmannschaften des Lagers wurden über die Art der Erkrankung und über die zu treffenden Abwehrmassnahmen durch den Lagerarzt eingehend unterrichtet und angewiesen, verdächtige Krankheitserscheinungen unter der Lagerbelegschaft sofort zu melden.“¹⁶⁹

Weitere Fleckfiebererkrankungen sind im Lager Brual-Rhede (Lg. III) nicht aufgetreten, somit wurde die Quarantäne des Lagers am 08.01.1944 wieder aufgehoben.¹⁷⁰

Dieses war der letzte dokumentierte Fall einer Fleckfiebererkrankung aus den Emslandlagern.

¹⁶⁹ Ebd.

¹⁷⁰ Vgl. Ebd.

4.1.4 Sonstige Infektionskrankheiten

In diesem Kapitel sollen weitere, im Hauptlazarett behandelte Infektionen und Infektionskrankheiten besprochen werden. Hierbei handelt es sich um Infektionen, die lokal auf einen Körperabschnitt oder ein Organ begrenzt sind. Zu unterscheiden sind dennoch:

- a) Infektionen, welche ansteckend sind und zu einer Erkrankung größerer Gruppen führen kann. Hier ist vor allem neben der schon beschriebenen Gastroenteritis der „banale“ broncho-pulmonale Infekt zu nennen.
- b) Lokal begrenzte, nicht ansteckende Infektionen. Zu nennen sind hier an erster Stelle das Erysipel und die Phlegmone. Sie betreffen (zunächst) nur einen einzelnen Körperabschnitt, können sich jedoch, je nach Abwehrlage, auf andere Organsysteme bzw. Körperregionen ausbreiten oder gar systemisch werden.

Ansteckende Infektionen

Neben der schon oben erwähnten z.T. hochansteckenden Erkrankungen des gastrointestinalen Systems (Ruhr, Typhus und andere Gastroenteritiden) sind vor allem die Erkrankungen der Atemwege zu nennen, namentlich der bronchiale Infekt bzw. die Bronchitis. Es wurde in dieser Aufzählung nicht zwischen akuter und chronischer Bronchitis unterschieden, da insgesamt nur 5 Fälle einer chronischen Bronchitis behandelt wurden; bei Durchsicht der Krankenakten unterschieden sich diese Fälle weder im Alter der Patienten noch der Liegedauer von den akuten Bronchitiden maßgeblich. Auch die umgangssprachlich mit „Grippe“ oder „Erkältung“ bezeichneten Infektionen wurden dieser Gruppe zugeordnet.

Ebenso gehört in diese Gruppe die Lungenentzündung oder Pneumonie, da zum einen das gleiche Organ betroffen ist und zum anderen zumeist ein identischer Infektionsweg besteht.

Ferner wurden in diesem Zusammenhang die Häftlinge mit der Diagnose „Pleuritis“ und „Pleuraempyem“ mit einbezogen, es handelt sich hierbei nicht um eine ansteckende

Infektionskrankheiten im eigentlichen Sinn, Pleuritiden können aber unter anderem infolge von „verschleppten“ Lungenentzündungen auftreten.

Außer Acht gelassen wurden in der Auswertung 17 Fälle einer „Lungenerkrankung“, zu denen keine weitere Differenzierung aufgrund dieser nur ungenauen Diagnose möglich war. Die Liegedauer betrug bei diesen Häftlingen zwischen 2 und 62 Tagen, die Häftlinge waren zwischen 20 und 48 Jahre alt. Die meisten dieser Häftlinge (13) befanden sich im Zeitraum zwischen 1934 und 1939 in der Behandlung, welche oft nur aus einer „Beobachtung“ bestand, 10 dieser Häftlinge wurden als moorunfähig entlassen. Dennoch erfolgte keine genauere Angabe zur Diagnose.

4.1.4.1 Erkältungskrankheiten

Definition: Unter einer Erkältung versteht man eine Infektion der Schleimhäute des Atemtrakts. Diese wird durch unterschiedlichste Virenstämme verursacht (Adeno-, ECHO-, Rhinoviren u.a.) und bietet unterschiedliche klinische Erscheinungsbilder (Rhinitis, Sinusitis, Bronchitis usw). Abzugrenzen von der banalen Erkältung ist die durch Influenzaviren hervorgerufene Grippe.

Diagnostik: Das klinische Bild mit Symptomen wie Husten, Krankheitsgefühl, Fieber, Frösteln, Muskel- und Kopfschmerzen ist wegweisend, weitere Diagnostik zumeist nicht notwendig.

Therapie und Verlauf: Die Therapie ist rein symptomatisch orientiert durch Analgetika und Antipyretika, ggf. auch Antitussiva oder Inhalationen bei quälendem Husten.

Als Komplikationen können bakterielle Superinfektionen auftreten, welche antibiotisch behandelt werden müssen.¹⁷¹

Da zu der damaligen Zeit Viren als Erreger in dem Umfang noch nicht bekannt waren, folgt ein Auszug aus einem zeitgenössischen internistischen Fachbuch:

„Die echte Grippe oder Influenza ist eine schon seit langem bekannte Krankheit, die in großen Seuchenzügen, Pandemien, von bestimmten Orten ausgehend, ganze Erdteile, ja, die ganze Welt heimsucht. Hinter den großen Wellen spielen sich mildere, weniger umfassende Schübe ab. [...]

Der *Erreger* ist noch nicht ganz sicher bekannt. Die ätiologische Bedeutung des von Pfeiffer 1892 entdeckten grampositiven Stäbchens, des sog. Influenzabazillus, ist stark umstritten. [...] Man denkt auch an ein filtrierbares Virus. [...]

¹⁷¹ Arastéh, K. et. al. 2009. S. 1093f.

Die Diagnose ‚Grippe‘ ist eine beliebte Verlegenheitsdiagnose für fieberhafte Zustände ungeklärter Herkunft. Sie verleitet zu flüchtiger Untersuchung und führt zur Verkennung ernster Krankheiten. [...]

Die Diagnose Grippe muß also gewahrt bleiben für die sicheren Fälle der Krankheit während einer Epi- oder Endemie. Für andere Situationen habe man den Mut zur Diagnose: Infekt unklarer Herkunft!¹⁷²

4.1.4.2 Pneumonie

Definition: Die Pneumonie bezeichnet die Entzündung der Lunge. Unterschieden wurde zwischen einer Bronchopneumonie (Durchsetzung der Lunge diffus von Erregerherden, meist im Verlauf eines oder mehrerer Bronchien) und der Lobärpneumonie (Infiltration eines oder mehrerer Lungenlappen).¹⁷³

Häufigster Erreger der klassischen bakteriellen Lobärpneumonie ist Streptokokkus pneumoniae. Darüber hinaus können Staphylokokken und andere Kokken, Haemophilus influenzae und seltener Klebsiellen eine Lungenentzündung auslösen.¹⁷⁴

Diagnostik: Zumeist beginnt die Krankheit plötzlich mit hohem Fieber, oft von Schüttelfrost begleitet; es können jedoch auch Infekte des oberen Respirationstraktes vorausgehen. Oft besteht ein (u.U. heftiger) Hustenreiz, z.T. mit Auswurf, und mäßige thorakale Schmerzen. Je nach Ausprägung können eine flache hochfrequente Atmung, Klopfeschallabschwächung, Rasselgeräusche, Pleurareiben und gelegentlich die Ausbildung einer Zyanose hinzukommen.

Laborchemisch findet sich eine Leukozytose; im Sputum lässt sich oft ebenfalls der Erreger nachweisen, zudem viele neutrophile Granulozyten. Röntgenologisch zeigen sich typische Infiltrate in den befallenen Organanteilen.

Verlauf: die klassische Lobärpneumonie durchläuft vier verschiedene Stadien (Anschorfung, rote und graue Hepatisation und Resolution, genannt nach dem pathologisch-anatomischen Korrelat). Klinisch zeigen sich ein nahezu durchgehend hohes Fieber und die o.g. Symptome der Krankheit, welche eine Woche und länger persistieren. Die Pleura kann in Form einer Pleuritis mitbetroffen sein. Der Fieberabfall nach ca. 10 Tagen kann plötzlich (kritische Entfieberung) oder langsam (lytische Entfieberung) sein. Der Lungenbefund selber klingt erst nach einigen Tagen nach Entfieberung wieder ab.

¹⁷² Wolf, H. J. 1941. S. 484ff.

¹⁷³ Die heute noch bestehende Einteilung von Lobär- und Bronchopneumonie ist zu Gunsten der Einteilung entsprechend der Ätiologie in den Hintergrund gerückt.

¹⁷⁴ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 43ff.

Therapie: Zur damaligen Zeit bestand die Therapie durch Gabe von Sulfonamidpräparaten, alternativ auch durch Chinin¹⁷⁵. Zudem symptomatische Therapie (kreislaufstützende Maßnahmen, antipyretische, ggf. antitussive und mukolytische Therapie, bei Bedarf Sauerstoffgabe) und strenge körperliche Schonung (Bettruhe ist empfohlen).

Prognose: „Für die Prognose der Pneumonie ist der Allgemeinzustand des Patienten entscheidend wichtig. In höherem Lebensalter ist der Kreislauf stark beeinträchtigt, im Greisenalter ist die Prognose infaust. Ebenso sind Potatoren [Trinker] stark gefährdet. Jede Kombination mit anderen Krankheiten, vor allem mit Diabetes, Tuberkulose und jede Komplikation trübt die Prognose.“¹⁷⁶

Heute werden von der „klassischen“ Pneumonie die „atypischen“ Pneumonien abgegrenzt, verursacht durch Viren, Chlamydien, Mykoplasmen und Legionellen. Eine Vielzahl weiterer Erreger können Pneumonien verursachen, auf die soll jedoch nicht weiter eingegangen werden.¹⁷⁷ Der Erreger gelangt meist über den Respirationstrakt in die Lunge, aber auch eine hämatogene Besiedlung ist möglich. Die Behandlung erfolgt chemotherapeutisch (möglichst gezielt nach Erregernachweis) und symptomatisch (Schonung, Antitussiva, Sauerstoffgabe, Kreislaufstabilisierung).¹⁷⁸

¹⁷⁵ Hartleben, H., Schad, G. Taschenbücher des Truppenarztes. Band I. Innere Medizin und Hygiene. München. 1936. S. 26.

¹⁷⁶ Ebd. S. 50.

¹⁷⁷ Gemeint sind Erreger von nosokomialen Infektionen durch Pseudomonas aeruginosa, Enterobakterien, Anaerobier, Pilze und z.T. antibiotikaresistente Bakterienstämme (Methicillin- bzw. Oxazillinresistente Staphylokokkus aureus Stämme, = MRSA bzw. ORSA). Bei HIV-Patienten treten gehäuft Pneumonien durch Pneumocystis carinii auf. Diese hier genannten Erreger und auch die o.g. Erreger der atypischen Pneumonien spielen jedoch für diese Arbeit eine zu vernachlässigende Rolle.

¹⁷⁸ Vgl. Höffgen, G. et. al. S3-Leitlinie zu Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobieller Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie - Update 2009. In: Pneumologie 2009; 63. S.e1 ff.

4.1.4.3 Pleuritis

Definition: Die Pleuritis bezeichnet eine Entzündung der Pleura. „Die entzündlichen Krankheiten des Rippenfells sind meist Begleitzustände anderer Krankheiten.“¹⁷⁹ Sie entsteht durch Übergreifen benachbarter Krankheiten (der Lunge, Mediastinum, Speiseröhre und Brustwand) auf die Pleura. Eine hämatogene Absiedlung ist ebenfalls möglich, jedoch selten. Ebenfalls tritt eine reaktive Pleuritis häufig auf bei rheumatischen und allergischen Erkrankungen, Urämie, Lupus erythematodes, Tuberkulose und malignen Erkrankungen.

Unterschieden wird zwischen der „Pleuritis exsudativa“ und der „Pleuritis sicca“.

Diagnostik: Klinisch ist ein charakteristischer Pleuraschmerz, oft begleitet von Husten und Fieber. Auskultatorisch besteht bisweilen ein pleurales Reibegeräusch oder auch eine Schalldämpfung (je nach Form der Pleuritis). Röntgenologisch lässt sich ein Erguss ab einer Menge von ca. 200-400ml nachweisen.

Therapie: Die Therapie ist meist symptomatisch, oftmals ist der Erguss rückläufig bei Therapie der Grunderkrankung. Komplikationen können bei großen Ergüssen eine Behinderung der Atemexkursion sein, daher ist unter Umständen eine Pleurapunktion¹⁸⁰ bzw. eine operative Therapie indiziert, wenn: „1. durch Verdrängungserscheinungen infolge der Größe des Ergusses Atem- und Kreislaufstörungen auftreten und
2. nach geraumer Zeit die Aufsaugung sich verzögert.“¹⁸¹

Ferner gibt es die Möglichkeit der Thorakotomie: „Die Thorakotomie mit Rippenresektion soll, abgesehen vom tuberkulösen Empyem [...], älteren Empyemen mit größeren Fibringerinnseln vorbehalten bleiben. Sie stellt einen wesentlich schwereren Eingriff dar.“¹⁸²

Verlauf: Verlauf und Prognose sind vor allem abhängig von der ursächlichen Erkrankung, welche zur Ausbildung des Pleuraergusses geführt hat. Bei unvollständiger Rückbildung kann es zur Ausbildung einer Pleuraschwarte kommen.

Die Ansätze zur Diagnostik und Therapie gelten auch heute noch. Selbst heute bleibt „Ein erheblicher Teil der Pleuraergüsse [...] diagnostisch ungeklärt.“¹⁸³

¹⁷⁹ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 66.

¹⁸⁰ Die Punktion des Ergusses hat den Vorteil, daß sie zum einen therapeutisch eine Entlastung der Pleurahöhle schafft, zum anderen bietet sie die Möglichkeit der Diagnostik durch weitere Untersuchungen des Punktats (z.B. Keimdiagnostik zur gezielten Antibiose oder histologisch/zytologische Begutachtung).

¹⁸¹ Ebd. S. 66f.

¹⁸² Garrè [u.a.]. Lehrbuch der Chirurgie. Springer Verlag. Berlin. 1942. S. 224.

¹⁸³ Siegenthaler, W. [u.a.]. 1992. S. 311.

Inzidenz der respiratorischen Erkrankungen

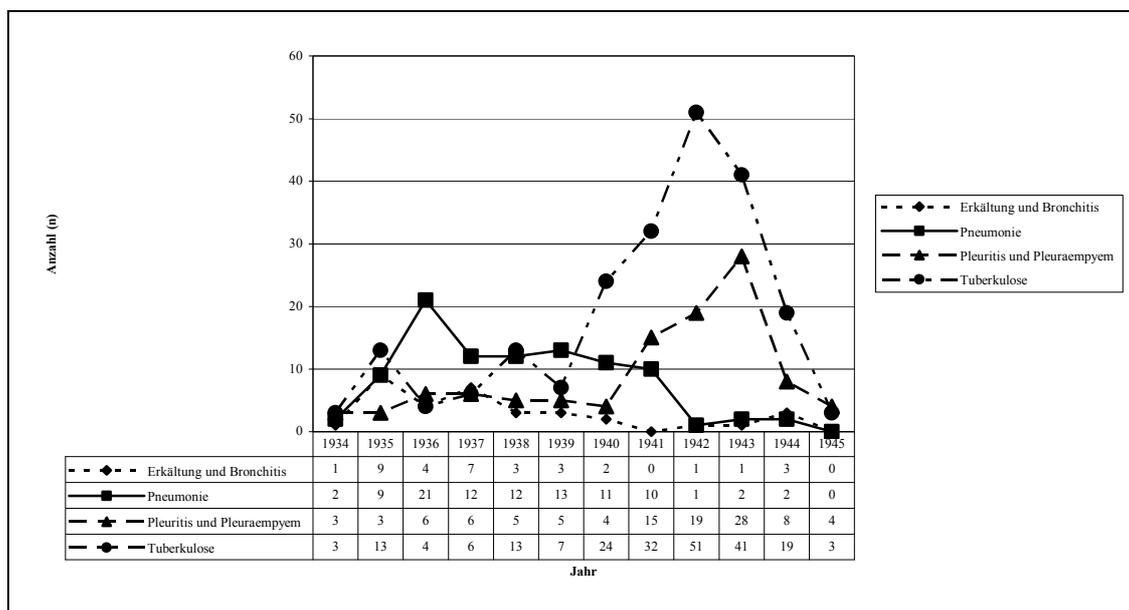


Abbildung 14: Inzidenz der bronchopulmonalen Infektionen

Das oben aufgeführte Diagramm zeigt eine Übersicht der in den Jahren 1934-1945 in den Lagern und im Marienhospital Papenburg behandelten bronchio-pulmonalen Infekte (Erkältung, akute und chronische Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis und Pleuraempyem). Der Vollständigkeit halber ist auch die bereits beschriebene Tuberkulose als Erkrankung (vorwiegend) des Respirationstraktes mit aufgeführt.

Beim Vergleich der Graphen zeigte sich im ersten Jahr (1934) zunächst nur ein Fall von Bronchitis, 2 Fälle von Pneumonie und 3 Erkrankungen an Pleuritis. Im darauffolgenden Jahr kam es sowohl zu einem Anstieg der Erkrankungen an Pneumonie (9 Fälle) als auch der Erkältungen (ebenfalls 9). Dem gegenüber blieb die Zahl der Erkrankungen an Pleuritiden unverändert bei 3 Fällen für das Jahr 1935.

Die Zahl der Pneumonien erreichte 1936 den Höchststand mit 21 Erkrankungen. Die Zahl der Erkältungskrankheiten war auf vier Fälle zurückgegangen.

Im weiteren Verlauf sank die Zahl der Pneumonien und hielt sich in den Jahren 1937 bis 1941 in einem Bereich zwischen 10 und 13 Erkrankungen/Jahr. Dann fiel sie auf nur ein oder 2 Erkrankungen in den Jahren 1942-1945 zurück. Für das Jahr 1945 sind im Hauptlazarett keine Einweisungen aufgrund einer Pneumonie erfolgt.

Im Ganzen sind 95 Krankenverläufe mit einer Pneumonie aufgezeichnet worden.

Die Zahlen der behandelten Bronchitiden und Erkältungskrankheiten (insgesamt 34 Fälle) verhielten sich ähnlich, in den Anfangsjahren waren einige Fälle zu verzeichnen (9 Fälle 1935 und 7 Fälle 1937), dann fiel diese Zahl ab 1938 auch rasch zurück bis auf nur maximal 3 Fälle im Jahr.

Anders verhielt es sich mit den Erkrankungen an Pleuritiden. War hier die Zahl der behandelten Patienten zunächst rel. niedrig (zwischen den Jahren 1934 bis 1940 lag sie zwischen 3 und 6 Patienten/Jahr), so stieg sie 1941 sprunghaft auf 15 an und erreichte 1943 mit 28 Patienten den höchsten Wert. Für die folgenden Jahre waren noch 8 Erkrankungen (1944) und 4 Fälle (1945) dokumentiert. Für die ganzen Jahre sind 106 Fälle von Pleuritis und Pleuraempyem dokumentiert.

Wie schon oben erwähnt ist sowohl die konservative Therapie einer Pleuritis möglich, in schwereren Fällen kann jedoch ein Eingriff in Form einer Punktion oder gar einer Rippenresektion angezeigt sein.

Von den insgesamt 106 Fällen von Pleuritis und Pleuraempyem wurden insgesamt 39 Fälle operationspflichtig. Die Mehrzahl der Operationen fiel, wie schon der Anstieg der Inzidenzen vermuten lässt, vor allem in den Zeitraum zwischen 1941 und 1945. Bis 1938 sind lediglich 3 Fälle einer Pleuritis bzw. eines Pleuraempyems operativ behandelt worden.

Ebenso verhält es sich mit den insgesamt 216 Tuberkuloseerkrankungen. Die Häufigkeit an Tuberkuloseerkrankungen lag in den Jahren 1934-1940 zwischen 3 und 13 Fälle im Jahr, steig dann aber ebenso wie die Anzahl der Pleuritiden ab 1941 sprunghaft an (32 Fälle) auf bis zu 51 Fälle im Jahr 1942. Ebenso fiel die Zahl der Häftlinge dann wiederum in den folgenden Jahren (1943: 41; 1944 19; 1945: 3 Erkrankungen).

Vergleicht man die Kurven miteinander, zeigt sich ein antizyklischer Verlauf der Kurven Pneumonie/Bronchitis und Pleuritis/Tuberkulose. Um die Ursache ausfindig zu machen, wurden die Krankheiten des Respirationstraktes weiter nach folgenden Gesichtspunkten ausgewertet:

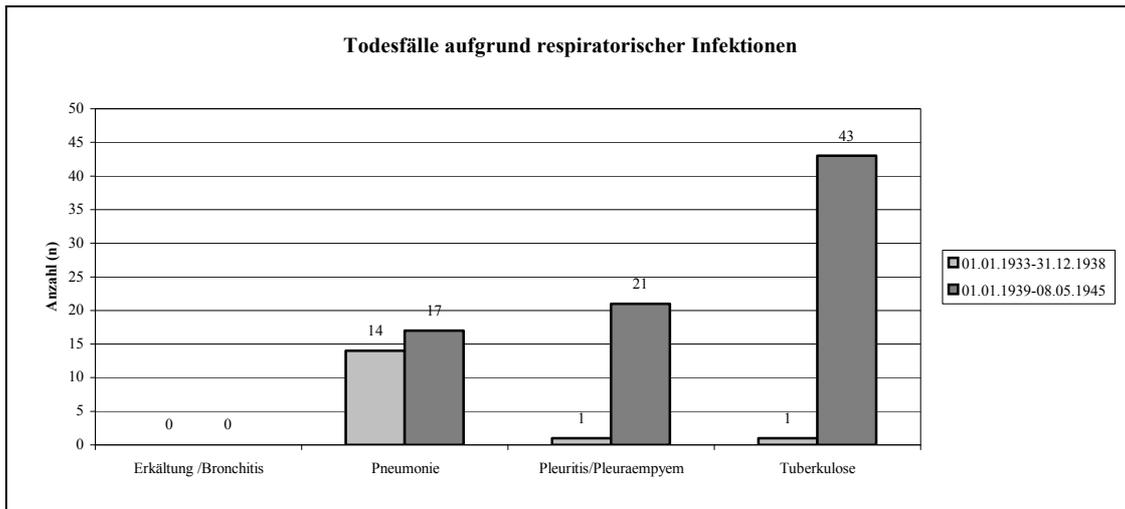


Abbildung 15: Todesfälle durch Infektionen des Respirationstrakts

Das Diagramm Abb. 15 zeigt die Todesfälle an den Erkrankungen Erkältung/Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis bzw. Pleuraempyem und Tuberkulose. Weiter wird differenziert zwischen den Zeiträumen 1934-1938 und 1939-1945.

An den ersten beiden Erkrankungen, Bronchitis und Erkältung, verstarben während des gesamten Bestehenszeitraums der Emslandlager kein Patient im Marienhospital Papenburg.

An der Pneumonie verstarben im Zeitraum 1934-1938 14 Patienten, in den darauffolgenden Jahren 17 Patienten. Es ist somit kein großer Unterschied zwischen diesen beiden Zeiträumen (vor dem Krieg und während der Kriegsjahre) festzustellen.

Anders verhält es sich bei den drei weiteren Krankheiten:

An einer Pleuritis bzw. einem Pleuraempyem verstarb in den Jahren 1934-1938 1 Patient (von 23 Patienten \cong 4,4%). Ebenso verhielt es sich für die Tuberkulose in dem o.g. Zeitraum (1 Toter bei 33 Erkrankungen \cong 3,0%)

Während der Kriegsjahre kam es dann zu einem sprunghaften Anstieg der Todesfälle in beiden Fällen der Erkrankung;

In den Kriegsjahren (Zeitraum 1939-1945) verstarben an Pleuritis und an Pleuraempyem 21 Patienten (von 83 behandelten, dies entspricht 25,3%), an der Tuberkulose gar 43 Patienten (von 105 Erkrankungen in diesem Zeitraum \cong 41,0%).

Ein weiteres Diagramm soll helfen, die Zusammenhänge zu ergründen:

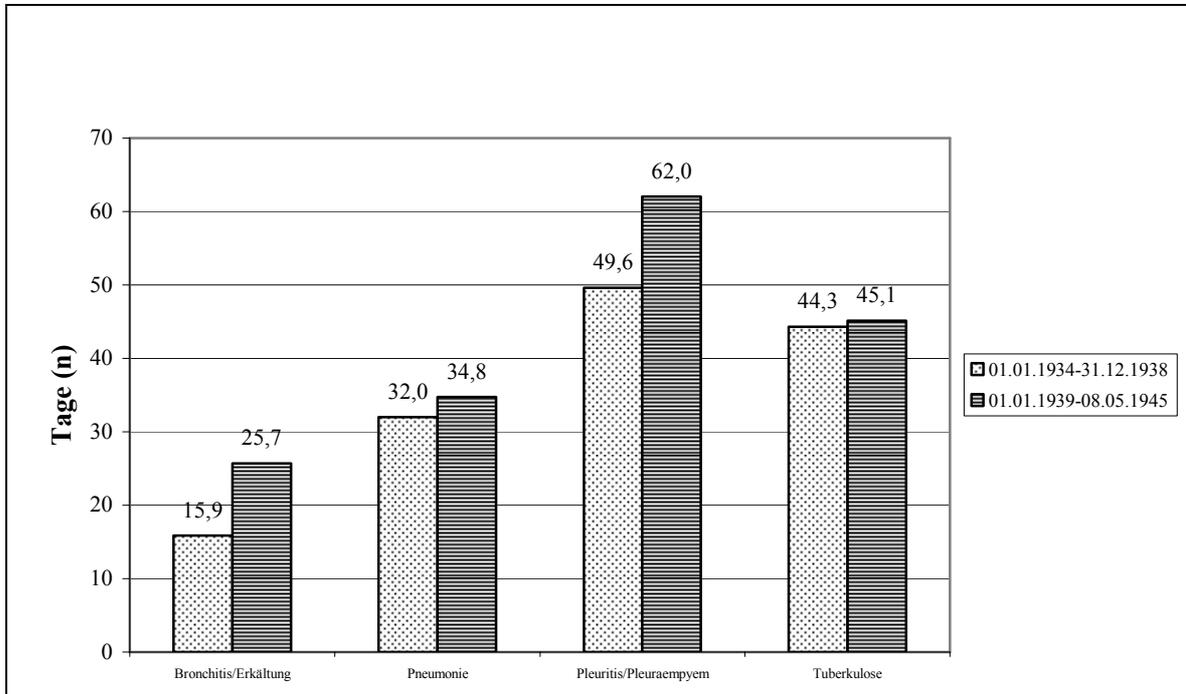


Abbildung 16: Liegedauer der Patienten mit bronchopulmonalen Infektionen

In Abb. 16 wird die durchschnittliche Liegedauer bei in diesem Kapitel abgehandelten Erkrankungen aufgezeigt. Es wird hier wiederum unterschieden zwischen den Zeiträumen 1934 bis 1938 bzw. 1939 bis 1945.

Die geringste Liegedauer hatten sowohl vor dem Krieg als auch während der Kriegsjahre die Patienten mit einer Bronchitis bzw. Erkältung. Die durchschnittliche Liegedauer betrug 1934-1938 15,9 Tage im Zeitraum von 1939-1945 25,7 Tage. Somit lag die Liegedauer während der Kriegsjahre um ca. 60% höher als vor dem Krieg.

Bei den an Pneumonie erkrankten Häftlingen war die durchschnittliche Liegedauer nahezu gleichgeblieben. Vergleicht man die beiden Zeiträume: von 1934-1938 lag sie bei 32,0 Tagen; 34,8 Tage betrug sie durchschnittlich zwischen 1939 und 1945.

Ebenso ist ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer bei der Pleuritis bzw. dem Pleuraempyem festzustellen. Betrug sie in den Jahren 1934-1938 49,6 Tage, so stieg sie im Zeitraum von 1939-1945 auf 62,0 Tage, was einem Anstieg der Liegedauer um ca. 25% entspricht. Die Liegedauer eines an Pleuritis erkrankten Patienten war damit

ungefähr dreimal so lang wie die eines an Bronchitis bzw. Erkältung erkrankten Häftlings und nahezu doppelt so lange wie die eines Pneumoniekranken.

Ähnlich der Pneumonie war die Liegedauer der an Tuberkulose erkrankten Häftlinge vor und während des Krieges ungefähr konstant, im Zeitraum von 1934-38 betrug sie 44,3 Tage, während der Kriegsjahre lag sie bei 45,1 Tagen. Dennoch war die Liegedauer eines Tbc-Patienten deutlich höher als die eines an Pneumonie oder an Bronchitis bzw. Erkältung erkrankten Häftlings.

In Bezug auf Abb. 14 (Inzidenz der bronchopulmonalen Infektionen) stellt sich heraus, dass in den ersten Jahren (1934-1938) die Zahl der respiratorischen Krankheiten mit eher leichteren Verläufen im Vordergrund standen (sowohl die Liegedauer war insgesamt kürzer als auch die Zahl der Todesfälle), in den Kriegsjahren (1939-1945) stand die Behandlung schwererer Krankheitsverläufe im Vordergrund. Die Zahl der an einer Tuberkulose und einer Pleuritis behandelten Patienten stieg deutlich an, ebenso die Letalität für diese beiden Erkrankungen (für die Tuberkulose lag diese bei ca. 40%!). Die Zahl der an Pneumonie Erkrankten nahm in der zweiten Hälfte zwar ab, die Zahl der Todesfälle und damit die Letalität der Erkrankung stieg jedoch deutlich (1934-1938: 14 Tote bei 58 Erkrankungen \cong 24,1%; 1939-1945 17 Tote bei 41 Erkrankungen \cong 41,5%).

Für Patienten, die an einer „banalen“ Bronchitis oder an einer „einfachen Erkältung“ erkrankten, war aufgrund der nur geringen Bettenzahl und der hohen Auslastung dieser Betten kein Platz mehr zu einer Behandlung dieser Krankheit im Marienkrankenhaus Papenburg. Diese Vermutung wird bestätigt durch einen Briefwechsel des Regierungsmedizinalrates Dr. Hillmann an den Kommandeur der Strafgefangenenlager vom 10.05.1943:

„Die Belegungsverhältnisse des hiesigen Krankenhauses bedürfen nicht nur für die Zivilbevölkerung, sondern auch für das Hauptlazarett der Strafgefangenenlager einer Abänderung. Die jetzt für uns zur Verfügung stehenden 25 Betten, von denen noch 3 Betten nur vorübergehend vom Krankenhaus überlassen wurden, stehen in keinem Verhältnis zu der Krankenzahl unserer Gefangenen. Es können nur rein operative Fälle aufgenommen werden und diese auch nur für die allernotwendigste Zeitdauer.“¹⁸⁴

¹⁸⁴ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Nr. 46.

Ebenfalls aus dem Jahr 1943 stammt ein Schreiben vom 13.12. aus dem Gesundheitsamt Aschendorf (Dr. Jonas) an den Regierungspräsidenten Osnabrück, in welchem auf die mangelhafte Bettensituation aufmerksam gemacht wurde:

„Ich [überreiche] anliegend eine zahlenmäßige Aufstellung über Erkrankungsfälle in den Strafgefangenenlägern [sic!] in der Zeit vom 1.1. – 30.11.43, die zum grösstenteil krankenhausbearbeitungsbedürftig waren, wegen Bettenmangels im Hauptlazarett Papenburg jedoch nicht aufgenommen werden konnten.“¹⁸⁵

Es darf hierbei nicht vergessen werden, dass auch die eigentlichen „banalen“ Erkrankungen unter den damaligen schlechten Verhältnissen (Unterernährung, Entkräftung und Erschöpfung) lebensbedrohlich werden konnten.

Lokale Infektionskrankheiten

Unter dem Kapitel der „lokalen Infektionen“ habe ich die nichtansteckenden Entzündungskrankheiten zusammengefasst. Wie schon oben erwähnt, betrifft dies vor allem die Phlegmone, das Erysipel und den Abszess; diese entzündlichen Veränderungen betreffen zumeist eine Extremität oder einen Teil einer Extremität. Letztlich können diese lokal begrenzten Entzündungen jedoch in jeder Körperregion auftreten. Auch das Panaritium wurde unter dem Oberbegriff der Phlegmone in diese Gruppe mit eingeschlossen.

Ferner wurden unter die Gruppe der lokalen Infektionen die Diagnosen des Karbunkels und des Furunkels miteinbezogen. Ebenso die Gruppe der lokalen Entzündungen, welche zu einer Fistelbildung geführt hatten und eben diese Fistel als Behandlungsdiagnose dokumentiert wurde.

Vornehmlich handelt es sich bei diesen lokalen Entzündungsprozessen also um Infektionen der Kutis, Subkutis und der Hautanhangsgebilde.

¹⁸⁵ Staatsarchiv Osnabrück Rep. 630 Nr. 418. Die angekündigte zahlenmäßige Aufstellung zu diesem Brief war jedoch nicht mehr vorhanden im Aktenmaterial.

Weiter wurden die Erkrankungen an einer Osteomyelitis in diesem Kapitel eingeschlossen.

Außer acht gelassen wurden in diesem Kapitel lokale infektiöse Erkrankungen, welche sich einem spezifischen Organsystem zuordnen lassen, so z.B. die urologischen Infektionen (Nephritis, Cystitis, und Orchitis), neurologische Infektionserkrankungen (Meningitis und Enzephalitis), HNO-spezifische Entzündungen (Tonsillitis und Parotitis sowie Sinusitis). Auch zahnärztliche Erkrankungen (Parulis und Zahnvereiterungen) flossen hier nicht mit ein.

Die Entzündungen des Verdauungstraktes (sowohl lokal wie Cholecystitis, Appendicitis, Perityphlitis bzw. perityphlitischer Abszess und die Peritonitis) werden ebenfalls gesondert behandelt.

Eine **Entzündung** bezeichnet „die Gegenwirkung der Körpergewebe auf verschiedene Schädigungen“¹⁸⁶. Die Ursachen sind mannigfaltig und bestehen hauptsächlich aus mechanischen/physikalischen Einflüssen (Druck, Fremdkörper, thermische Einwirkung), chemischen Substanzen (Säuren, Basen) sowie Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Parasiten). Hierdurch entsteht eine „Blutüberfüllung mit Austritt von Blutbestandteilen [...] in die Gewebe und Neubildung von Zellen aus dem Bindegewebe.“¹⁸⁷ Die Entzündung kann in verschiedenen Formen (akut und chronisch, serös, fibrinös, eitrig, hämorrhagisch) in Erscheinung treten.

Bei den hier beschriebenen Entzündungen handelt es sich in allen Fällen um eine Schädigung des Gewebes durch Mikroorganismen.

So ist das **Erysipel** (*Wundrose*) definiert als eine „Entzündung in d[en] Lymphspalt[en] d[er] Haut bzw. Schleimhaut“¹⁸⁸, durch *Streptococcus pyogenes*. Ursache sind Traumen und Mikrotraumen, die ein Eindringen des Erregers ermöglichen. In erster Linie ist das Gesicht betroffen, letztlich können aber alle Hautareale befallen sein.

Es geht einher mit Schüttelfrost und hohem Fieber, die betroffenen Stellen sind schmerzhaft gerötet und überwärmt, die Grenzen zur gesunden Haut lassen sich

¹⁸⁶ Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 147

¹⁸⁷ Ebd.

¹⁸⁸ Ebd. S. 153

scharf abgrenzen. Die Haut kann sich in Blasen ablösen.

Die Behandlung bestand zur damaligen Zeit durch Prontosil (ein Farbstoff, der im Körper zu einem Sulfonamid-Radikal gespalten wird), lokal wird eine Jodpinselung der betroffenen Stellen empfohlen. Auch wird eine Röntgenbestrahlung der betroffenen Areale empfohlen.¹⁸⁹

Die **Phlegmone** ist eine akute, tief gelegene fortschreitende Entzündung, meist bedingt durch Staphylo- oder Streptokokken, aber auch andere Erreger und Anaerobier. „Sie schließen sich an kleine Verletzungen, Druckstellen an oder sind aus der Nachbarschaft, von der Hand (Erysipel, Karbunkel), vom Knochen (Osteomyelitis) fortgeleitet. [...]

Der Verlauf ist je nach der anatomischen Beschaffenheit der Weichteile, der Nachbarschaft großer Bindegewebsspalten, Sehnenscheiden, auch hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit und Störung des Allgemeinbefindens sehr verschieden.“¹⁹⁰

Die Phlegmone kann auf die Haut und Unterhaut begrenzt sein, jedoch auch Muskeln, Sehnen und tiefere Gewebe befallen. „Durch die schnelle Ausbreitung, den hohen Innendruck, das Aufsaugen der Giftstoffe, Infektion des Blutes, Embolien drohen gerade von den Gliedmaßen schwere allgemeine Gefahren. [...]

Diese Tatsache erfordern eine möglichst frühzeitige Entlastung des Gewebes durch zahlreiche Einschnitte.“¹⁹¹ Zudem erfolgt natürlich sowohl eine lokale antiseptische als auch eine lokale / systemische antibiotische Behandlung.

Der **Abszess** bezeichnet die Ansammlung von Eiter in einem nicht präformierten, durch Gewebeeinschmelzung allseits geschlossenen Gewebehohlraum, meist hervorgerufen durch Staphylo- oder Streptokokken (andere Keime sind aber ebenso als Ursache eines Abszesses möglich). Bei längerer Persistenz kann der Abszess von einer Bindegewebskapsel umgeben sein. Die Therapie besteht durch eine Inzision/Exzision und somit Entlastung des Abszesses (gemäß der chirurgischen Maxime „wo Eiter ist, da muß er fließen“), nachfolgend erfolgt eine offene Wundbehandlung, ggf. unterstützt durch lokale oder systemische Antibiose.¹⁹²

Durchbricht der Abszess die Haut und drainiert sich selbständig, kann eine **Fistel** entstehen, wenn die Entzündung nicht abklingt. Die Fistel ist ein röhrenförmiger Gang zwischen Hohlorganen selber (innere Fistel) oder zwischen Organ und Haut (äußere Fistel). Sie kann aber auch erworben sein z.B. infolge eines Tumors, nach Operationen oder Bestrahlungen.¹⁹³

Das **Furunkel** ist aus einer Haarbalgentzündung hervorgegangene eitrige Entzündung des Haarfollikels und seiner Umgebung, zumeist hervorgerufen durch Staph. aureus. Die Hauptlokalisation ist im Bereich der Achselhöhle,

¹⁸⁹ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 521f.

¹⁹⁰ Garrè [u.a.]. 1942. S. 585.

¹⁹¹ Ebd. S. 586.

¹⁹² Vgl. Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 3f.

¹⁹³ Vgl. Ebd. S. 167.

Nacken- und Schultergegend und auf der Oberschenkelinnenseite. Bei Abwehrschwäche und unter anderen Grunderkrankungen (Diabetes) können sie sich flächenmäßig ausbreiten (*Furunkulose*). Die Therapie besteht durch lokale antiseptische Verbände, ggf. Ruhigstellung der Extremität und chirurgische Sanierung.¹⁹⁴

Das **Karbunkel** bezeichnet eine Ausbreitung der Furunkel über ein Gebiet, bei dem auch das dazwischenliegende Bindegewebe und tiefere Schichten entzündlich mitbetroffen ist. Es geht mit erheblichen Schmerzen, Fieber und Abgeschlagenheit einher. Der Heilungsverlauf ist langwierig, oft bleiben Narben zurück.¹⁹⁵

Die **Osteomyelitis** stellt eine akute oder chronische eitrige Entzündung des Knochens dar. „Es handelt sich ausnahmslos um eine Infektion, die auf dem Blutwege zustande kommt. Viel seltener ist die ektogene Entstehung; nur im Krieg mit seinen schweren offenen Zertrümmerungsbrüchen wurde die Form häufiger.“¹⁹⁶ Die Sterblichkeit beträgt zwischen 10 und 30% (1942). Die Therapie besteht aus systemischer und lokaler Antibiose sowie ggf. chirurgischer Wundtoilette. Auch heute noch ist die Therapie der Osteomyelitis langwierig und kann sich über Monate und Jahre hinwegziehen.¹⁹⁷

¹⁹⁴ Vgl. Ebd. S. 174.

¹⁹⁵ Vgl. Garrè [u.a.], 1942. S. 578.

¹⁹⁶ Ebd. S. 727.

¹⁹⁷ Vgl. MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. MSD Sharp&Dohme GmbH (Hrsg). München. 2007. Online im Internet: <http://www.msd.de/msdmanual/secure/home.html> (Stand: 23.10.2012).

Inzidenz der lokalen Entzündungen

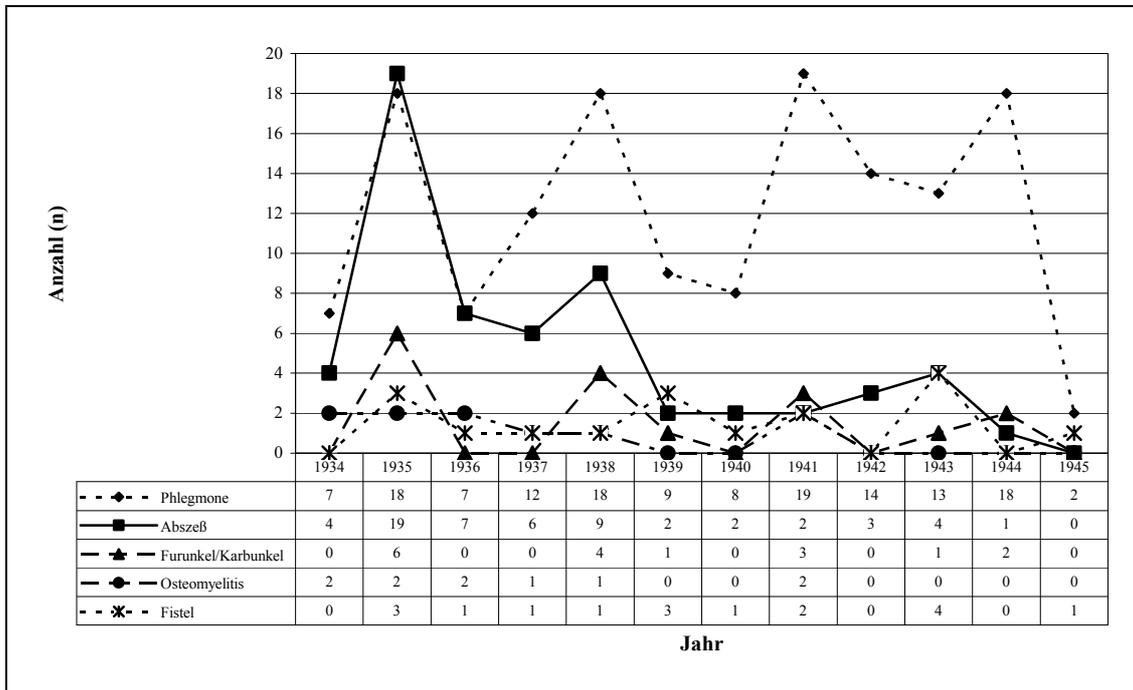


Abbildung 17: Inzidenz der lokalen Infektionen

Die oben definierten Krankheiten sollen hier in Bezug auf die Inzidenz ausgewertet werden. Dominierend stellt sich (mit Einbrüchen in einzelnen Jahren) das Auftreten der Phlegmone mit 145 Fällen gegenüber den anderen lokalen Infektionen dar. 1934 waren 7 Fälle einer Phlegmone beschrieben worden, im folgenden Jahr waren dann bereits 18 Erkrankungen dokumentiert worden, wobei 1936 die Zahl auf den Ausgangswert von 7 Erkrankungen zurückfiel. Für den weiteren Verlauf zeigten sich nahezu zyklisch alle drei Jahre ein Anstieg für die Anzahl der Erkrankung (1938 18 Fälle, 19 Erkrankungen für das Jahr 1941 und wiederum 18 Krankheitsfälle im Jahre 1944). Zwischen diesen Spitzen lag die Zahl der Patienten mit einer Phlegmone zwischen 7 und 13 pro Jahr.

Die Zahl der mit einem Abszess (insgesamt 59) behandelten Häftlinge war in den ersten drei Jahren nahezu identisch mit denen einer Phlegmone. Waren es 1934 4 Patienten, so stieg die Zahl im Jahre 1935 ebenfalls sprunghaft auf 19 Patienten an, fiel aber dann im folgenden Jahr, ebenfalls wie die Anzahl der Phlegmonen, auf 7 Fälle zurück. In der Folgezeit lag die Zahl der Erkrankungen bei 6 und 9 Fällen für die Jahre 1936 und 1937, fiel dann aber auf Werte zwischen 2 und 4 für die folgenden Jahre 1939 bis 1944 zurück.

1945 wurde kein Häftling aufgrund eines Abszesses im Marienhospital Papenburg behandelt.

Die Zahl der an einem Furunkel / Karbunkel behandelten Patienten war mit 17 Patienten insgesamt recht niedrig, dementsprechend lagen auch für jedes Jahr nur vereinzelt Fälle vor. So finden sich für die Jahre 1934, 1936 und 1937 sowie für 1940, 1942 und 1945 kein Fall eines Furunkels oder Karbunkels. Für die anderen Jahre sind zwischen 1 und 4 Fälle dokumentiert, 1935 sind sogar 6 Fälle behandelt worden. Die Erkrankung an einem Furunkel bzw. Karbunkel selber ist nicht so schwerwiegend, als dass sie im Krankenhaus behandelt werden müsste; auf den Grund der dennoch stattfindenden stationären Behandlung wird später noch eingegangen.

Die Zahl der Osteomyelitiden ist die niedrigste unter den ganzen lokalen Infektionen (10 Fälle), sie finden sich vor allem in den ersten Jahren der Lager (1934-1936 sowie 1941 jeweils zwei Fälle, 1937 und 1938 jeweils ein Fall, aus den anderen Jahren sind keine Erkrankungen dokumentiert).

Die 18 Patienten mit der Diagnose einer Fistel wurden der Übersicht halber in der obigen Graphik nicht aufgenommen. Die Erkrankung trat ebenfalls nur vereinzelt auf, in den Jahren 1934-1938 wurden 8 Häftlinge aufgrund dieser Erkrankung aufgenommen (1935 3 Patienten, in den Jahren 1936 bis 1938 jeweils einer). Die Zahl der jährlichen Erkrankungen im Zeitraum von 1939-1945 lag zwischen 0 und 4 Patienten.

Untersucht man die Verteilung der Erkrankungen aufgeschlüsselt nach Lagern, wird deutlich, dass der Hauptteil der Häftlinge aus den Lagern I-VII stammte, also den ursprünglichen Strafgefangenenlagern des Emslandlagerkomplexes. Lediglich ein Patient aus dem Lager Versen (Lg. IX) wurde 1935 behandelt¹⁹⁸, ein weiterer Patient aus dem Jahre 1939 stammte aus dem Lager Fullen (Lg. X).

¹⁹⁸ Die ist umso erstaunlicher, als daß das Lager Versen erst im Rahmen der Erweiterung der Emslandlager 1937-38 geplant wurde und der Termin für die Belegung mit Strafgefangenen für den 15. Juni 1939 festgesetzt wurde (Vgl. „Dokument zum Stand der Bauarbeiten in den neuen Lagern am 3. Mai 1939 – Belegung und Bewachung (Mai 1939)“ in: Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 202).

Es finden sich noch 4 weitere Häftlinge mit der Zuordnung aus dem Lager Versen, alle wurden in der zweiten Märzhälfte des Jahres 1935 eingewiesen, bei allen dieser Häftlinge handelte es sich um Strafgefangene.

Zur weiteren Auswertung sollen die oben genannten Krankheiten weiter differenziert werden nach

- a) der durchschnittlichen Liegedauer und
- b) der Therapie der lokalen Infektionen.

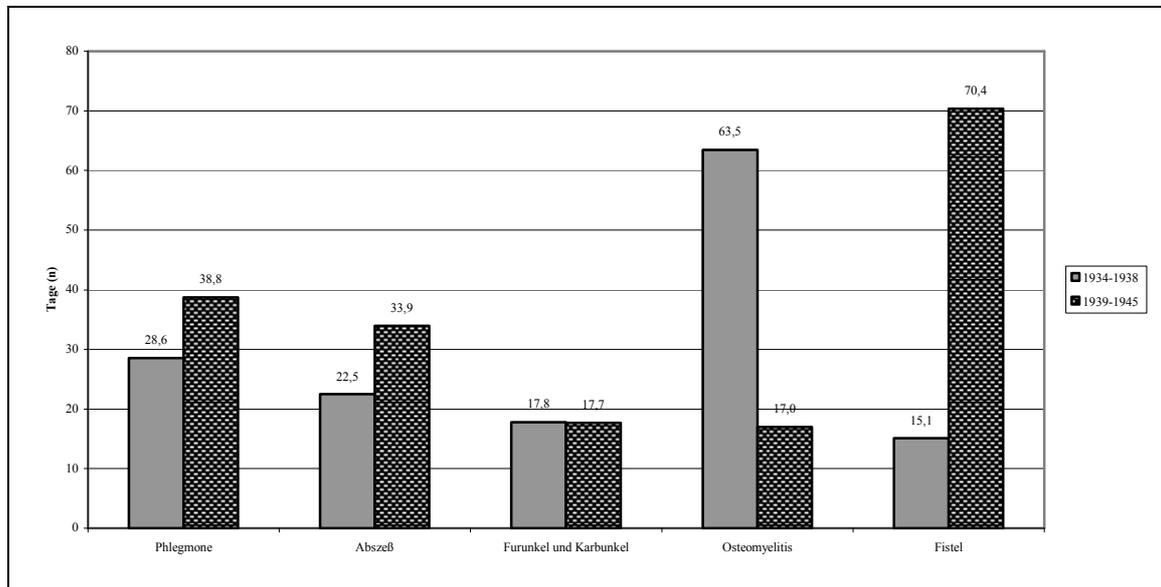


Abbildung 18: Liegedauer aufgrund lokaler Infektionen

Die Erkrankung mit der häufigsten Fallzahl unter den lokalen Infektionen stellte die Phlegmone dar (insgesamt 145 Fälle). Die durchschnittliche Liegedauer in den Jahren 1934-1938 betrug 28,6 Tage bei 62 Fällen, während der Kriegsjahre stieg die Liegedauer auf 38,8 Tage an (in 63 Fällen).

Ebenfalls ein Anstieg der Liegedauer in den Kriegsjahren ist bei den Abszessen zu verzeichnen, in diesen Jahren betrug sie 33,9 Tage (14 Fälle) gegenüber 22,5 Tagen im Zeitraum von 1934-38 (45 Fälle).

Bei den Furunkeln und Abszessen verhält es sich so, dass die Liegedauer in den Jahren 1934-1938 17,8 Tage, (in 10 Fällen) und den Jahren 1939-1945 nahezu identisch war (17,7 Tage, 7 Fälle).

Entgegen der nahezu bei allen Krankheiten längeren Liegedauer während der Kriegsjahre ist es bei den Erkrankungen durch eine Osteomyelitis umgekehrt: Hier betrug die durchschnittliche Liegedauer in den Jahren 1934-1938 63,5 Tage (8 Fälle),

die Liegedauer in den Jahren 1939-1945 jedoch nur 17,0 Tage, wobei es in diesem gesamten Zeitraum von sieben Jahren nur zwei Erkrankungen dieser Art gegeben hat.

Überraschend ist das Verhältnis von Liegedauer vor und während des Krieges bei der Fistelerkrankung. Lag sie in den Jahren 1934-1938 bei durchschnittlich 15,1 Tagen, so schnellte sie um nahezu das Fünffache hinauf auf 70,4 Tage für die Jahre 1939-1945.

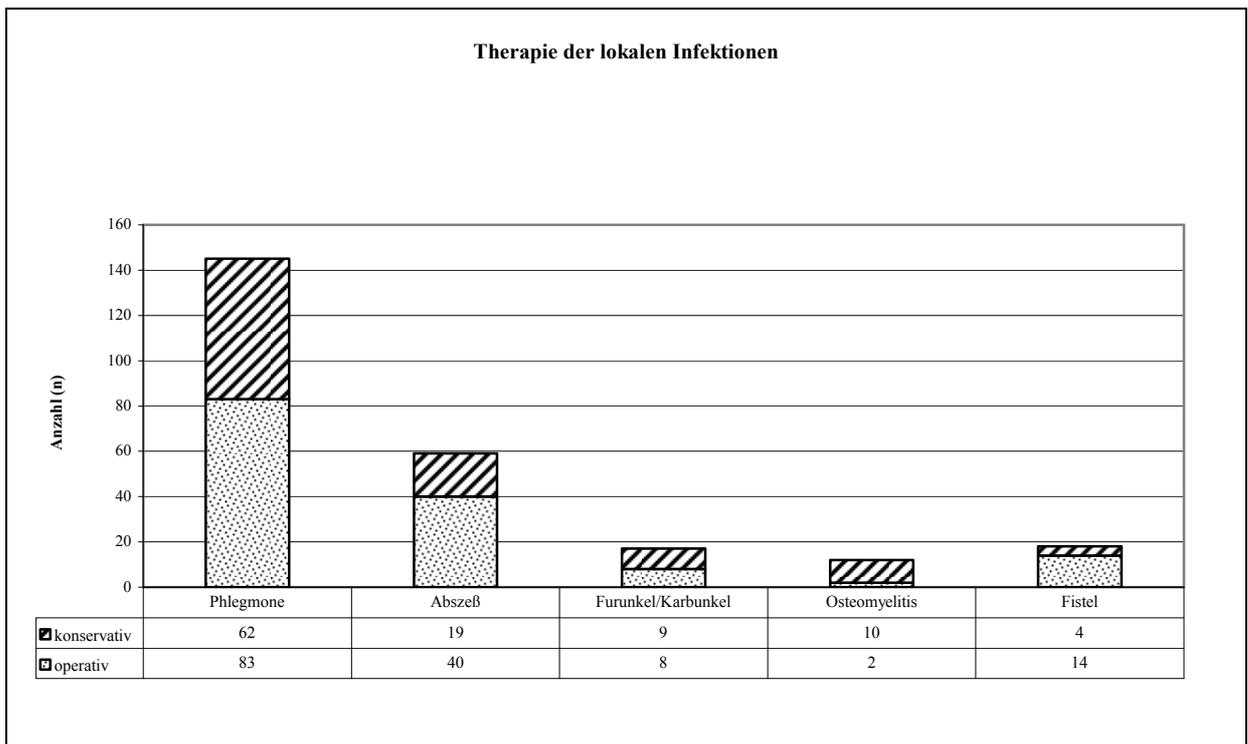


Abbildung 19: Therapie der lokalen Infektionen

Das Diagramm Abb. 19 zeigt nochmals eine Verteilung der lokalen Infektionen, nun differenziert nach der Therapie während der stationären Aufenthalte.

Etwas mehr als die Hälfte der an einer Phlegmone erkrankten Häftlinge wurden operativ versorgt (83 Fälle \cong 57,2%), wobei die Raten in den Jahren 1934-38 (33 von 62 Erkrankungen \cong 53,3%) und 1939-1945 (50 von 83 Fällen \cong 60,2%) gering differieren.

Bei den Abszessen verhält es sich so, dass insgesamt 40 der 59 erkrankten Häftlinge operiert worden sind (67,8%), wobei diese Zahl schon recht gering erscheint, da die ursprüngliche Therapie des Abszesses eine Entlastung desselben ist und somit die Operation.

In den Jahren 1934-1938 wurden 29 von 45 Abszessen operativ versorgt (64,4%), in den Kriegsjahren 11 von 14 erkrankten (78,6%).

Bei den Furunkeln/Karbunkeln sind 8 der 17 erkrankten operiert worden (47,1%), hier erfolgten sowohl vor dem Krieg 4 (bei 10 Patienten \cong 40,0%) als auch während des Krieges 1939-1945 4 Eingriffe (bei 7 Patienten \cong 57,1%).

Im Falle der Osteomyelitis wurden nur 2 der insgesamt 10 Patienten operativ versorgt (\cong 20%).

Nahezu umgekehrt der Fall bei den Fistelerkrankungen: Lediglich 4 der 18 Erkrankungen wurden konservativ behandelt (\cong 22,2%), demgegenüber stehen 14 operative Therapien (77,8%).

Wie bereits oben erwähnt sind die lokal begrenzten Infektionen wie Furunkel und Karbunkel Erkrankungen, welche durchaus ambulant zu behandelt werden können. Dennoch sind doch zahlreiche Fälle in den Jahren des Bestehens der Emslandlager stationär behandelt worden (231 Erkrankungen durch lokal begrenzte Infektionen bei 2652 Gesamterkrankungen \cong 8,1%). Das heißt, dass die Erkrankungen so schwerwiegend sein durften, als dass eine ambulante Therapie oder eine Behandlung in den jeweiligen Revieren durch den Lagerarzt als unzureichend angesehen wurde.

Dieses zeigt sich besonders an dem Beispiel des Furunkels bzw. Karbunkels, eine ansonsten eher harmlose Erkrankung, von der während der 12 Jahre des Bestehens der Lager 17 Patienten stationär behandelt wurden. Bei 7 dieser Fälle war die Lokalisation des Furunkels im Kopf-Hals-Bereich, hier bestand die Gefahr einer flächenhaften Ausbreitung und die Gefahr von Komplikationen durch Thrombosen des Sinus cavernosus oder einer Meningitis. Es bedurfte besonders strenger Überwachung dieser Fälle und absolute Schonung des Patienten (so auch Bettruhe, Sprech- und Kauverbot). Garrè spricht in seinem Lehrbuch der Chirurgie von „böartigen Formen“ des Furunkels und fügt hinzu: „Leider sind es meist hoffnungslose Fälle, welche unserer Hilfe spotten.“¹⁹⁹

Zwei der drei verstorbenen Häftlinge wurden mit der Diagnose eines Furunkels im Gesichtsbereich in das Marienhospital eingeliefert; einer von diesen verstarb daraufhin

¹⁹⁹ Garrè [u.a.]. 1942. S. 99.

nach vier Tagen an einer Meningitis, zu dem anderen Patienten sind keine weiteren Angaben zur eigentlichen Todesursache dokumentiert.

Bei einem Patienten war als Lokalisation der Unterarm angegeben, bei den übrigen bestand das Furunkel im Bereich des Rückens (5 Patienten) oder multilokulär (2 Patienten).

Die Operationen wurden nur bei Patienten mit Furunkeln am Körperstamm durchgeführt, bei Patienten mit einem Furunkel im Gesichtsbereich erfolgte durchweg eine konservative Therapie.

Dennoch verstarb auch ein Patient aufgrund einer Sepsis als Folge eines Furunkels im Rückenbereich.

Sieht man sich die Liegedauer der insgesamt drei verstorbenen Patienten an, so fällt auf, dass diese weit unter der durchschnittlichen Liegedauer des Furunkels/Karbunkels lag. Die jeweiligen Patienten wurden jeweils nur 1 und 4 Tage (bei Furunkel im Gesichtsbereich) und 6 Tage bei einem Furunkel im Rückenbereich stationär behandelt, bevor sie verstarben, wobei die durchschnittliche Liegedauer bei Erkrankung an einem Furunkel bei 17 Tagen lag. Das ist ein Hinweis darauf, dass die Einlieferung der Patienten aus den jeweiligen Lagern bzw. Lagerlazaretten zu spät erfolgte und die Krankheit anfangs verkannt oder unterschätzt worden ist, zumal zwei dieser Fälle aus den Jahren 1941 und 1944 stammten und nur die dringendsten Fälle in dieser Zeit in das Marienhospital aus den jeweiligen Lagerlazaretten in das Marienhospital überwiesen wurden und, soweit dies möglich war, zunächst eine Behandlung in den jeweiligen Lagerlazaretten durchgeführt wurde.

Bei den Häftlingen, welche an einer Phlegmone erkrankten (145), handelte es sich in ca. 2/3 der Fälle um eine Phlegmone der Extremität (100 Fälle \cong 68,9%; hiervon 35 Erkrankungen der unteren und 65 Erkrankungen der oberen Extremität), 29 Fälle waren Phlegmonen im Kopf-Halsbereich, 5 im thorakalen Bereich und 3 im Bereich der Leisten. Zu 8 Patienten mit einer Phlegmone findet sich keine nähere Angabe zur Lokalisation.

Wie die Aufstellung über die Verteilung der Phlegmone zeigte, handelt es sich um eine Erkrankung, welche in den Lagern relativ häufig auftrat und dementsprechend gab es

jährlich bis zu 19 Patienten, welche aufgrund einer Phlegmone in das Marienhospital überwiesen wurden. Die Mehrzahl der Erkrankten ist operativ behandelt worden, wobei während der Kriegsjahre der prozentuale Anteil der operierten Phlegmoneerkrankungen geringfügig höher lag (s.o.). An erster Stelle bei den Operationen ist die Inzision zu nennen (in 54 Fällen von gesamt 81 Eingriffen \cong 66,7%). Es wurden jedoch auch 9 Amputationen aufgrund der Schwere oder Ausbreitung der Erkrankung vorgenommen. Die Amputationen betrafen sämtlich die obere Extremität. Bei diesen Häftlingen konnte eine weitere Ausbreitung der Infektion erfolgreich bekämpft werden, keiner dieser verstarb aufgrund einer Infektion.

Dennoch starben 15 Strafgefangene (10,3%) infolge der Phlegmone, wobei bis auf zwei dieser Todesfälle allesamt in den Jahren 1941-1944 auftraten. Jeweils ein Patient verstarb in den Jahren 1937 und 1938. Bei 9 dieser verstorbenen Patienten lag eine Phlegmone einer Extremität vor (60% der an einer Phlegmone verstorbenen Patienten), 4 Fälle verstarben an einer Phlegmone im Gesichtsbereich (Mundbodenphlegmone oder Gaumen- und Kieferphlegmone), ein Patient verstarb aufgrund einer Phlegmone im Thoraxbereich und zu einem Patienten fand sich keine Angabe zur Lokalisation.

Die Liegedauer der an einer Phlegmone verstorbenen Patienten war im Vergleich zu den übrigen Patienten wiederum relativ kurz, 12 der 15 Toten verstarben innerhalb von 14 Tagen nach Einlieferung in das Krankenhaus. Dennoch betrug die mittlere Liegedauer der an einer Phlegmone verstorbenen Patienten 19,7 Tagen (die übrigen drei an einer Phlegmone verstorbenen lagen 59, 70 und 92 Tage, bevor sie verstarben, hier sind als Todesursachen eine Sepsis, eine Pneumonie und einmal die behandelte Armphlegmone angegeben).

Der Unterschied in der Liegedauer zwischen operativ und konservativ behandelten Patienten ist nur gering, betrug er bei den operierten Patienten im Schnitt 35,7 Tage, so betrug er im Falle der konservativen Behandlungen 32,9 Tage.

Bei den Erkrankungen durch einen Abszess wurde die Behandlung im Hauptlazarett vor allem in den Vorkriegsjahren durchgeführt (45 zwischen 1934-38 gegenüber 14 in den Jahren 1939-45). In den ersten Jahren wurden die Abszesse zwar schon zum größten Teil operiert bzw. entlastet (29 Operationen bei 45 Fällen \cong 64,4%), in den Kriegsjahren stieg der Anteil jedoch auf 78,6% (11 von 14 Fällen 1939-1945).

Ebenso wie die Furunkel und Karbunkel traten die Abszesse multilokulär auf, sowohl an den Extremitäten (19 Fälle \cong 32,2%), am Körperstamm (21 Fälle \cong 35,6%) und im Kopf-Hals-Bereich (12 Fälle \cong 20,3%). Bei sieben Fällen findet sich wiederum keine Angabe zur Lokalisation (11,9%).

Aufgrund eines Abszesses verstarb ein Patient im Jahre 1938.

Die Liegedauer aufgrund des Abszesses betrug mit Operation 21,6 Tage und bei der konservativen Behandlung 32,9 Tage; sie ist so um ca. die Hälfte länger als die der operativ behandelten Fälle.

Die Osteomyelitis schlägt mit insgesamt 10 Fällen relativ gering zu Buche, wobei 8 dieser Fälle auf die Jahre 1934-1938 entfielen. Auch war die Erkrankung in nur 2 Fällen so schwerwiegend, als dass sie operiert werden musste (in beiden Fällen bestand eine Osteomyelitis des Kiefers); aufgrund einer Osteomyelitis ist kein Patient im Marienkrankenhaus verstorben.

Dennoch schlägt sie sich deutlich in der Liegedauer nieder, betrug diese durchschnittlich in den Jahren 1934-1938 doch 63,5 Tage²⁰⁰, in den Kriegsjahren lediglich 17,0 Tage.

Das Vorhandensein von nur zwei Krankenakten aus den Jahren 1939-1945 zeigt, dass diese Erkrankung, zumal sie vorwiegend konservativ behandelt wurde (in 80% der Fälle), vorwiegend in den Lagerlazaretten behandelt wurde, um Platz zu schaffen für dringendere, operationspflichtige Erkrankungen.

Die Erkrankungen an einer Fistelbildung sind vom Spektrum her sehr weitläufig, sie reichten von einer Magenfistel nach Fremdkörperschlucken über thorakale Fisteln bis hin zu Steißbein- und Glutealfisteln. Auch sind die Fistelerkrankungen während der gesamten 12 Jahre des Bestehens der Lager in geringer Fallzahl aufgetreten, die keinen Unterschied zwischen Vorkriegs- und Kriegsjahren aufwies. In 14 von 18 Fällen wurde eine Fistel operativ behandelt (\cong 77,8%). Lediglich ein Todesfall ist bekundet infolge eines Selbstverstümmelungsversuchs durch Inkorporation eines Fremdkörpers (siehe hierzu auch ausführlich das Kapitel der Selbstverstümmelungen).

²⁰⁰ Ein Patient lag 1936 extrem lange mit 281 Behandlungstagen nach einem Unfall und wurde schließlich zur Weiterbehandlung nach Bochum verlegt, ohne diesen Fall läge die durchschnittliche Behandlungsdauer bei ca. 32 Tagen.

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die lokalen Infektionen sagen, dass die Ausprägung der Erkrankungen mannigfaltig war und letztlich das Spektrum von leichteren Erkrankungen (vor allen in den Vorkriegsjahren) bis hin zu schweren und schwersten Erkrankungen mit Todesfolge im Hauptlazarett behandelt wurden. Der Anteil der Operationen hatte sich in den Kriegsjahren deutlich erhöht, ebenso wie die durchschnittliche Liegedauer der jeweiligen Erkrankung (mit Ausnahme der Liegedauer für die Osteomyelitis). Entscheidend hierfür war wiederum der Bettenmangel im Marienhospital Papenburg, so dass in den späteren Jahren leichtere bis mittelschwere Fälle im jeweiligen Lagerlazarett behandelt wurden und die Indikation für eine stationäre Aufnahme im Marienhospital Papenburg streng gestellt wurde. Diese schwereren Fälle forderten eine längere Liegedauer, auch war öfter eine Operation unumgänglich, was zu einem Anstieg der relativen und absoluten Zahl der Eingriffe führte.

4.2 Erkrankungen des Verdauungstraktes und des Abdomens

In diesem Kapitel sollen die Erkrankungen des Verdauungstrakts beschrieben und ausgewertet werden. Diese betreffen vor allem die Erkrankungen des Verdauungstraktes selber (beginnend mit den zahnärztlichen Erkrankungen, dann Erkrankungen von Magen und Darm, Rektum und Anus), jedoch auch die der Anhangsorgane wie Leber- und Bauchspeicheldrüse. Hinzu kommen die Erkrankungen der Bauchwand, die verschiedenen Formen der Hernien.

Erkrankungen infolge von Selbstverstümmelungen (Inkorporation von Fremdkörpern) werden in diesem Kapitel statistisch im Rahmen der Bauchorgane mit ausgewertet, eine ausführliche Darlegung des Themas und Ursachen liegt im Kapitel der Selbstverstümmelungen vor.

Ausgenommen in diesem Kapitel sind die infektiösen Darmerkrankungen, welche in dem Kapitel der Epidemien und Infektionskrankheiten abgehandelt wurden. Ebenso werden die malignen Erkrankungen in einem gesonderten Kapitel behandelt.

4.2.1 Zahnärztliche Erkrankungen

In den Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg finden sich erstaunlicherweise auch Akten von Patienten, die aufgrund zahnärztlicher Erkrankungen dort stationär behandelt wurden. Bei den 17 Patienten erfolgte die Mehrzahl der Behandlung (10) aufgrund von Infektionen im Bereich des Zahnapparates (infizierter Zahn und Zahnwurzel, aber auch des Zahnfleisches), jedoch auch aufgrund eines retinierten Zahnrestes (1), Wurzelgranuloms (1) oder Nachblutungen nach Zahnextraktion (1), wobei diese Diagnosen nur als Einzelfälle auftraten.

Bei den Infektionen im Bereich des Zahnapparates steht an erster Stelle die *Parulis* (Periostitis alveolaris). Sie entsteht initial durch eine Karies, welche sich bis in die Pulpa erstreckt und damit eine Eintrittspforte für Bakterien schafft (im wesentlichen Streptokokken und Staphylokokken). Kann sich diese Pulpitis nicht nach außen

entleeren, so greift die Entzündung auf die Wurzelhaut über. Bei fortschreitender Entzündung kann sich hier ein Abszess im Bereich des Knochens bilden, die Parulis. In schweren Fällen können sich Fisteln bilden oder Teile des Kiefers nekrotisch werden.

Bei chronischen Formen oder subakuten Formen der Pulpitis können Verdickungen im Bereich der Wurzelhaut zurückbleiben (*Wurzelgranulom*).²⁰¹

In den Akten des Marienhospitals Papenburg finden sich für die Jahre 1934-1943 durchgehend Patienten, welche aufgrund einer Zahnerkrankung sich in stationärer Behandlung befanden. Die Zahl der Patienten liegt relativ niedrig, zumeist finden sich nur ein oder zwei Patienten in einem Jahr, welche aufgrund solch einer Krankheit stationär in Papenburg behandelt wurden. Ausnahmen stellen die Jahre 1936, hier fanden sich gleich 6 Akten von Patienten mit Zahnproblemen und das Jahre 1939, hier waren vier zahnärztliche Behandlungen zu verzeichnen. In den Jahren 1937, 1944 und 1945 wurden keine Häftlinge zahnärztlich im Hauptlazarett behandelt.

„Für die Emslandlager insgesamt war ein Zahnarzt zuständig“²⁰², so dass in der Regel zunächst die Behandlung²⁰³ ambulant oder im jeweiligen Lagerlazarett erfolgte. Diese These stützt der Fall des Patienten Gustav H. aus dem April 1936; er wurde mit einer Blutung nach Zahnextraktion aufgenommen.

Hierbei mußte es sich auch um einen komplizierteren Fall handeln, da der Patient 12 Tage im Hauptlazarett verblieb. Da es sich bei dem Patienten um einen 26 jährigen jungen Mann handelte, schließe ich wesentliche Nebendiagnose aus, zumal sich zu Nebendiagnosen keine Notiz in der Krankenakte findet.

²⁰¹ Garrè [u.a.]. 1942. S. 137f.

Da auch zahnärztliche Erkrankungen in einem chirurgischen Lehrbuch beschrieben werden und auch deren Therapie (so z.B. das Anfertigen einer Füllung und die Zahnextraktion) war es wohl nicht unüblich, daß (kleinere) zahnärztliche Eingriffe auch zum weiten Spektrum des damaligen (Allgemein-) Chirurgen gehörten. Dieses trifft vor allem wohl auf ländliche Gebiete zu, oder, wie am Beispiel der Emslandlager, ein einziger Arzt (hier: der jeweilige Arzt des Lagerlazaretts) für die Behandlung zuständig war.

²⁰² Suhr, E. 1985. S. 205.

²⁰³ Die Behandlung bestand in erster Linie nach Aussage des ehemaligen Häftlings Wladimir Lindenberg aus Entfernung des erkrankten Zahnes, darüber hinaus wurde, „wo der [Zahnarzt] eine Goldplombe erblickte, [...] diese gezogen, auch die Jacketkronen und den schmerzenden Zahn dazu, und alles ohne Narkose.“

Lindenberg, Wladimir. Himmel in der Hölle. Wolodja als Arzt in unseliger Zeit. München. 1988. S. 140.

Die Patienten stammten aus den Lagern 1-7, für das Jahr 1939 wurde ein Strafgefangener aus dem Lager Fullen (Lg. X) behandelt.

In neun Fällen ist als Therapie eine operative Maßnahme eingegeben, die Behandlung bestand in fünf Fällen aus einer Extraktion des Zahnes, in einem Fall ist eine Inzision angegeben. Bei drei Fällen war keine nähere Angabe zu dem Eingriff verzeichnet.

In einem Fall ist eine operative Therapie verweigert worden, hier handelte es sich um einen Patienten mit einem Granulom an der Zahnwurzel, der Häftling ist nach zwei Tagen zur weiteren ambulanten Behandlung zurück in das Lager zurückverlegt worden.

Die Behandlungsdauer lag für zahnärztliche Behandlungen ungewöhnlich hoch, sie betrug im Durchschnitt 18,5 Tage, wobei die operativ behandelten Patienten durchschnittlich nur 15,3 Tage in stationärer Behandlung verblieben, im Gegensatz zu den konservativen Fällen, welche im Schnitt 24,9 Tage im Hauptlazarett verweilten.

Die relative Häufigkeit der Operationen vor und während des Krieges ist ungefähr identisch, in den Jahren 1934-1938 betrug sie 55,6% (5 von 9 Patienten wurden operativ behandelt), während der Jahre 1939-1945 genau 50,0% (4 von 8 Fälle).

Dahingegen zeigt sich jedoch eine deutliche Schwankung in Bezug auf die Liegedauer vor und während des Krieges: Betrug sie in den Jahren 1934-1938 14,4 Tage, so betrug sie während der Kriegsjahre 23,0 Tage.

Sämtliche Patienten wurden nach der Behandlung zurück in das jeweilige Lager verlegt, in einem Fall wurde ein Patient moorunfähig zurück in das Lager entlassen (ein Strafgefangener, welcher sich 1939 von März bis Mai 59 Tage und dann nochmals von Juni bis Juli nochmals 29 Tage aufgrund einer Parulis in stationärer Behandlung befand; nach dem ersten Aufenthalt wurde er arbeitsfähig in das Lager entlassen, nach dem zweiten Aufenthalt aufgrund der zweiten Erkrankung erfolgte eine Zurückverlegung in das Lager mit dem Zusatz „moorunfähig“).

4.2.2 Erkrankungen des Magens und des Duodenums

Bei den Erkrankungen des Magens und des Duodenums stehen an erster Stelle die entzündlichen Veränderungen des oberen Verdauungstraktes (akute und chronische Gastritis) und deren Folgen (Magen- und Duodenalulcera). Auch die bei dieser Erkrankung entstehenden Komplikationen (Blutungen und Perforationen) sind hier eingeschlossen.

Nicht mit in diese Gruppe gehören wiederum die malignen Erkrankungen des Magens; diese entstehen zwar zumeist aufgrund eines chronisch persistierenden Magencancer, diese Erkrankung ist jedoch im Kapitel der malignen Erkrankungen beschrieben.

4.2.2.1 Magenschleimhautentzündung (Gastritis)

Definition: Eine Gastritis bezeichnet eine Entzündung der Magenschleimhaut. Es wird allgemein unterschieden zwischen einer akuten und einer chronischen Form. Auslöser der akuten Gastritis sind meist äußere Ursachen (Medikamente und chemische Stoffe wie Säuren und Basen, Alkohol, zu heißes Essen, unzureichend gekautes Essen), aber auch der endogene Weg (hämatogene Bakterienausaat, Stoffwechselerkrankungen und Stress) ist möglich.

Symptome: Hauptbeschwerden sind Magenschmerzen (Dauerschmerz), vor allem bei Nahrungsaufnahme, sowie ein Druckschmerz im epigastrischen Bereich. Weiter können Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen (oft blutig tingiert) und Allgemeinsymptome wie Schwindel, Kopfschmerz und Fieber auftreten. Auch die Untersuchungen des Magensaftes (Hypazidität, Schleimbeimengungen) und röntgenologische Darstellung des Magens (unscharfe, verbreiterte Magenfasen, Auflockerung des Kontrastmittels [„Schleimphänomen“]) gehören zur Standarddiagnostik.

Therapie: Die Behandlung der akuten Gastritis bestand bei leichteren Fällen in Nahrungskarenz über einige Tage bei Flüssigkeitszufuhr (Tee) und anschließendem Kostenaufbau. In schwereren Fällen wurde Kalomel²⁰⁴ verabreicht. In allen Fällen sollte die auslösende Ursache beseitigt werden.

Die chronische Gastritis wurde durch spezielle Diäten (vergleiche Ulkustherapie) behandelt. Im Vordergrund standen hier die Schonung des Magens vor mechanischen und chemischen Reizen.

Ging die chronische Gastritis mit einer Sub- oder Anazidität einher, so wurde Salzsäurelimonade oder Pepsinlösungen verordnet.

²⁰⁴ Quecksilber(I)-chlorid

Im Falle der Superazidität wurden Wismutpräparate²⁰⁵ verabreicht oder Salze, welche die Salzsäure des Magens neutralisierten. Auch wurde Atropin zur Senkung der Säureproduktion verabreicht.

Verlauf: Die chronischen Verlaufsformen können zur Achylia gastrica führen, dem völligen Versagen der Sekretionsfähigkeit des Magens. Weitere Folgen der akuten und auch chronischen Gastritis stellen das Magen- und auch das Duodenalulcus dar, welche letztlich maligne entarten können (insbesondere das Magenulcus).²⁰⁶

4.2.2.2 Ulcus ventriculi und duodeni

Aufgrund der gemeinsamen Pathogenese werden das Ulcus des Magens und das Ulcus des Zwölffingerdarms zusammen betrachtet:

Definition: Das Ulcus (Geschwür) bezeichnet einen Defekt der Schleimhaut des betreffenden Organs, welcher auf die verschiedenen Wandschichten durchgreifen kann. Bei Durchdringen der Serosa kann es zu Infiltration in Nachbarorgane führen (Ulcus penetrans) oder zur Penetration in die freie Bauchhöhle (Ulcus perforans). Ursachen können zum einen die Noxen sein, welche zu einer Gastritis führen, zum anderen kommen auch weitere Faktoren hinzu wie z.B. lokale Durchblutungsstörungen und somit verminderter Schutz durch die schützenden, schleimbildenden Zellen der Mukosa.

Diagnostik: Hier ist vor allem die Anamnese zu nennen, welche sich wegweisend für das Ulcus des Magens und des Duodenum zeigt: Vordergründig ist ein Schmerz im epigastrischen Bereich, welcher in engem Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme steht („Je früher nach der Nahrungsaufnahme der Schmerz auftritt, desto höher am Magen sitzt das Ulcus. Vor allem der Spät-, Nüchtern- oder Hungerschmerz sprechen für Ulcus duodeni (oder parapyloicum). Frühschmerz spricht für das Ulcus ventriculi (Sofortschmerz ist ein Zeichen für Gastritis!).“²⁰⁷ Ebenso werden bestimmte Speisen („Saftlocker“) schlecht vertragen. Charakteristisch ist weiter okkultes Blut im Stuhl. Zur damaligen Zeit erfolgte der Nachweis eines Ulcus röntgenologisch durch charakteristische Zeichen, auch die Gastroskopie war schon möglich.

Therapie: Die Therapie ist ähnlich der Gastritis. An vorderster Stelle steht die Ausschaltung der schädigenden Noxe und eine Schonung des Magens (d.h. geringe mechanische und sekretorische Beanspruchung). Dieses

²⁰⁵ Wismut ist heute unter anderem ein Bestandteil in einigen Eradikationsschemen bei Helicobacter-pylori-assoziierten Gastritiden. Die Therapie war damals also schon ähnlich, jedoch kannte man den genauen Wirkmechanismus nicht.

²⁰⁶ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 254f.

²⁰⁷ Ebd. S. 257.

wurde durch spezielle diätetische Ulkuskuren²⁰⁸ erreicht, allen gemeinsam war eine Ernährung vorwiegend durch Milch- und kohlenhydrathaltige Produkte.

Unterstützend konnte eine Neutralisation des Magensaftes durch Salze, oder die Hemmung der Säuresekretion und der Motorik durch z.B. Atropin erreicht werden.

Indikationen für eine chirurgische Intervention waren:

- wiederholt einsetzende oder starke Blutungen
- ein Ulcus perforans oder Ulcus penetrans
- häufige Rezidive des Ulcus trotz mehrfacher konservativer Behandlungskuren
- nach Ausbildung einer sekundären Stenose durch das Ulcus (Sanduhrmagen).

Die operative Therapie bestand entweder in der Durchtrennung des Nervus vagus (und somit Hemmung der Säuresekretion) oder in einer (Teil-) Resektion des Magens.

Verlauf: „Das Ulcus kann unter rechtzeitiger und gründlicher Behandlung restlos ausheilen. Es hat aber sehr stark die Neigung, zu rezidivieren und chronisch zu werden.“²⁰⁹ Komplikationen sind Blutungen (die lebensbedrohliche Ausmaße annehmen können), Penetration und Perforation sowie die Ausbildung eines Ulcus callosum (starker narbiger Veränderungen mit z.T. Ausbildungen von Stenosen [Sanduhrmagen]). Die Gefahr der Entartung wird mit 3-5% angegeben, die Sterblichkeit durch das chronische Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür beträgt durchschnittlich 25%!²¹⁰

Als Hauptursache der Gastritis (ca. 85% der Gastritiden) und des Ulcus ist heute das Stäbchenbakterium *Helicobacter pylori*²¹¹ bekannt. Die Diagnose erfolgt in der Regel durch eine Gastro (-jejuno)skopie. Die Therapie richtet sich somit gegen diesen Keim als schädigende Noxe (Eradikationstherapie). Nach wie vor werden jedoch auch Medikamente eingesetzt, welche die Magensäure neutralisieren bzw. deren Produktion entgegenwirken, wobei heute die Protonenpumpeninhibitoren eine wesentliche Bedeutung besitzen.²¹²

²⁰⁸ Z. B. Diäten nach Leube, Kußmal-Fleiner, v. Bergmann-Kalk, Lenhartz usw.

²⁰⁹ Wolf, H. J. 1941. S. 263.

²¹⁰ Garrè [u.a.]. 1942. S. 347.

²¹¹ *Helicobacter Pylori* wurde bereits mikroskopisch 1875 von deutschen Anatomen entdeckt; jedoch erst 1982 gelang es, den Erreger zu isolieren und nachfolgend eine Assoziation zur Gastritis nachzuweisen.

Vgl. Blaser, M. J. Eine bedrohte Art im Magen. *Spektrum der Wissenschaft*. 9/2005. S. 82. Heute ist bewiesen, daß mit Eradikation des Erregers die Krankheit geheilt werden kann.

²¹² Vgl. Baenkler, H.-W. 200. S. 277f.

Inzidenz der Magen- und Duodenalerkrankungen

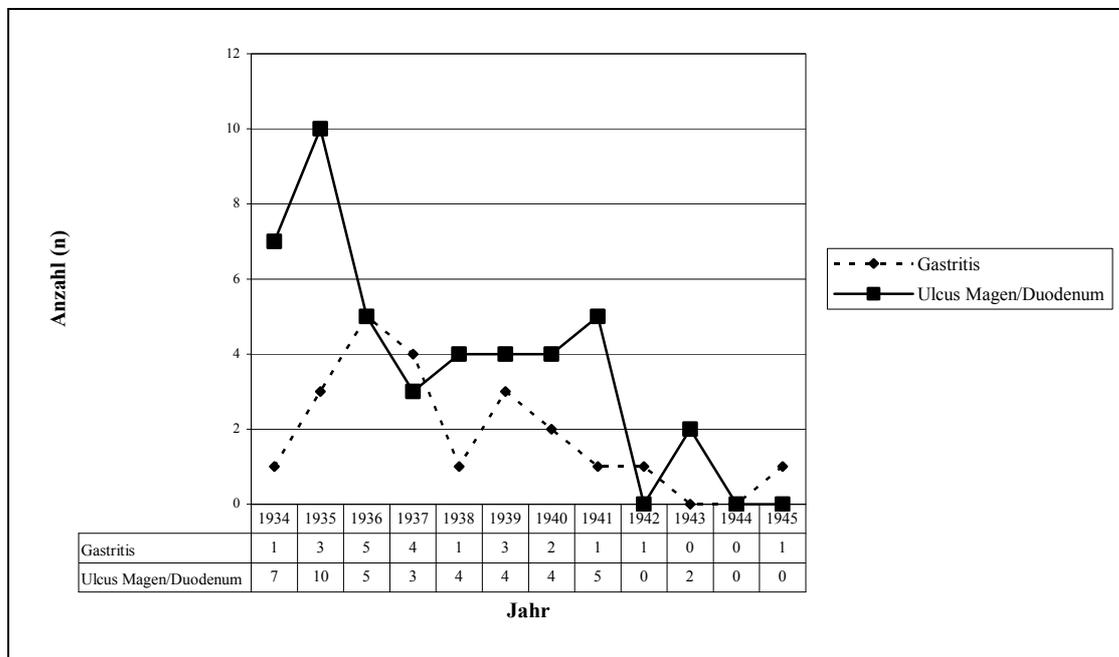


Abbildung 20: Inzidenz der Magen- und Duodenalerkrankungen

Das Diagramm gibt die Behandlungen aufgrund gastroduodenaler Erkrankungen während der Jahre 1934-1945 im Hauptlazarett wieder. Es zeigt sich, dass während dieser Jahre doppelt so viele Patienten aufgrund einer Ulcuserkrankung (44) behandelt wurden als Patienten mit der Diagnose einer Gastritis (22). Zudem wurde 1942 ein 22-jähriger militärstrafrechtlich verurteilter Patient aufgrund einer Pylorusstenose operiert. Insgesamt zwei Patienten wurden 1939 und 1940 an einer Magenfistel operiert, wobei ein Patient infolge der Krankheit verstarb.

1934 wurden 7 Patienten aufgrund eines Ulcus behandelt, im folgenden Jahr waren es 10 Häftlinge. Für die Jahre 1936-1941 lag die Zahl der stationär behandelten Patienten zwischen 3 und 5 pro Jahr, dann erkennt man einen starken Einbruch in den Fallzahlen für das Ulcus. Nachfolgend waren nur noch für das Jahr 1943 zwei Patienten verzeichnet, die wegen eines Magen bzw. Duodenalgeschwürs im Hauptlazarett behandelt wurden.

Bei den Erkrankung durch eine Gastritis sieht es ähnlich aus: Der Großteil der Patienten befand sich zwischen 1935 und 1937 in dortiger Behandlung (zwischen 3 und 5 Patienten im Jahr), in den folgenden Jahren lagen die Zahlen zwischen 1 und 3 Patienten pro Jahr. Ab 1942 wurde die Krankheit der Gastritis ebenfalls nur noch sporadisch stationär im Hauptlazarett behandelt (2 Erkrankungen zwischen den Jahren 1942 bis 1945).

Die Patienten, welche an einer Gastritis erkrankt waren, wurden durchweg konservativ behandelt, Todesfälle aufgrund einer Gastritis waren nicht zu beklagen.

Die durchschnittliche Liegedauer im Falle der Gastritis lag für die Jahre 1934-1938 bei 23,9 Tagen, für die Jahre 1939-1945 bei 21,2 Tagen, also nur gering kürzer. Dieses lag wohl vor allem an der Therapie der Gastritis, der schon oben erwähnten Diäten, welche insbesondere zur Behandlung des Ulcus zur Anwendung kamen. In zwei Fällen wird explizit über die Diät berichtet, zudem wurden unterstützend warme Umschläge verabreicht.

Die durchschnittliche Liegedauer betrug im Falle des Ulcus ventriculi und duodeni in den Jahren 1934-1938 19,6 Tage bei 29 von insgesamt 44 Fällen, in den Jahren 1939-1945 29,5 Tage bei den verbleibenden 15 Fällen.

Unter den 44 Ulcuserkrankungen wurde in fünf Fällen die Diagnose eines perforierten Ulcus gestellt. Vier dieser Patienten sind operativ versorgt worden, ein Patient wurde nicht (mehr) operiert und verstarb vier Tage nach Einlieferung. Im ganzen sind sechs Patienten aufgrund einer Ulcuserkrankung operiert worden, wobei zwei Operationen auf den Zeitraum von 1934-1938 entfallen (bei 29 Fällen [\cong 6,9%], darunter ein Fall eines perforierten Ulcus im Jahre 1937; gerade dieser Patient, ein 43 jähriger Strafgefangener wurde jedoch nicht operiert und verstarb vier Tage nach der Einlieferung). Während der Kriegsjahre wurden 4 von 15 Patienten operiert (\cong 26,7%), in allen Fällen handelte es sich um ein durchbrochenes Geschwür.

Die durchschnittliche Liegedauer der Ulcuspatienten unterschieden nach der Therapieform ist annähernd gleich, die operierten Patienten verblieben 24,5 Tage in stationärer Behandlung, die konservativ behandelten Patienten 22,7 Tage. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass zwei der sechs operierten Patienten innerhalb einer Woche aufgrund der Erkrankung verstarben. Nimmt man diese beiden Patienten aus der

Berechnung heraus, ergibt sich eine durchschnittliche Liegedauer für die Patienten, welche operiert wurden und die Operation und deren Folgen überlebten, eine durchschnittliche Liegedauer von 34,3 Tagen²¹³.

Die Liegedauer der an dem Ulcus bzw. Ulcus perforans verstorbenen sieben Patienten ist mit 5,9 Tagen vergleichsweise kurz, was bedeutet, dass die Patienten in schon sehr schlechtem Zustand aus dem Lager in das Hauptlazarett verlegt wurden und diese Verlegung letztlich zu spät erfolgte (insbesondere im Falle der Ulcusperforation).

Die Erkrankungen an Gastritis bzw. eines Ulcus ventriculi oder duodeni wurden vor allem in den Jahren 1934-1941 stationär im Hauptlazarett behandelt (62 von 66 Erkrankungen [22 Gastritisfälle und 44 Erkrankungen an einem Geschwür] \cong 93,9%). Ulcera ventriculi oder duodeni traten jedoch doppelt so häufig auf wie „banale“ Gastritiden. Mit Kriegswende gingen die Verlegungen in das Marienhospital Papenburg aufgrund der oben diagnostizierten Erkrankung deutlich zurück.

Zum einen mag hierfür der Grund sein, dass in den Kriegsjahren dringlichere Fälle stationär behandelt werden mussten und die Gastritiden ambulant oder im jeweiligen Lagerlazarett therapiert wurden. Zum anderen wäre eine Möglichkeit, dass die auslösenden Noxen (Kaffee, Spirituosen, Nikotin) nur noch in eingeschränktem Umfang zur Verfügung standen. Demgegenüber stehen jedoch die Belastungen während der Haft und die vor allem während der Kriegsjahre zunehmend schlechter werdenden Haftbedingungen, welche durch einen erhöhten Stress wiederum förderlich für die Gastritis oder das Ulcus waren.

In den meisten Fällen erfolgte eine konservative Therapie. So ist in den Akten explizit als Therapie „Diät“ eingetragen, zuweilen wurden zusätzlich Wärmewickel verabreicht.

Die Ulkusdiät basierte vor allem auf einer mechanische Schonung des Magens, welches Schema genau zum Tragen kam, kann nicht nachvollzogen werden. Jedoch dürfte auch die Therapie mittels Diät zunehmend schwierig geworden sein, da „die mit den Kriegsumständen verbundenen Einschränkungen auf dem Gebiet des Ernährungswesens eine eingehende Überprüfung der diätetischen Maßnahmen (bzw. diätetischen Richtungen) sowohl in Bezug auf ihre Wirksamkeit als auch auf ihre Durchführbarkeit

²¹³ Garrè gibt eine durchschnittliche Liegedauer in seiner Klinik nach Gastrektomie von 18-21 Tagen an. Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 351.

notwenig²¹⁴ mache. Zudem muß beachtet werden, dass „die alte Ulkustherapie, die meist recht einseitig nach einem Schema durchgeführt wurde, vom diätetischen Standpunkte aus als eine ‚Mangeltherapie‘ aufzufassen ist, die zu hypovitaminotischen Zuständen führt.“²¹⁵

Auch ist die nachstationäre Behandlung nicht zu vernachlässigen, Brühl fordert, „daß er [der Patient] seinen Tagesablauf, insbesondere in bezug auf Nahrungsaufnahme, auf sein reizbares Organ abstimmt. [...] Gemeinschaftsküchenverpflegung ist für magenschwache Patienten Menschen häufig sehr unzutraglich.“²¹⁶ Ebenso muß bei der Entlassung des Ulcuspatienten aus dem Lazarett berücksichtigt werden, „daß der Ulcusranke nicht nur solange krank ist wie er Beschwerden hat oder solange wie bei ihm ein wirklicher Befund nachweisbar ist, sondern es handelt sich um einen mehr akuten Krankheitszustand bei einer latenten Disposition. Die immer gegebene Möglichkeit zu Rückfällen zwingt dazu, auch nach Abschluß der Ulcuskur noch Wochen und Monate gewisse Diättrücksichten zu beobachten.“²¹⁷

Aufgrund ihrer Erkrankung sind 12 der 22 Gastritispatienten (54,5%), jedoch nur 12 der 44 Ulcuspatienten (27,3%) als moorunfähig entlassen worden. Dies ist um so erstaunlicher, da doch die Gastritis eine Vorstufe des Ulcus darstellt und somit Patienten mit einem Ulcus (also einer fortgeschrittenen Erkrankung im Vergleich zur Gastritis) erst recht als moorunfähig hätten entlassen werden müssen.²¹⁸

²¹⁴ Brühl, W. Die Diätbehandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 68/1942. S. 1166ff.

Brühl vergleicht u.a. in diesem Artikel Diätschemata nach ihrer Durchführbarkeit, hier erweisen sich einige aufgrund ihrer Zusammenstellung (einige enthalten größere Mengen Sahne, erhebliche Mengen an rohen Eiern, Olivenöl oder auch rohes geschabtes Fleisch) für die Kriegsjahre als ungeeignet. Brühl favorisiert die Diät nach Kalk, die hauptsächlich auf Kohlenhydraten basiere und auch in Kriegsjahren nahezu unverändert durchführbar sei mit gleichbleibendem Erfolg. Hinzugefügt werden muß, daß Brühl als Oberarzt der Inneren Abteilung des Horst-Wessel-Krankenhauses unter Leitung von Prof. Kalk tätig ist.

²¹⁵ Mancke, R. Tidow, R. Das Problem des magenkranken Soldaten. Münchener Medizinische Wochenschrift. 91/1944. S. 170.

²¹⁶ Brühl, W. Die Diätbehandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 68/1942. S. 1168.

²¹⁷ Gmeiner, G. Beurteilung und Behandlung des Magenkranken im Truppendienst. Der Deutsche Militärarzt. Heft 2. 6/1941. S. 70.

²¹⁸ In der Verfügung des Reichsministers der Justiz vom 05.07.1938 sind „schwer Magenleidende“ nicht aufgrund der „Art der Arbeiten und die besonderen Lagerverhältnisse“ nicht den Strafgefangenenlagern zuzuführen.

Zitiert nach Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1290.

4.2.3 Erkrankungen des Dickdarms, Rektums und des Peritoneums

Im folgenden Kapitel werden die Erkrankungen des Dickdarms, Rektums und auch des Peritoneums beleuchtet. An erster Stelle sind die Entzündung der Appendix zu nennen (306 Erkrankungen bei insgesamt 2652 Krankenakten \cong 11,5%). Als zweite große Gruppe treten hier Häftlinge auf, welche aufgrund des Verschluckens von Fremdkörpern bzw. dessen Folge behandelt wurden (140 Patienten). Weiter sind Erkrankungen durch einen Ileus, Obstipation und Colitis ulcerosa versorgt worden. Obendrein sind sechs Fälle von Bauchtuberkulose aufgetreten (vgl. hierzu das Kapitel Tuberkulose). Die Diagnose der Peritonitis habe ich als Folge von Erkrankungen innerhalb der Bauchhöhle in dieses Kapitel mit einbezogen.

Als Erkrankungen des Rektums und Anus stehen die Hämorrhoiden und der Rektumprolaps im Vordergrund. Aber auch Fisteln (wohlmöglich als Folge eines unerkannten M. Crohn) und perianale Blutungen wurden im Hauptlazarett Papenburg behandelt.

Ausgenommen sind in diesem Kapitel die malignen Erkrankungen des Darmes und Rektums. Ebenso die ansteckenden infektiösen Darmerkrankungen (Typhus, Paratyphus, Ruhr und Dysenterie).

Ebenfalls werden die Verletzungen infolge von Gewaltzuführung, insbesondere hier Schussverletzungen im Bauchraum, in einem eigenen Kapitel behandelt.

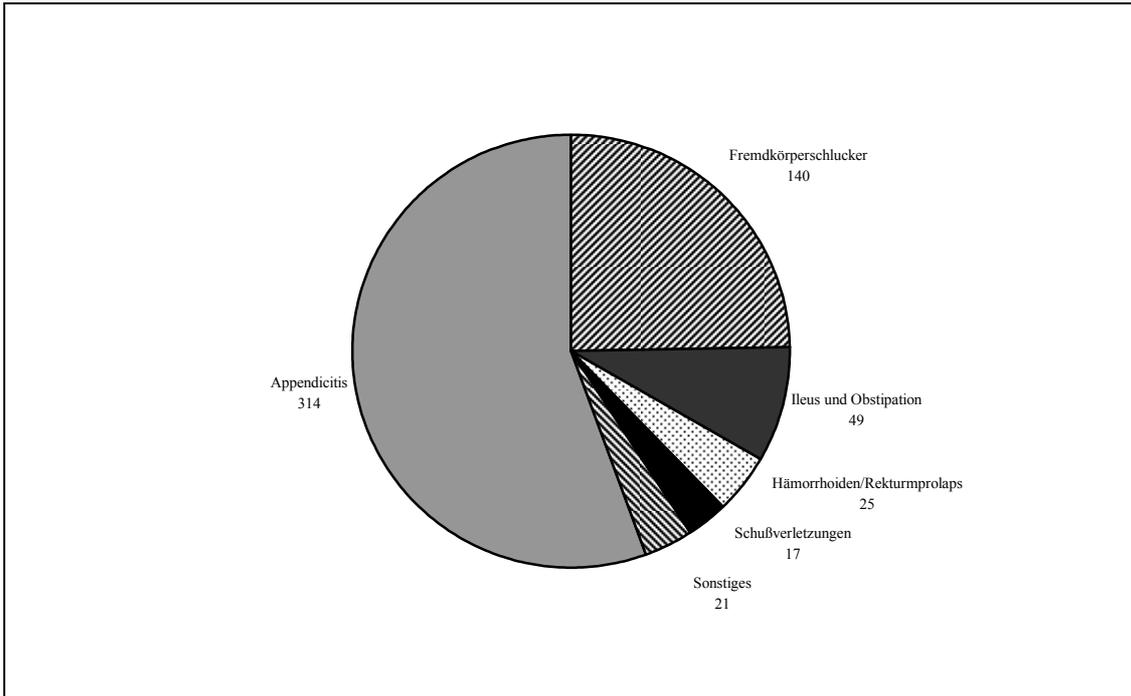


Abbildung 21: Differenzierung der abdominellen Erkrankungen

Im Hauptlazarett Papenburg wurden 566 Patienten aufgrund von Erkrankungen des unteren Verdauungstraktes (Colon und Rektum sowie perianale Prozesse) behandelt. Der Hauptteil entfällt hier auf die Entzündung des Wurmfortsatzes, die Appendicitis (314 Fälle \cong 55,5%). Die zweite große Gruppe stellen Häftlinge, welche durch Verschlucken von Fremdkörpern dem Lageralltag zu entkommen versuchten und aufgrund dessen stationäre ärztliche Hilfe benötigten. Hier waren im Laufe des Bestehens der Emslandlager 140 Fälle zu verzeichnen (\cong 24,7%). Die Zahl der Patienten, welche aufgrund von Verdauungsstörungen in Form eines Ileus bzw. einer Obstipation im Hauptlazarett behandelt wurden, beläuft sich auf 49 (\cong 8,7%, Ileus 43 Fälle und Obstipation 6 Fälle). Erkrankungen durch Hämorrhoiden oder einen Rektumprolaps waren mit 12 bzw. 13 Fällen relativ selten (insgesamt 25 \cong 4,4%). Ebenso waren Schussverletzungen des Bauchraumes mit 17 Fällen (3,0%) glücklicherweise in der Minderzahl. Ursächlich für die Schussverletzungen waren zum größten Teil missglückte Fluchtversuche, aber auch „feindliche Angriffe“ auf die Lager in den letzten beiden Kriegsjahren.

In weiteren 21 Fällen (3,7%) erfolgte eine Behandlung aufgrund Erkrankungen des unteren Verdauungstraktes, die wegen nur geringer Fallzahlen unter „Sonstiges“ zusammengefasst wurden. Diese sind im Einzelnen:

- Tuberkulose des Bauchraums und Darmtuberkulose (6),
- Peritonitis (5 Fälle, hier war die Peritonitis die Hauptdiagnose ohne Nennung der Ursache),
- Fistelbildungen rektal und peranal (5),
- Colitis ulcerosa (2),
- Rektale Blutabgänge (2),
- Bauchkontusion (1 Fall, ohne Angabe der näheren Umstände²¹⁹).

Im Folgenden soll das Auftreten der Krankheiten und deren Behandlung im Hauptlazarett dargelegt werden.

²¹⁹ In den Krankenakten des Hauptlazaretts sind multiple Fälle von Kontusionen dokumentiert (62), ebenso finden sich zahlreiche Frakturen (108) oder Distorsionen und Luxationen (20). In Einzelfällen ist die Ursache der Gewalteinwirkung, das Spektrum reicht hier von „Unfall“ (wohl im Rahmen der ausgeübten Tätigkeit während des Arbeitseinsatzes) über „Mißhandlung durch Mitgefangene“ und „Schinderei“ [durch das Wachpersonal?] bis hin zu Folgen von Fluchtversuchen und feindlichen Luftangriffen. Auf die Ursachen werde ich im Kapitel zu den von außen zu gefügten Verletzungen eingehen. (Kapitel 4.9.)

4.2.3.1 Appendicitis

Definition: Die Appendicitis bezeichnet die Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendix vermiformis). Die Ursache ist zumeist eine Obliteration des engen Lumpens durch Abknickung, narbige Stränge oder Fremdkörper (Kotsteine, Würmer o.ä.). Es besteht auch die Möglichkeit der hämatogenen Infektion der Appendix, diese ist jedoch sehr viel seltener. Erreger sind zumeist Keime der örtlichen Darmflora. Appendicitiden können akut und chronisch verlaufen.

Diagnostik: Die Diagnostik ist schwierig, da das klinische Bild eine breite Varianz aufweist. Die Hauptsymptome sind:

- zunächst diffuser, oft heftiger Schmerz, der sich in den rechten Unterbauch verlagert
- geringe oder aufgehobene Darmperistaltik, Stuhlverhalt und selten Durchfälle, in $\frac{3}{4}$ der Fälle Erbrechen
- meist erhöhte Temperatur, jedoch selten hoch, größerer Unterschied zwischen rektaler und axillär gemessener Temperatur
- mäßiger Anstieg der Leukozyten, dieser ist jedoch nicht regelmäßig; Verlaufskontrollen sind angezeigt und im Zusammenhang mit dem klinischen Bild zu sehen.

Zudem ergeben sich Hinweise auf eine akute Appendicitis durch klinische Zeichen und Testungen (Druckschmerz über Mac Burney und Lanz-Punkt, Blumberg-, Rovsing- und Sitkowski-Symptom).²²⁰

Therapie: „Die Behandlung der akuten Appendicitis muß, wenn nicht allgemein Gegenanzeigen gegen jede Operation bestehen, innerhalb der ersten 48 Stunden eine operative sein.“²²¹

Verlauf: Der Verlauf ist unterschiedlich und hängt ab von der Ausprägung der Entzündung und vom Zeitpunkt der Operation. Erfolgt diese im Frühstadium, „sind die Heilungsaussichten nicht schlecht. [...] In diesem Falle klingen die Krankheitserscheinungen rasch ab.“²²²

Bei schweren Verläufen (Appendixgangrän oder Perforation der Appendix) infolge einer rasch fortschreitenden Entzündung oder verspätete ärztliche Vorstellung des Patienten / zu spätes Erkennen der Krankheit kann eine

²²⁰ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 382ff. sowie Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 40.

²²¹ Garrè [u.a.]. 1942. S. 392. Heutzutage erfolgt die Appendektomie zunehmend in minimal-invasiver Technik. Da dieser vergleichsweise kleine Eingriff einen hohen diagnostischen Wert besitzt, wird die Indikation zu dieser Operation, ebenfalls abhängig vom klinischen Bild, recht großzügig gestellt. Es besteht jedoch ein belegbarer Vorteil „nur bei unklarer Verdachtsdiagnose (jüngere Frauen) und adipösen Patienten“ Hartel, W. Ekkernkamp, A. Zunehmender Einsatz der minimalinvasiven Chirurgie. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 99. Heft 19. 10. Mai 2002. S. 1306ff.

Auch bietet heute die Sonographie eine wichtige diagnostische Hilfe für die Indikationsstellung.

²²² Garrè [u.a.]. 1942. S. 386.

generalisierte Peritonitis entstehen, welche ein äußerst schweres Krankheitsbild darstellt mit häufig tödlichem Ausgang.²²³

Inzidenz der Appendicitiden

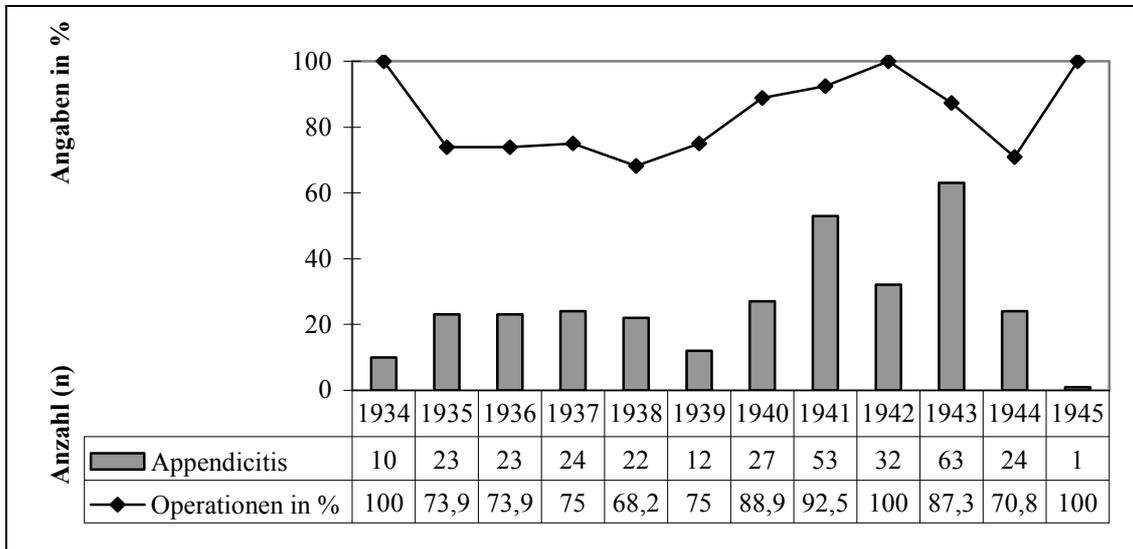


Abbildung 22: Inzidenz der Appendicitis und deren Therapie

Das obige Diagramm zeigt zum einen das Auftreten der Appendicitis in den Lagern, zugleich wird die Therapie der Appendicitis (operativ oder konservativ) mit dargestellt durch die Angabe des prozentualen Anteils der Appendektomien für das jeweilige Jahr.

So zeigt sich in den ersten Jahren der Lager die Anzahl der Appendicitiden relativ konstant zwischen 22 und 24 für die Jahre 1935 bis 1938. Das Jahr 1934 bildet hier eine Ausnahme mit nur 10 Erkrankungen, jedoch wurden die Strafgefangenenlager erst im April des Jahres eingerichtet. Im Jahr 1939 findet sich ein Einbruch der Zahlen auf nur 12 Erkrankungen für dieses Jahr, anschließend steigt die Zahl jedoch wieder auf 27 Fälle (1940) und nimmt dann rapide zu mit 53 Fälle für das Jahr 1941. Eine noch höhere Fallzahl zeigt sich für das Jahr 1943 mit 63 Erkrankungen. Für die Jahre 1942 und 1944 liegt die Summe der Fälle mit 32 bzw. 24 Wurmfortsatzentzündungen moderat höher als in den Vorkriegsjahren. Für das Jahr 1945 ist lediglich ein Fall einer Appendicitis dokumentiert.

Die Therapie der akuten Appendicitis besteht in der Appendektomie, der Entfernung des entzündeten Wurmfortsatzes. Im Jahre 1934 erfolgte diese auch in allen 10 Fällen der

²²³ Vgl. Ebd. S. 301ff.

aufgrund einer Appendicitis eingelieferten Patienten. Jedoch bereits im Folgejahr wurde in lediglich 17 Fällen der 23 aufgrund einer Appendicitis eingelieferten Häftlinge eine Operation durchgeführt (73,9%). In den folgenden Jahren bis 1939 ist der prozentuale Anteil der vorgenommenen Appendektomien recht konstant und schwankt zwischen 68,2% im Jahre 1938 und 75,0% in den Jahren 1937 und 1939.

Mit dem ersten Kriegsjahr nimmt die Rate der durchgeführten Appendektomien zu und steigt auf 88,9% (1940). Die Rate steigt weiter über 92,5% (1941) auf 100,0% im Jahre 1942. Gleichzeitig nimmt auch die Fallzahl zu im Vergleich zu den Vorkriegsjahren.

Ab 1943 sinkt jedoch der relative Anteil der aufgrund einer Appendicitis operierten Häftlinge (87,3%) auf 70,8% für das Jahre 1944. Das Jahr 1945 ist mit einem Fall einer Appendicitis statistisch zu vernachlässigen bei einer Gesamtfallzahl von 314 Blinddarmentzündungen.

Todesfälle aufgrund der Einweisungsdiagnose der Appendicitis sind vergleichsweise relativ selten, sie belaufen sich auf insgesamt 12 (insgesamt vier in den Jahren 1934-1938 und acht im Zeitraum der Jahre 1939-1945). Dieses entspricht einer Letalität von 3,8%. Garrè gibt eine Sterblichkeit von „kaum 1-2 v. H.“ an, solange die Operation zum richtigen Zeitpunkt ausgeführt wird („innerhalb der ersten 24 bis höchstens 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung“)²²⁴. Die Letalität liegt somit höher als in der Bevölkerung, jedoch unter diesen Umständen noch beachtlich niedrig.

Zum einen erscheint es zunächst verwunderlich, dass Patienten mit der Diagnose einer Appendicitis in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert werden, dann aber nicht alle aufgrund dieser Erkrankung operiert werden, da doch „die einzig kausale und erfolgreiche Therapie der akuten Appendizitis [...] die Appendektomie [ist]. Bei begründetem Verdacht sollte man angesichts der geringen Belastung des Eingriffs operieren.“²²⁵ Wie bereits jedoch schon eingangs erwähnt, ist die Diagnose „auch heute noch [2001] [...] in vielen Fällen schwierig. [...] Zum Beispiel sind bis zu circa 20

²²⁴ Ebd. S. 393.

²²⁵ Schumpelick, V. Bleese, N. M. Mommsen, U. Chirurgie. Stuttgart. 1993. S. 556.

Prozent der entfernten Appendizes unauffällig, das heißt, die entsprechenden Operationen waren unnötig²²⁶.

Die Aufnahme erfolgte damals unter der Verdachtsdiagnose einer Appendicitis, in der Mehrzahl der Fälle (bis zum Jahre 1939 einschließlich ca. 75%) erwies sich diese Diagnose auch als richtig, so dass die operative Therapie erfolgte. Schumpelick gibt 1993 an, die Operationsrate läge „je nach Selektion des Krankengutes [...] bei 35-80%.“²²⁷

Ab 1940 stieg sowohl die Fallzahl der Appendicitiden als auch die relative Häufigkeit der Operationen an (bis hin zu 100% im Jahre 1943). Die Ursache liegt zum einen im Anstieg der Häftlingszahlen in den Lagern insgesamt, zum anderen wurden die Patienten, die in den Vorkriegsjahren zur Beobachtung bei Verdacht auf eine Appendicitis in das Hauptlazarett überwiesen wurden, nun zunächst wohl im Lager bzw. Lagerrevier selber beobachtet und erst bei dringend begründetem Verdacht in das Hauptlazarett überwiesen, zumal die Kapazitäten dort in den letzten Jahren nahezu ausgeschöpft waren.

Wiederum verwunderlich ist, dass ab 1943 der prozentuale Anteil der Appendektomien wieder rückläufig war bis auf einen Wert von 70,8% im Jahre 1944, wo doch Hillmann schon 1942 schrieb: „Es können nur rein operative Fälle aufgenommen werden und diese auch nur für die allernotwendigste Zeitdauer.“²²⁸

Um diese Frage zu erörtern, sollen noch weitere Daten zur Appendektomie ausgewertet werden.

In den Jahren 1934 bis 1938 betrug die durchschnittliche Liegedauer der an einer Appendicitis erkrankten und appendektomierten Häftlinge 20,2 Tage, in den Jahren 1939 bis 1945 24,3 Tage. Die Liegedauer ist gegenüber den Vorkriegsjahren um ca. vier Tage angestiegen. Vergleicht man nun die Zahlen der Patienten, die mit der Verdachtsdiagnose einer Appendicitis eingeliefert wurden, sich diese Diagnose aber letztlich als falsch herausstellte und welche ohne Operation wieder entlassen wurden,

²²⁶ Ertel, W. Schramm, M. Rampf, W. Diagnosesystem für Blinddarmentzündung. Deutsches Ärzteblatt 98. Ausgabe 36. 07.09.2001. S. 10.

²²⁷ Schumpelick, V. [u.a.]. 1993. S. 556.

²²⁸ Brief des Regierungsmedizinalrates Dr. Hillmann an den Kommandeur der Strafgefangenenlager vom 10.05.1943. Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945 Nr. 46.

zeigt sich hier für die Jahre 1934 und 1938 eine durchschnittliche Liegedauer von 7,2 Tagen. Während der Kriegsjahre stieg die Liegedauer der Häftlinge, welche aufgrund einer mutmaßlichen Blinddarmentzündung in das Hauptlazarett überwiesen wurden, sich die Verdachtsdiagnose jedoch nicht bestätigte, auf 16,6 Tage, also um das 2,3 fache.

Die durchschnittliche Liegedauer der aufgrund einer Appendicitis verstorbenen Patienten liegt bei 7,0 Tagen. 11 der 12 verstorbenen Häftlinge wurden operiert, zu einem Fall war keine operative Therapie dokumentiert. Dieser Patient verbrachte dennoch 8 Tage im Hauptlazarett Papenburg, bevor er verstarb. Bei den anderen Patienten betrug die Liegedauer zwischen 2 und 16 Tagen, bevor sie letztlich ihrer Krankheit erlagen.

Die Ursache hierfür dürfte u.a. zum einen in der zu spät erkannten Krankheit selber liegen (vor allem bei nur kurzer Verweildauer bis zum Tod), die Krankheit war weit fortgeschritten und die Operation erfolgte zu spät. Zum anderen spielte aber auch die Entkräftung der Patienten eine wichtige Rolle.

Die körperliche Erschöpfung mag auch ein Grund für die relativ lange Verweildauer der konservativ behandelten Patienten sein. Waren sie ausgezehrt durch Hunger und Arbeit, so konnten auch gastrointestinale Beschwerden auftreten (Hungerkoliken). Waren unter stationärer Behandlung die Beschwerden rückläufig und konnte eine Appendicitis ausgeschlossen werden, so wurden sie noch so lange behandelt, bis sie wieder halbwegs zu Kräften gekommen waren. Nicht zuletzt aufgrund dessen führte der ärztliche Leiter der Strafgefangenenlager und auch des Hauptlazaretts, Regierungsmedizinalrat Dr. Hillmann, ab 1941 einen regen Schriftwechsel sowohl mit dem Kommandanten der Emslandlager und forderte höhere Ernährungszulagen für die Gefangenen als auch eine Minderung des Arbeitspensums.²²⁹

²²⁹ Schriftwechsel Hillmanns mit dem Kommandeur der Arbeitslager zwischen dem 01.03.1941 und 15.03.1945. Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945 Nr. 53. Siehe auch Kapitel Ernährung (Kap. 6.2).

4.2.3.2 Fremdkörperschlucker

Die zweite große Gruppe mit 140 Einzelfällen in diesem Kapitel stellen die Häftlinge dar, welche aufgrund des Verschluckens von Fremdkörpern bzw. dessen Folgen stationär im Hauptlazarett behandelt werden mussten. In 139 Fällen erfolgte die Aufnahme aufgrund des verschluckten Fremdkörpers selber, in einem Fall war die Aufnahmediagnose eine Magenfistel infolge von Fremdkörperschlucken.

In der Geschichte der Emslandlager kam es gehäuft zu Selbstbeschädigungen, es lassen sich sogar aufgrund des Aktenmaterials zwei Wellen von Selbstverstümmelungen nachweisen. Aus den Akten des Hauptlazarettes sind 163 Fälle von Automutilation erhalten geblieben, zumeist (in 139 Fällen) erfolgte diese durch Verschlucken von Fremdkörpern.

In diesem Abschnitt wird diese Gruppe der „Fremdkörperschlucker“ behandelt und die Daten statistisch ausgewertet, da diese mit 139 Fällen (bzw. 140 Fälle inklusive eines Patienten mit einer Magenfistel nach Fremdkörperschlucken) einen relativ großen Anteil der aufgrund von Störungen im Verdauungstrakt im Hauptlazarett behandelten Patienten stellt (24,7%). Zu den Ursachen und Hintergründen der Selbstverstümmelungen siehe Kapitel 5.

Inzidenz der Fremdkörperschlucker

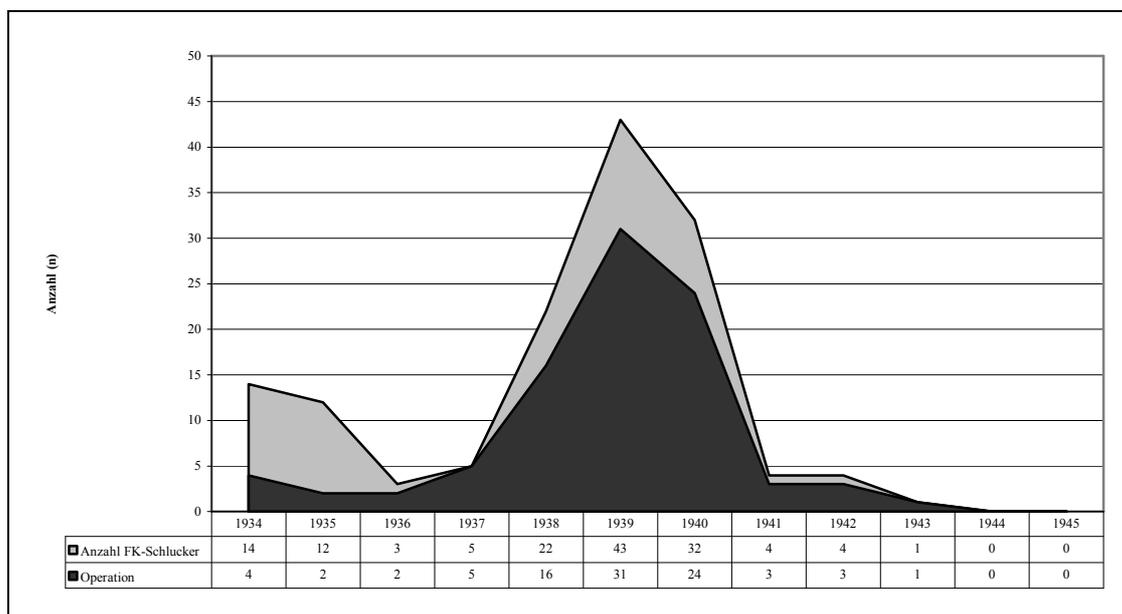


Abbildung 23: Inzidenz der Fremdkörperschlucker

Die Abb. 23 gibt einen Überblick über das Auftreten des Phänomens des Fremdkörperschluckens. Es zeigt sich eine Häufung gleich in den ersten Jahren der Lager; im Jahre 1934 wurden 14 und 1935 12 Patienten aufgrund dieser Problematik behandelt.

In den Jahren 1936 und 1937 war dieses Phänomen eher selten, es befanden sich lediglich drei bzw. fünf Patienten aufgrund einer Fremdkörperinkorporation im Hauptlazarett. 1938 stieg die Zahl der Fälle drastisch an auf 22, diese Tendenz setzte sich fort, für das anschließende Jahr 1939 wurden sogar 43 Fälle behandelt. Anschließend fiel die Zahl der Fremdkörperschlucker wieder auf 32 Fälle (1940), die Welle ebte ab und für die folgenden zwei Jahre waren lediglich jeweils 4 Fälle dokumentiert. Für das Jahr 1943 war nur ein Patient in stationärer Behandlung aufgrund des Verschluckens eines Fremdkörpers, in den letzten beiden Jahren 1944 und 1945 wurde kein Häftling aufgrund den Folgen des Fremdkörperschluckens im Hauptlazarett Papenburg behandelt.

Auch zeigt sich bei der Auswertung, dass Häftlinge wiederholt Fremdkörper verschluckten und aufgrund dessen stationär behandelt werden mussten. 26 Häftlinge wurden mehrfach aufgrund Fremdkörperschluckens in das Hauptlazarett eingeliefert, wobei dieses vor allem in der Zeit der zweiten Selbstverstümmelungswelle 1938-1940

auftrat. Für das Jahr 1934 wurde ein Häftling zweimal in einem Jahr eingeliefert, 1935 wurden zwei Häftlinge jeweils zweimal aufgrund einer Fremdkörperinkorporation eingeliefert.

In den Jahren 1938-1940 kam es vor, dass Patienten bis zu viermal (!) nach Verschlucken von Fremdkörpern in das Hauptlazarett eingeliefert wurden (so z.B. der Strafgefangene Frank K.; er wurde erstmals am 21.11.1939 in das Hauptlazarett eingeliefert, konnte es aber schon nach zwei Tagen am 23.11.1939 nach konservativer Therapie wieder entlassen. Die nächste Aufnahme fand statt am 25.01.1940, hier wurde der Fremdkörper operativ entfernt und er konnte nach elf Tagen wiederum entlassen werden. Infolge von Fremdkörperschlucken wurde er nochmals am 02.04.1940 aufgenommen und erneut am 01.07.1940, in jedem dieser Aufenthalte erfolgte eine Operation und der Patient konnte nach 20 bzw. 12 Tagen zurück in das Lager entlassen werden).

Todesfälle waren aufgrund der Selbstverstümmelung durch Fremdkörperverschlucken selten, im Hauptlazarett Papenburg verstarben 4 der 140 Häftlinge aufgrund ihrer Automutilation ($\cong 2,9\%$)²³⁰. In allen Fällen hatten dabei diese Patienten zum ersten Mal versucht, dem Lageralltag durch das Verschlucken von Fremdkörpern zu entkommen. Einer von ihnen verstarb nach 11 Tagen, zwei weitere wurden 40 und 47 Tage im Lazarett behandelt, bevor sie letztlich den Folgen erlagen.

In einem Falle wurde der 32 jährige Häftling Walter K. zum ersten Mal am 21.11.1939 nach Verschlucken eines Fremdkörpers in das Hauptlazarett aufgenommen. Bereits während dieses Aufenthaltes wurde er operiert und konnte am 02.12.1939 wieder in das Lager Esterwegen entlassen werden. Nach knapp 3 Wochen, am 27.12.1939 wurde er erneut in das Krankenhaus Papenburg aufgenommen mit der Diagnose einer

²³⁰ Schlegel gibt in seiner Statistik „aus sämtlichen Strafanstalten [...] aus 722 Fällen eine Mortalität von 12 Fällen =1,7%. Aus meinem Krankenhausmaterial selbst sind unter 62 Fremdkörperverschluckern 2 Todesfälle zu verzeichnen (Mortalität von 3%).“ Nach einer von ihm angeführten Statistik von „Wölfler und Lieblein [...] sterben etwa 10% der Fälle mit Fremdkörpern im Magendarmkanal.“

Schlegel, A. Beiträge zur Fremdkörperchirurgie des Magendarmkanals an Hand von 722 Fällen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 238/1933. S. 61.

[Anmerkung: Die von Schlegel errechnete „Mortalität“ (Todesfälle/Erkrankung) bezeichnet nach heutigem Verständnis die Letalität. Zeitgenössisch ist der Begriff jedoch richtig eingeordnet, ist er doch das Synonym zur „Sterbezahl“ oder „Sterblichkeitsziffer“, definiert als „Verhältniszahl der Sterbefälle zu d. Zahl d. Krankheitsfälle“. Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 360]

Magenfistel. Es erfolgte wiederum eine Operation, die Erkrankung war jedoch so weit fortgeschritten, dass er nach 11-tägigem Aufenthalt im Hauptlazarett verstarb.

Ein Grund hierfür mag die rechtzeitige und fachgemäße Therapie sein. Je nach inkorporiertem Gegenstand (Löffel, Kamm, Messer, Rasierklingen o.ä.) und klinischem Zustand bei Einlieferung kann (zunächst) eine konservative Therapie angezeigt sein. So empfiehlt Schlegel:

„Diese Zeit des Abwartens und des Beobachtens darf nach meiner Erfahrung sich auf i. D. 4 Wochen belaufen. Alle umfassenden Arbeiten stimmen wohl darin überein, daß der Abgang der Fremdkörper in der größeren Hälfte der Fälle auf natürlichem Wege erfolgt. [...]

Auch Fuchs kommt zu dem Ergebnis, daß man in der Praxis mit Fremdkörperverschluckern nicht allzu ängstlich sein braucht. Die Fremdkörper gingen innerhalb von 2-4 T. ab.²³¹

Die Gefahr nach Verschlucken von Fremdkörpern besteht vor allem in einer Perforation der Hohlorgane, welche lebensgefährliche Ausmaße annehmen kann, da sich dadurch eine generalisierte Entzündung des Bauchraumes (Peritonitis) entwickeln kann. Beim geringsten Anzeichen hierfür ist eine Operation unumgänglich. Weiter kann der Fremdkörper das Darmlumen verlegen, so dass es ein Darmverschluss (Obturationsileus) eintritt. Auch hier ist die Operation die einzige Möglichkeit, das Leben des Patienten zu erhalten.

Bezogen auf das vorangehende Diagramm lässt sich somit auch wohl der Verlauf der beiden Kurven erklären. So kam es zu zwei Wellen von Selbstverstümmelungen durch Fremdkörperschlucken (wie schon oben dargelegt), der Verlauf der Kurve mit der Anzahl der durchgeführten Operationen folgt jedoch in den Jahren 1934-1936 nicht der Kurve zur Inzidenz der Fremdkörperschlucker.

So wurden im Jahre 1934 lediglich 4 der 14 Häftlinge operativ versorgt (28,6%), im folgenden Jahre 1935 sogar nur 2 von 12 (16,7%). In den nächsten beiden Jahren lag der relative Anteil weitaus höher mit 66,7% 1936 und sogar bei 100% für das Jahre 1937, in diesen beiden Jahren lag jedoch nur eine geringe Fallzahl von 3 bzw. 5 Gefangenen vor.

In einem Fall findet sich die Bemerkung, dass der Patient die Operation verweigerte (der 36-jährige Strafgefangene August M.. Er wurde am 09.11.1934 in das Hauptlazarett

²³¹ Ebd. S. 66.

eingeliefert, aufgrund der Symptomatik wurde eine Operation als indiziert angesehen; der Patient verweigerte diese jedoch. Nach acht Tagen erfolgte am 17.11.1934 eine Entlassung auswärts in die Strafanstalt Münster²³²).

Erst in den folgenden Jahren, mit auftreten der zweiten Welle von Selbstverstümmelungen, pendelt sich die Zahl der operativ behandelten Fälle bei ca. 75% ein (1938: 72,7%; 1939: 72,1%; 1940 bis 1942: 75,0%).

Die Ursache hierin liegt wohl zum einen in den Erfahrungswerten, welche die Ärzte im Laufe ihrer Tätigkeit in den Lagern gesammelt haben. Wurde anfangs die Indikation für eine stationäre Aufnahme relativ großzügig gestellt, so stellte sich in den ersten Jahren heraus, dass in einem Großteil eine konservative Therapie völlig ausreichend und auch von den jeweiligen Lagerrevieren zu leisten war. Mit Anstieg der Selbstverstümmelungen nahm zum einen die Fallzahl zu, jedoch auch der relative Anteil der operativ behandelten Patienten. Hier wusste man schon genauer zu differenzieren und konnte die Indikation für eine stationäre Behandlung enger fassen.

Zum andern besteht auch die Möglichkeit, dass die Form der Selbstverstümmelung eine andere geworden ist, dass also beispielsweise nicht nur ein Gegenstand verschluckt wurde, sondern gleich mehrere; oder aber die Art der Gegenstände hat sich geändert (Messer, Rasierklingen, Scherben), so dass eine stationäre Aufnahme, allein schon zur Beobachtung, ratsam erschien.

²³² In der Strafanstalt Münster befand sich seit dem Umbau 1983 eine psychiatrische Abteilung. In der Zeit des Nationalsozialismus ist „das Zuchthaus Münster [...] in der Hauptsache eine Anstalt für Vorbestrafte und der größere Teil der Insassen wird als nicht mehr erziehungsfähig eingestuft.“ Silwedel, R. 150 Jahre Vollzugsgeschichte in Münster. Von der „Isolir-Strafanstalt“[!] zur Justizvollzugsanstalt. NRW.Justiz 3/2003. S. 8.

Der Häftling August M. wurde wohl aufgrund dessen, daß er zum einen eine Automutilation begonnen hatte und sich anschließend gegen die, nach Ansicht der Ärzte, notwendige Operation verweigerte, als psychisch krank bzw. „nicht erziehungsfähig“ angesehen und aus den Emslandlagern verlegt.

Liegedauer

Betrachtet man die Liegedauer der Häftlinge, welche aufgrund einer Fremdkörperinkorporation sich im Hauptlazarett befanden, so wird die bereits eingangs aufgestellte These gestützt, dass in den ersten Jahren die Indikation zur stationären Behandlung großzügiger gestellt wurde als in späteren Jahren bzw. den Kriegsjahren.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer derjenigen Patienten, welche konservativ behandelt wurden (und der Fremdkörper somit erfolgreich *via naturalis* abging), lag in den Jahren 1934-1938 bei 12,1 Tagen, die der operativ versorgten Patienten bei 23,6 Tage.

Demgegenüber stehen die Zahlen aus der Zeit zwischen 1939 und 1945: Die Liegedauer bei konservativer Behandlung lag hier bei 5,7 Tagen, also nicht einmal der Hälfte der Liegedauer, welche Patienten in den Jahren zuvor im Lazarett behandelt wurden. Die Liegedauer der Patienten, welche im Zeitraum von 1939-1945 nach Fremdkörperverschlucken operativ behandelt wurden, lag bei 22,0 Tagen.

Auch diese Zahlen bestätigen die Annahme, dass in den ersten Jahren mit Aufkommen der Selbstverstümmelungen die Patienten relativ rasch mit Bekanntwerden der Fremdkörperinkorporation in das Hauptlazarett verlegt wurden und dort beobachtet wurden, zumal „unmittelbar nach dem Verschlucken auch kleinerer, an sich harmloser Metallteile bereits die heftigsten Symptome auftreten können.“²³³ Die Gefangenen wurden erst nach Abgang des Fremdkörpers wieder entlassen, die durchschnittliche Liegedauer war mit 12,1 Tagen dementsprechend lang. Eine Indikation für ein operatives Vorgehen lag jedoch eher selten vor (während der ersten Welle lag der prozentuale Anteil der operierten Fälle bei ca. 25%).

Mit Beginn der zweiten Selbstverstümmelungswelle war die Fallzahl höher, so dass man nicht jeder Häftling aufgenommen wurde, solange er nach der Fremdkörperinkorporation beschwerdefrei blieb, sondern zunächst im Lagerlazarett beobachtet wurde. Wurde dennoch eine Überweisung in das Hauptlazarett vorgenommen, so erfolgte in dieser zweiten Phase auch zu ca. 75% eine Operation.

²³³ Schum, H. Verschlucken von Fremdkörpern und andere Arten der Selbstbeschädigung. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 152/1931. S. 270.

Die Liegedauer der in den Jahren 1939-1945 beobachteten Fremdkörperschlucker, bei denen sich herausstellte, dass eine Operation vermieden werden konnte (der Fremdkörper war abgegangen), war so mit durchschnittlichen 5,7 Tagen vergleichsweise kurz zu den Jahren zuvor.

Die Liegedauer der operierten Strafgefangenen nach Fremdkörperschlucken differiert nicht wesentlich, im Zeitraum von 1934-1938 betrug sie 23,6 Tage, in den folgenden Jahren 22,0 Tage.

4.2.3.3 Ileus und Obstipation

Im folgenden Kapitel werden Motilitationsstörungen des Darms, zum einen in leichter Form, der Obstipation (Verstopfung), dann aber auch in der schwerwiegenderen Ausprägung, dem Ileus (Darmverschluss) dargestellt.

Die *Obstipation* bezeichnet eine „funktionell bedingte, nicht mechanische Störung“ des Stuhlentleerungsmechanismus. „Im einzelnen kann die Ursache der Verstopfung in einer abwegigen Zusammensetzung der zugeführten Nahrung liegen, die zu arm ist an peristaltikfördernden Schlackenbestandteilen, oder in Tonusstörungen des vegetativen Nervensystems oder schließlich in psychomotorischen Einflüssen.“²³⁴

Wolf unterscheidet zwei Formen der Obstipation: die spastische Verstopfung mit starken abdominellen Beschwerden, bei der die Obstipation im Wechsel mit Durchfällen einhergeht und die atonische Obstipation; hier steht ein Völlegefühl im Vordergrund ohne ernstere Beschwerden. Die Therapie beider Formen besteht in der Einnahme ballaststoffreicher Kost, ausreichender Flüssigkeit, ggf. der Einsatz von „Stuhlgleitmitteln“ wie Paraffin o.ä. In hartnäckigeren Fällen könne Abführmittel angewandt werden (Glauber- oder Bittersalz, Sennesblätter). Initial kann die digitale Ausräumung der Rektumampulle notwendig sein, um die verhärteten Kotmassen zu entfernen.

²³⁴ Wolf, H. J. 1941. S. 294.

Weiter ist in allen Fällen einer Verstopfung eine diagnostische Abklärung vorzunehmen, da eine verschiedene Erkrankungen mit dem Symptom einer Obstipation einhergehen können.²³⁵

Abzugrenzen von der Obstipation ist der Darmverschluss (Ileus):

Definition: Der Ileus bezeichnet eine Störung der Darmpassage. Die Ursache kann zum einem mechanisch sein durch eine partiellen oder vollständigen Verschluss des Darmlumens (z.B. durch intraabdominelle Stränge, Kompression des Darmes durch einen Tumor), zum anderen existiert die Form des paralytischen (dynamischen) Ileus. Hier ist die Motilität des Darmes aufgehoben. Diese Form ist meist sekundär aufgrund anderer Ursachen (Durchblutungsstörungen, Vergiftungen, Entzündungen sowohl intra- und extraadominell).

Diagnostik: Die Symptome sind je nach Form des Ileus unterschiedlich. Die Leitsymptome des mechanisches Ileus sind: (kolikartige) Schmerzen und Übelkeit, Erbrechen bis hin zum Koterbrechen (Miserere), Meteorismus, Stuhl und Windverhalt. Die Darmgeräusche sind hochgestellt. Die Symptome des paralytischen Ileus sind ebenfalls Stuhl- und Windverhalt, Erbrechen (ebenfalls bis zum Koterbrechen), abdominelle Schmerzen (anfangs heftig, dann ein Dauerschmerz) mit Abwehrspannung, die Darmperistaltik ist schwach oder völlig ausgesetzt („Totenstille“). Röntgenologisch zeigt sich in beiden Fällen eine typische Spiegelbildung. Ebenso kommt es zu Veränderungen im Blutbild (Leukozytose), einem Pulsanstieg; auch Fieber kann auftreten.²³⁶

Therapie: „Wo die Diagnose auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Darmverschluß gestellt ist, da soll möglichst frühzeitige Laparotomie völlige Klarheit und Hilfe schaffen.“²³⁷ Diese Aussage gilt vor allem für den mechanischen Ileus, da allein durch eine Operation die Ursache behoben werden kann. Im Falle des paralytischen Ileus sind zunächst konservative Maßnahmen möglich durch „Behandlung mit Hypophysenpräparaten [...]: Pituglandol, Hyphysin [...] oder mit Physostigmin [...] oder Acetylcholin“ zur Anregung der Peristaltik. „Bei Versagen dieser Therapie kann ein Versuch mit Abführmitteln (Rhizinus) gemacht werden.“²³⁸

In keinem Fall sollte der Zeitpunkt einer Operation verpaßt werden.

Verlauf: „Spontanheilung tritt selten ein; Operationsmortalität rund 50%.“²³⁹

Auch heute stellt der Ileus einen „lebensbedrohlichen Notfall dar. Ohne eine sofortige und entsprechende Therapie ist die Letalität praktisch 100%.“²⁴⁰

²³⁵ Ebd. Vgl. auch: Arastéh, K. et. al. 2009. S. 456f.

²³⁶ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 370ff.

²³⁷ Ebd. S. 381.

²³⁸ Wolf, H. J. 1941. S. 292.

²³⁹ Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 240.

²⁴⁰ Hirner, A. Weise, K. 2008. S. 643.

Inzidenz von Ileus und Obstipation

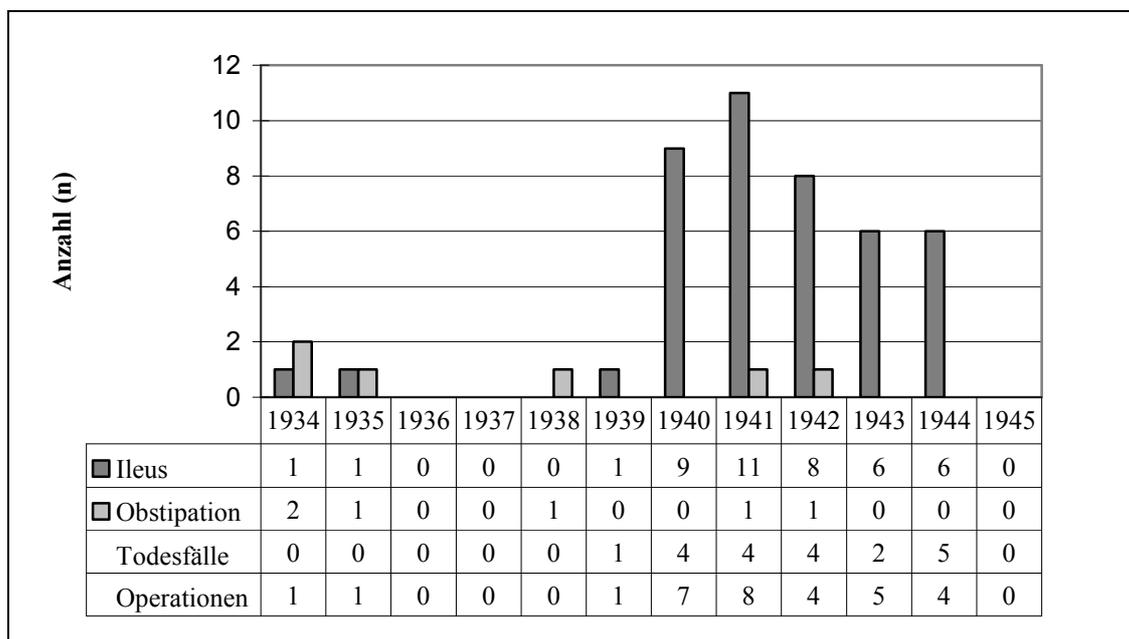


Abbildung 24: Inzidenz der Ileus- und Obstipationserkrankungen

Die Grafik zeigt das Auftreten von Obstipations- und Ileuserkrankungen, welche im Hauptlazarett Papenburg behandelt wurden. Die Fälle von Obstipation waren mit insgesamt 6 Erkrankungen relativ selten, dagegen traten 43 Fälle eines Ileus auf. Zwischen mechanischem und paralytischem Ileus ist in den Krankenakten nicht differenziert worden.

Bis 1939 waren beide Krankheiten verhältnismäßig selten, so traten 1934 und 1935 jeweils eine Ileuserkrankung auf, im selben Zeitraum zwei bzw. ein Fall einer Obstipation. Aus den Jahren 1936 und 1937 sind keine derartigen Krankheiten dokumentiert. 1938 trat nochmals ein Fall einer Obstipation auf und 1939 eine Ileuserkrankung.

Ab 1940 kam es dann zu einem Anstieg der Fallzahlen für den Ileus, für dieses Jahr waren neun Krankenakten vorhanden. Die Zahl stieg noch auf elf Erkrankungen im Jahre 1941, fiel dann aber in den Jahren 1942 auf acht; in den Jahren 1943 und 1944 wurden jeweils sechs Fälle behandelt. In diesem Zeitraum ab 1940 waren nur noch zwei Fälle von Obstipation behandelt worden, jeweils einer in den Jahren 1941 und 1942.

Die Erkrankungen durch eine Obstipation sind durchweg konservativ behandelt worden, in allen Fällen erfolgte nach einigen Tagen eine Entlassung arbeitsfähig zurück in das jeweilige Lager.

Im Falle der von 1934 bis 1939 aufgetretenen drei Ileuserkrankungen wurden alle Patienten operiert, in einem Fall (1939) verstarb der Erkrankte, die beiden anderen wurden nach Genesung in das jeweilige Lager zurückverlegt.

Im Jahr 1940 wurden sieben der neun Ileuserkrankten operativ behandelt (77,8%), vier Häftlinge verstarben in diesem Jahr an den Folgen der Erkrankung. 1941 erfolgten acht Operationen bei elf Erkrankungen (72,7%), in vier Fällen war die Erkrankung soweit fortgeschritten, dass die Patienten die Krankheit nicht überlebten (36,4%). Für die weiteren zwei Jahre war es ähnlich, 1942 wurden vier der acht Häftlinge operiert (50,0%), 1943 fünf von sechs (83,3%). Im Jahr 1942 verstarben vier von acht Häftlinge aufgrund des Ileus (50,0%), 1943 waren es zwei von sechs (33,3%). Der relative Anteil der Todesfälle stieg dann im Jahr 1944 auf 83,3% an bei fünf von sechs Erkrankungen.

Betrachtet man die Liegedauer, so fällt, ähnlich wie bei den Fremdkörperschluckern, die Differenz in der Liegedauer zwischen konservativ und operativ behandelten Erkrankungen auf. Lag die Dauer der konservativen Behandlung der Ileus- und Obstipationserkrankung in den Jahren 1934-1938 bei durchschnittlich 8,5 Tagen, so lag diese für den gleichen Zeitraum bei operativer Therapie bei 19,5 Tagen. Während der Kriegsjahre stieg sie in beiden Fällen an, zum einen die Liegedauer der konservativ behandelten Fälle auf 13,6 Tage, bei den operierten Ileuserkrankungen auf 20,8 Tage.

Die Zahl der Liegedauer der operierten Fälle bezieht sich nur auf die Ileuserkrankungen, da nur diese operativ versorgt wurden. Berechnet man die durchschnittliche Liegedauer der Obstipationserkrankungen und der Ileuserkrankungen, so liegt die Verweildauer im Falle der konservativ versorgten Ileuserkrankungen bei 7,3 Tagen und bei der Obstipation bei 22,8 Tagen. Diese durchschnittlich hohe Liegedauer ergibt sich durch einen Fall, den Strafgefangenen Heinz P. welcher sich 96 Tage aufgrund einer Obstipation in Behandlung befand. Hierbei handelte es sich um spastische Obstipationen, zudem litt der Patient unter Verwachsungen im Bauchraum nach

Voroperationen.²⁴¹ Trotz dieser langen Liegedauer ist der Patient konservativ versorgt worden und konnte anschließend wieder in das Lager entlassen werden.

4.2.3.4 Hämorrhoiden und Rektumprolaps

Im Folgenden sollen nun die Erkrankungen durch Hämorrhoiden und Rektumprolaps ausgewertet werden. Beide Krankheiten stellen sich als relativ harmlos dar, d.h. eine Behandlung oder Operation kann in beiden Fällen elektiv durchgeführt werden, solange sich aus der Erkrankung keine Komplikationen ergeben. In vielen Fällen ist aufgrund der Beschwerdefreiheit der Patienten keine Behandlung notwendig. Auf Grund dessen sind auch wohl nur insgesamt 25 Fälle dieser Art in den Akten des Hauptlazarets vorhanden.

Hämorrhoiden

Definition: Hämorrhoiden bezeichnen krankhafte Erweiterung im Bereich der arteriell und venös durchbluteten Corpora cavernosa recti (Plexus hämorrhoidalis), welcher an der Analabdichtung beteiligt ist. Hämorrhoiden werden in vier klinische Stadien eingeteilt (von vollständig reversibel und nicht schmerzhaft bis hin zum Vorfall der gesamten Hämorrhoidalzone). Die Ursache ist zum Teil angeboren (Bindegewebsschwäche), zum Teil erworben (starker Pressen bei der Defäkation, sitzende Tätigkeit...). Hämorrhoiden konnten auch Hinweise geben auf andere Erkrankungen („passive Stauung des Hämorrhoidalblutes durch Beckentumoren, Rückstauung im Pfortadersystem, wie bei Lebererkrankungen, Herz- und Lungenkrankheiten“²⁴²), der „diagnostische Wert“ der Hämorrhoiden ist jedoch heute überholt.

Diagnostik: Das Hauptsymptom der Hämorrhoiden ist die schmerzlose Blutung oder Blutauflagerungen auf dem Stuhl. Ansonsten können Stechen, Brennen und Jucken der Hämorrhoiden auftreten sowie Nässen und Stuhlschmierer. Die Diagnose ist inspektorisch leicht zu stellen, dennoch sollte eine rektodigitale Untersuchung erfolgen sowie eine Rektoskopie, um einen Tumor auszuschließen, der durch ähnliche Symptome in Erscheinung treten kann.

²⁴¹ Soweit möglich, versucht man zunächst bei bekannten massiven Verwachsungen nach Voroperationen einen weiteren abdominalen Eingriff zu vermeiden. Zum einen gestaltet dieser sich aufgrund dieser Verwachsungen als äußerst schwierig (die Verletzungsgefahr des Darmes ist ungleich höher), zum anderen ist keine große Linderung zu erwarten, da es nach dem Eingriff erneut zu Adhäsionen kommen wird und diese sogar mit jedem Eingriff zunehmen. Sobald jedoch ein Ileus vorliegt, besteht natürlich, ungeachtet der Schwere des Eingriffes, eine absolute Indikation für einen operativen Eingriff.

²⁴² Garrè [u.a.]. 1942. S. 406.

- Therapie: In leichteren Formen kann eine symptomorientierte Therapie erfolgen (Sitzbäder, leichte Abführmittel, Einlage von Zäpfchen mit einem Lokalanästhetikum und/oder Vasokonstringentien). In fortgeschrittenen Fällen kommen verschiedene Behandlungsformen in Betracht (Operation, Gummibandligatur, Veröden oder Kauterisation).
- Verlauf: Bei leichteren Erkrankungen ist die symptomatische Therapie oft schon ausreichend. Hämorrhoiden können thrombosieren, dies ist zwar ungefährlich, aber dennoch äußerst schmerzhaft. Die thrombosierte Hämorrhoiden kann gespalten werden, dann sind die Schmerzen rasch beseitigt. Als Folge der Eingriffe an Hämorrhoiden können (Nach-) Blutungen entstehen. Auch besteht die Gefahr der Verletzung des Schließmuskels, was eine Inkontinenz nach sich ziehen kann. Zudem neigen Hämorrhoiden zu Rezidiven.²⁴³

Rektumprolaps/Analprolaps

- Definition: Hier kommt es zu einem Vorfall des Mastdarms vor den After. Ursache ist häufig eine Beckenbodeninsuffizienz und damit eine Lockerung des Halteapparates des Rektums.
- Diagnose: Vor dem After ist die Darmwand des Rektums als Ausstülpung zu sehen mit ihrer circulären Faltung (radiäre Faltung zeigt sich beim Analprolaps). Zunächst tritt diese Ausstülpung nur beim Pressen auf (Stuhlgang, Husten oder Lasten heben), später auch spontan. Es besteht eine schleimige Sekretion, oft zeigen sich auf der Schleimhaut des Darms Ulcera.
- Therapie: In leichteren Fällen in Beseitigen der auslösenden Ursachen (Vermeiden von Pressen beim Stuhlgang), nach dem Stuhlgang zurückschieben der vorgefallenen Darmabschnitte. Weiter kann Beckenbodengymnastik durchgeführt werden. Auch wurden Unterspritzungen mit Antiprokton²⁴⁴ empfohlen.
Operativ behandelt wurde die Erkrankungen durch eine „Umführung eines rostfreien Drahtes um den Anus (OP nach Thiersch) oder die Einpflanzung eines Fascienstreifens in den Sphincterring (OP nach Payr).“²⁴⁵
- Verlauf: Ähnlich wie bei den Hämorrhoiden kann es zu Rezidiven kommen oder zu einer (teilweisen) Inkontinenz.²⁴⁶

²⁴³ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 405f.
Psyhyrembel. 2011. S. 821.

Henne-Bruns, D. Kremer, B. Dürig, M. Chirurgie. Stuttgart. 2008. S. 425ff.

²⁴⁴ Eine in Ampullen gebrauchsfertige Lösung aus Chinin, Urethan und Novocain.
Garrè [u.a.]. 1942. S. 407.

²⁴⁵ Garrè [u.a.]. 1942. S. 407ff.

²⁴⁶ Vgl. Ebd. sowie Henne-Bruns, D. et. al. 2008. S. 416.

Inzidenz von Hämorrhoiden und Rektumprolaps

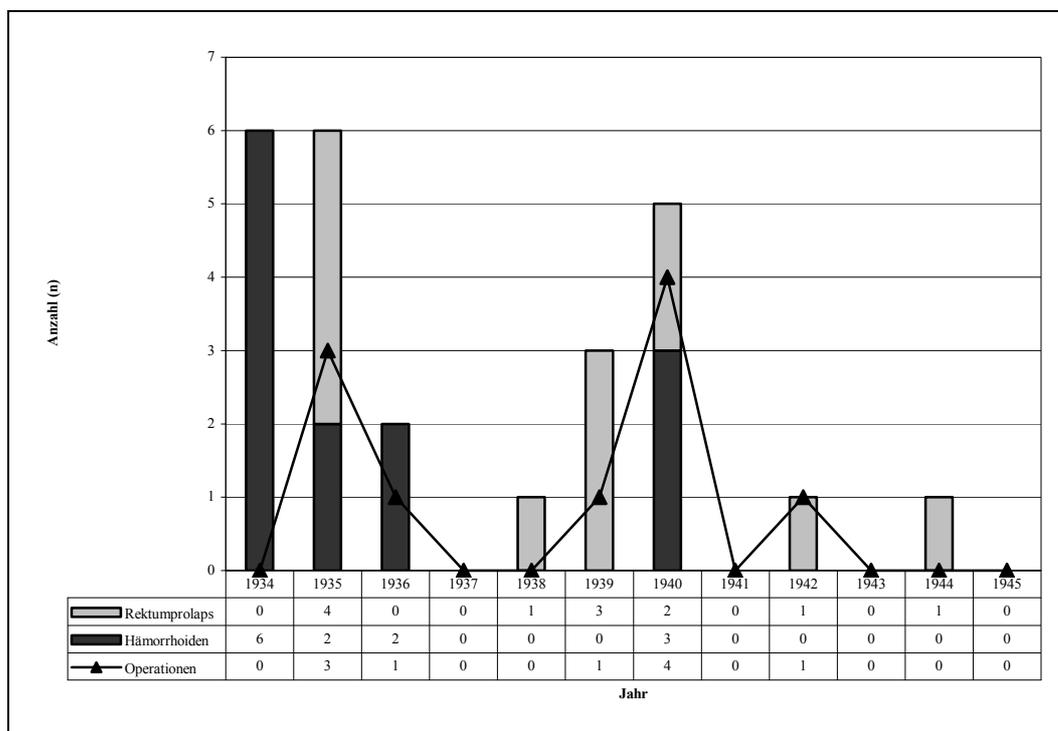


Abbildung 25: Inzidenz von Rektumprolaps und Hämorrhoiden

Das Diagramm zeigt das Auftreten der Erkrankungen an Hämorrhoiden und Rektumprolaps. Die Erkrankungen wurden nur relativ selten im Hauptlazarett behandelt. Es finden sich insgesamt 12 Krankengeschichten von Patienten mit einem Rektumprolaps und 13 Krankenakten zu Patienten, welche an Hämorrhoiden erkrankt waren.

Im Jahr 1934 wurden sechs Patienten mit Hämorrhoiden behandelt, in allen Fällen konservativ. Im folgenden Jahr wurden vier Patienten aufgrund eines Rektumprolaps behandelt (davon wurden zwei operiert) und zwei Patienten aufgrund von Hämorrhoiden (hier erfolgte in einem Fall eine operative Sanierung). Für das Jahr 1936 sind lediglich zwei Hämorrhoidenerkrankungen verzeichnet, wobei wiederum in einem Fall die chirurgische Therapie erfolgte. Für das Jahr 1937 ist keine und für das Jahr 1938 lediglich eine Erkrankung durch ein Rektumprolaps aktenkundig. In den Jahren 1939 und 1940 trat der Rektumprolaps noch drei- bzw. zweimal auf, wobei 1939 in einem Falle eine chirurgische Intervention erfolgte. Im Jahr 1940 wurden drei Erkrankungen an Hämorrhoiden und ein Rektumvorfall operativ behandelt.

Lediglich zwei Fälle eines Rektumprolapses traten zwischen den Jahren 1941 und 1945 auf (1942 und 1944), wobei auch nur in einem Fall (1942) eine Operation durchgeführt wurde.

Die durchschnittliche Liegedauer von Patienten mit einem Hämorrhoidalleiden lag bei 36,2 Tagen und blieb vor und während des Krieges nahezu identisch (36,2 und 36,3 Tage). Die Liegedauer lag hierbei zwischen 3 und 153 Tagen.

Patienten mit einem Rektumprolaps verblieben in den Vorkriegsjahren im Schnitt 19,0 Tage in stationärer Behandlung, wobei die Liegedauer ohne Operation 9,3 Tage und mit Operation 33,5 betrug. Während der Kriegsjahre war dieser Unterschied noch ausgeprägter, die Liegedauer der konservativ behandelten Rektumvorfälle betrug 10,6 Tage, die der operierten Fälle 81,5 Tagen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass in den Kriegsjahren sich lediglich sieben Fälle in stationärer Behandlung im Hauptlazarett befanden, von denen zwei operiert wurde. Einer von diesen konnte bereits nach 19 Tagen entlassen werden, der andere wurde 144 Tage behandelt. Statistische Aussagen sind somit nur wenig aussagekräftig.

Bei den im ganzen 25 Patienten waren keine Todesfälle zu beklagen, alle wurden nach der stationären Behandlung im Hauptlazarett zurück in das jeweilige Lager verlegt, in sechs Fällen jedoch mit dem Zusatz „moorunfähig“. Hierbei handelte es sich in fünf Fällen um Patienten, welche an einem Rektumprolaps litten.

4.2.4 Sonstige abdominelle Krankheiten

Unter sonstigen Krankheiten des Verdauungstraktes sind Erkrankungen zusammengefasst, die nur sporadisch im Hauptlazarett der Emslandlager behandelt wurden. Diese sind im Einzelnen:

1. Tuberkulose des Bauchraums und Darmtuberkulose (6 Fälle),
2. Peritonitis (5 Fälle, hier war die Peritonitis die Hauptdiagnose ohne Nennung der Ursache),
3. Fistelbildungen rektal und peranal (5 Fälle),
4. Colitis ulcerosa (3 Fälle),

5. Rektale Blutabgänge (2 Fälle),
6. Bauchkontusion (1 Fall, ohne Angabe der näheren Umstände²⁴⁷).

Zu 1.(Tuberkulose des Bauchraums und Darmtuberkulose):

Die Fälle der Bauch- und Darmtuberkulose sind eher die Ausnahme in den Emslandlagern, obwohl die Tuberkulose insgesamt mit 138 Fällen die häufigste behandelte Infektionskrankheit in den Emslandlagern darstellt. Die Tuberkulose manifestiert sich jedoch zumeist in der pulmonalen Form²⁴⁸.

Zwei Fälle der Bauchtuberkulose stammen aus dem Jahre 1935 (Oktober und November), die übrigen vier jeweils aus den Jahren 1941-1944. Die mittlere Liegedauer betrug 23,2 Tage. Fünf der sechs Erkrankten verstarben aufgrund ihrer Erkrankung (\cong 83,3%), in einem Falle (aus dem November 1935) wurde der Patient nach 3 Wochen moorunfähig auswärts verlegt.

Zu 2. (Peritonitis):

Die Peritonitis bezeichnet eine generalisierte oder lokalisierte Entzündung der Bauchhöhle. Ursächlich sind vor allem intraabdominelle Prozesse (z.B. lokalisierte Entzündungen, Tumoren, Perforation von Hohlorganen), oder aber auch in die Bauchhöhle eingebrachte Bakterien (penetrierende Verletzungen, Operation); letztlich können auch auf hämatogenem Wege Keime in die Bauchhöhle gelangen. Die Erkrankung ist äußerst schwerwiegend und, je nach „Giftigkeit der Keime“ und „Abwehrkräfte[n] des Kranken“ nicht selten tödlich.²⁴⁹

²⁴⁷ In den Krankenakten des Hauptlazarets sind multiple Fälle von Kontusionen dokumentiert (62), ebenso finden sich zahlreiche Frakturen (108) oder Distorsionen und Luxationen (20). In Einzelfällen ist die Ursache der Gewalteinwirkung angegeben, das Spektrum reicht hier von „Unfall“ (wohl im Rahmen der ausgeübten Tätigkeit während des Arbeitseinsatzes) über „Mißhandlung durch Mitgefangene“ und „Schinderei“ bis hin zu Folgen von Fluchtversuchen und feindlichen Luftangriffen. Auf die Ursachen will ich im Kapitel zu den von außen zu gefügten Verletzungen eingehen. (Kapitel Nr.4.9.)

²⁴⁸ Vgl. Kapitel 4.1.2 (Tuberkulose).

²⁴⁹ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 302.

Zu den Ursachen der Peritonitis sind in den Krankenakten des Hauptlazaretts keine näheren Umstände festgehalten, die Peritonitis imponierte in diesen fünf Fällen als Hauptdiagnose. Die Fälle stammen aus den Jahren 1936, 1940, 1942 und 1943 (2x). In zwei der fünf Fälle endete die Krankheit, schon nach nur relativ kurzer Verweildauer von sechs bzw. sieben Tagen, tödlich; demgegenüber stand die Verweildauer der Patienten, welche die Krankheit überlebten, von 33 bis 90 Tagen. Die Patienten wurden nach überstandener Krankheit in das jeweilige Lagerlazarett zurückverlegt, in einem Fall mit dem Zusatz der Moorunfähigkeit. Die beiden anderen wurden aus Platzmangel in das Lagerrevier zurückverlegt (1942 und 1943).

Zu 3. und 4. (Fisteln und Colitis ulcerosa):

Eine Fistel ist ein „angeborener oder erworbener Gang zwischen Körperhöhlen u. der äußeren oder inneren Körperoberfläche, entw. mit Granulationen (Röhrenfistel) od. mit Epith. (Lippenfistel) ausgekleidet.“²⁵⁰ Die Analfistel „geht gewöhnlich aus periproktitischen Eiterungen hervor, besonders wenn die Abscesse sich spontan entleeren.“²⁵¹ Ursache von Darmfisteln können auch entzündliche Darmerkrankungen wie der z.B. die Ileitis terminalis oder die Colitis ulcerosa oder sein.

Die Colitis ulcerosa ist eine schwere Darmkrankheit, die mit (kolikartigen) Leibschmerzen, zunehmenden z. T. sehr schmerzhaften Durchfällen, welche dünnen Stuhl, Schleim, Blut und Eiter enthalten können, einhergeht. Der Patient befindet bei einem ausgeprägten Krankheitsbild in schlechtem Allgemeinzustand. Die Ursache ist unklar, die Erkrankung neigt zu Rezidiven auch nach scheinbarer Ausheilung. Die Schleimhaut des Dickdarmes ist durch Geschwüre verändert, welche narbig verheilen. Die Prognose „ist mit großer Vorsicht zu stellen. [...] Die Durchfälle halten an und führen schließlich unter den Erscheinungen schwerer Entkräftung zum Tode.“²⁵²

²⁵⁰ Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 167.

²⁵¹ Garrè [u.a.]. 1942. S. 403.

²⁵² Wolf, H. J. (1941) S. 282ff.

Die anorektalen Fisteln und auch die Erkrankungen an Colitis ulcerosa stellten in den Emslandlagern eher eine Rarität dar. So wurden in dieser Zeit im Hauptlazarett fünf Häftlinge aufgrund einer Fistel im Rektum/Analbereich behandelt worden und lediglich drei Patienten aufgrund einer Colitis ulcerosa.

Die Häftlinge mit einer rektalen Fistel waren allesamt operiert worden, die Dauer der Behandlung im Hauptlazarett war jedoch äußerst breit gestreut; sie reichte von 7 Tagen bis hin zu 190 Tagen. Die durchschnittliche errechnete Liegedauer aus diesen Daten lag bei 70,4 Tagen.

In vier Fällen erfolgte eine Entlassung erfolgte in das zugehörige Lagerrevier bzw. Lager. Ein Patient sollte aus dem Lager weiter in die Mutteranstalt verlegt werden (wohl aufgrund von bestehender Moorunfähigkeit). Ein Patient wurde bis zum 20. April 1945 im Hauptlazarett behandelt, dann wurde dieses aufgelöst. Zum weiteren Krankheitsverlauf des Patienten finden sich keine näheren Angaben.

Zu der Colitis ulcerosa bestehen drei Krankengeschichten, wobei es sich in einem Fall lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelte, welche sich im Verlauf nicht bestätigen ließ.

Ein Patient, der 51 jährige Strafgefängene Otto B. wurde am 11. Oktober 1937 in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert mit perianalen Blutabgängen. Hier wurde die Verdachtsdiagnose der Colitis ulcerosa geäußert, der Patient konnte jedoch nach Abklingen der Blutung nach 17 Tagen am 28. Oktober wieder entlassen werden. Bereits nach ca. vier Wochen erfolgte eine Neuaufnahme (am 23.11.1937), wiederum aufgrund von Blutbeimengung im Stuhlgang. Letztlich konnte während diesen Aufenthaltes die Diagnose eines malignen Darmtumors gestellt werden und der Patient wurde am 17.12.1937 aus dem Krankenhaus zurück in das Lager entlassen mit dem Zusatz der Moorunfähigkeit und der Empfehlung, dass er in eine auswärtige Anstalt verlegt werden solle zur Behandlung der Grunderkrankung.

Der zweite Patient, der 33 jährige politische Gefängene Rudolf L., wurde am 22.11.1938 in das Hauptlazarett aufgenommen, ebenfalls aufgrund von perianalen Blutungen und einer Anämie. Hier wurde ebenfalls die Diagnose einer Colitis ulcerosa gestellt (genauer die Diagnose „Proktitis ulcerosa“), er wurde 61 Tage stationär behandelt, bevor er letztlich am 21. Januar 1939 aufgrund seiner Erkrankung verstarb.

Zu 5. (rektale Blutabgänge):

Bei rektalen Blutabgängen handelt es sich nicht um eine Krankheit an sich, sondern um ein Symptom, welches vor allem bei Krankheiten des unteren Verdauungstraktes auftreten kann. So kommen als Differentialsdiagnosen gut- und bösartige Tumore, entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa [s.o.], M. Crohn (Ileitis terminalis), Divertikel, Hämorrhoiden oder auch Verletzungen des Verdauungstraktes in Frage. Wichtig ist vor allem somit die Abklärung der Blutung zur Diagnosefindung.

Die zwei in dem Hauptlazarett behandelten Patienten wurden zunächst zur Beobachtung eingeliefert, in einem Fall, ein 31 jähriger Strafgefangener, der ausdrücklich zur Beobachtung bei Darmblutung eingeliefert wurde, konnte eine schwerwiegendere Diagnose ausgeschlossen werden, die beobachtete Darmblutung trat nicht wieder auf und der Patient konnte nach sieben Tagen wieder arbeitsfähig in das Lager Walchum entlassen werden. Auch wurde dieser Patient nicht erneut nach vorliegendem Aktenbestand aufgrund einer ähnlichen Symptomatik im Hauptlazarett behandelt.

In einem weiteren Fall wurde der Patient, der 46 jährige Paul Z., nach Einlieferung am 01.09.1938 für insgesamt 49 Tage beobachtet und letztlich moorunfähig in das Ausgangslager zurückverlegt mit der Empfehlung, ihn zu einer größeren Anstalt zu verlegen. Zur Diagnose selbst finden sich jedoch keine Angaben.

Zu 6. (Bauchkontusionen)

In den Akten des Hauptlazaretts finden sich etliche Patienten, die aufgrund von Folgen äußerer Gewalteinwirkung behandelt bzw. beobachtet wurden. Hier handelte es sich sowohl um Unfälle, aber auch dokumentierte Fälle von Misshandlungen durch Wachmannschaften und Häftlingen untereinander.

In einem Fall kam es hierbei zu einer Kontusion des Oberbauches. Bei dem Häftling handelte es sich um einen 43 jährigen Strafgefangenen, der in einem Außenkommando tätig war. Über die näheren Umstände zur Ursache finden sich keine Angaben, lediglich die Einweisungsdiagnose „Contusion des Oberbauches“.

Bei dieser Art der Gewalteinwirkung bzw. des Traumas besteht vor allem die Gefahr innerer abdomineller Verletzungen, an erster Stelle sei hier die Milz genannt. Bei

Prellungen im Bereich des linken Oberbauches kann es, je nach Heftigkeit, zu einer Verletzung des zerreilichen Gewebes führen und damit zu einer Blutung²⁵³. Die Blutung muß nicht sofort symptomatisch werden, zunächst kann es auch nur zu einer Einblutung in die umgebende Bindegewebskapsel der Milz kommen, die dann, bei fortschreitender Blutung, zerbirst und somit zu einer intraabdominellen Blutung fhrt (zweizeitige Milzruptur).

Offenbar war die Verletzung glimpflich abgelaufen, der Patient wurde sieben Tage beobachtet und konnte anschließend arbeitsfähig zurück in das Außenlager entlassen werden.²⁵⁴

4.2.5 Erkrankungen der Leber und Gallenblase

„Die Leber ist das größte Stoffwechselorgan des Körpers. Sie nimmt alle Stoffe auf, die ihr mit dem Pfortaderblut zugeleitet werden, verarbeitet oder speichert sie und gibt die Stoffwechselprodukte wieder an die Blutbahn ab. Dabei erfolgt auch eine Entgiftung.“²⁵⁵ Weiter produziert sie die Galle, ein Sekret, welches in der Gallenblase eingedickt und zwischengespeichert wird und von dort zu den Mahlzeiten in das Duodenum ausgeschüttet wird. Die Galle ist notwendig für die Verdauung von Fett und dient hier als Emulgator.

Zu den häufigsten Erkrankungen der Leber- und Gallenblase zählt das Steinleiden. Hierbei kommt es zur Auskristallisation einzelner oder mehrerer Bestandteile der Galle (Gallensäure, Cholesterin, Gallenpigmente), die Gallensteine befinden sich dann in der Gallenblase selber (Cholecystolithiasis) oder in den Gallengängen (Choledocholithiasis). Durch einen Verschluss der abfließenden Wege durch einen Stein kann es zu einer

²⁵³ Bei Vorerkrankungen (Gerinnungsstörungen oder Erkrankungen, die mit einer Vergrößerung der Milz einhergehen) können schon Bagateltraumen ausreichend sein, um eine Verletzung des Milzgewebes herbeizuführen.

Vgl. Schumpelick, V. [u.a.]. 1993. S. 690.

²⁵⁴ Die Gefahr des Oberbauchtraumas ist nicht zu unterschätzen, es kommt, im Falle einer Milzverletzung zu „starkem Blutaustritt in die Bauchhöhle, vielfach erst 24-48 Stunden nach der Verletzung. [...] Mitunter liegt zwischen der Verletzung und der bedrohlichen Milzblutung ein längerer Zeitraum (Tage, ja Wochen und Monate).“

Garrè [u.a.]. 1942. S. 298 .

Heutzutage können derartige Verletzungen mittels Ultraschall leicht diagnostiziert werden.

²⁵⁵ Schiebler, T. H. Schmidt, W. Anatomie. Springer-Verlag Berlin. 1991. S. 595.

symptomatischen Cholecysto- oder Choledocholithiasis kommen, darüber hinaus kann im Rahmen des Steinleidens eine Cholecystitis (Entzündung der Gallenblase) entstehen.

In den Krankenakten des Hauptlazarets finden sich ebenfalls Krankengeschichten von Häftlingen, welche aufgrund von Erkrankungen der Leber und Gallenblase stationär behandelt wurden. Die Zahl der Patienten war mit insgesamt 13 Patienten jedoch nur gering. Hierbei waren neun Patienten aufgrund einer Cholecystolithiasis oder Cholecystitis in Behandlung und vier Patienten aufgrund einer Lebererkrankung, wobei es sich hier in allen vier Fällen um eine Leberzirrhose handelte.

Zunächst jedoch eine Erläuterung zu den aufgeführten Krankheiten:

Symptomatische Cholecystolithiasis und Cholecystitis

Definition: Bei der Cholecystolithiasis handelt es sich um Auskristallisationen von Bestandteilen der Galleflüssigkeit (Cholesterin, Bilirubin u.a.) in der Gallenblase. Diese Ausfällungen werden als Gallensteine bezeichnet.

Symptome: Oft treten nur unspezifische Beschwerden auf wie ein Druckgefühl im Oberbauch oder Dyspepsie. Bei einem Verschluss der abführenden Gallenwege können heftigste wellenförmige Schmerzen im rechten Oberbauch (Gallekoliken) entstehen. Ist der Galleabfluss dauerhaft gestört, so zeigt sich ein Ikterus mit acholischem Stuhl und braunem Urin. Röntgenologisch konnten durch eine Cholecystographie die Steine indirekt nachgewiesen werden. Heute ist die Diagnose des Gallensteines sonographisch leicht zu stellen.

Therapie: Die Behandlung ist initial schmerzlindernd, vor allem im akuten Kolikanfall. Eine chemische oder mechanische Auflösung des Steins war zur damaligen Zeit nicht möglich, es wurden Mittel verabreicht, die anregend wirkten auf die Gallenentleerung (Cholagoga) und auf die Gallenabsonderung (Choleretica). Weiter wurden Antispasmodika verabreicht (z.B. Atropin). Begleitend wurden Trinkkuren durchgeführt und diätetisch unterstützt (vor allem Vermeiden von Fetten).

Da die Beschwerden, wenn sie einmal bedingt durch die Gallensteine aufgetreten sind, häufig rezidivieren, wurde schon damals zur „Frühoperation“ geraten. Ebenso sollte sofort operiert werden, wenn es zu einem Hydrops oder Empyem der Gallenblase gekommen ist.

Beim Choledochusverschluss kann kurze Zeit internistisch behandelt werden (ca. eine Woche), sollten sich dann die Beschwerden/Symptome nicht zurückbilden, so wird auch dann eine Operation empfohlen.

Verlauf: Im Falle der konservativen Behandlung der Gallensteine kommt es häufig zu Rezidiven. Die definitive Therapie ist die Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie). Die Sterblichkeit dieser Eingriffe bei „glatten, reinen Fällen“ beträgt 0,5%, bei komplizierteren Eingriffen ca. 6%; „die

Sterblichkeit bei grundsätzlicher innerer Behandlung muß auf 6-10 v. H. angesetzt werden.²⁵⁶

Eine weitere Komplikation, die sich aus Gallensteinen ergeben kann, ist die Gallenblasenentzündung (Cholecystitis). Diese kann ebenfalls unter konservativer Therapie abklingen, jedoch auch perforieren mit schwerwiegenden, u.U. lebensgefährlichen Folgen (gallige Peritonitis).

Das Vorhandensein von Gallensteinen für eine Cholecystitis ist nicht unbedingt notwendig, jedoch begünstigen die Steine eine Entzündung durch die chronische Reizung der Gallenblasenwand. Die Keime steigen in der Mehrzahl der Fälle aus dem Darm auf oder werden (selten) hämatogen in die Gallenblase verschleppt.²⁵⁷

Leberzirrhose

Definition: Bei der Leberzirrhose handelt es sich um einen bindegewebigen Umbau des Lebergewebes infolge eines irreversiblen Untergangs des Parenchymgewebes. Die Ursachen sind mannigfaltig, an erster Stelle ist hier der chronische Alkoholabusus zu nennen. Aber auch andere Stoffe (Medikamente, Gifte), Infektionen, Stoffwechselstörungen oder Störungen in der Leberdurchblutung bzw. des Galleabflusses können zu einem Verlust des funktionstüchtigen Lebergewebes führen.

Diagnostik: Die Krankheit beginnt schleichend und zunächst oft unbemerkt vom Patienten. Diese sind matt und appetitlos, Völlegefühl, Obstipation und Diarrhöe können im Wechsel auftreten. Der Hautton ist oft grau-gelb bis ikterisch, die Patienten sind abgemagert, der Bauch jedoch durch Meteorismus und Ascites aufgebläht, oft mit einer ausgeprägten Venenzeichnung periumbilical (Caput medusae).
Palpatorisch findet sich eine knotige Leberoberfläche, die Milz ist häufig vergrößert.

Therapie: Die Behandlung ist rein symptomatisch, die auslösende Noxe (meist Alkohol) muß streng gemieden werden. Ascitespunktionen bringen Erleichterung (vor allem in fortgeschrittenen Stadien mit Atemnot, starkem Spannungsgefühl und Beinödemen durch Kompression der V. cava inferior), sollten jedoch aufgrund des Eiweißverlustes möglichst umgangen werden, da der Ascites rasch wieder nachläuft.

Verlauf: Kommt die Leberzirrhose nicht zum Stillstand, so versterben die Patienten aufgrund der Leberinsuffizienz im Coma hepaticum. Selbst wenn ein

²⁵⁶ Garrè [u.a.]. 1942. S. 325.

²⁵⁷ Vgl. Dornblüth, O. Psyhyrembel, W. 1939. S. 92f.

Wolf, H. J. 1941. S. 323ff.

Garrè [u.a.]. 1942. S. 316ff.

Heute besteht bei einer nachgewiesenen symptomatischen Cholecystolithiasis bzw. bei einer Cholecystitis die Indikation zur Cholecystektomie. Diese wird mittlerweile standardmäßig in laparoskopischer Technik durchgeführt.

Fortschreiten der Krankheit verhindert werden kann, so sind die Patienten häufig sehr geschwächt, so daß sie zusätzlichen Krankheiten (Pneumonie oder eine Tuberkulose) erliegen. Nicht zuletzt besteht die Gefahr von massiven, nicht selten tödlichen, Blutungen aus Ösophagusvarizen, welche sich als Umgehungskreislauf der Pfortader ausbilden.²⁵⁸

Die Erkrankungen durch eine Cholecystitis (drei Fälle) oder einer Cholecystolithiasis (sechs Fälle) wurden, wie schon oben erwähnt, nur selten im Hauptlazarett Papenburg behandelt. Von den hier aufgeführten neun Patienten mit dieser Erkrankung wurden sechs in den Jahren 1934-1938 behandelt (in jedem Jahr jeweils ein Patient bis auf das Jahr 1935, hier wurden zwei Patienten behandelt). In den Kriegsjahren 1940, 1941 und 1944 wurde je ein Häftling therapiert.

Auch wurden die Patienten zumeist konservativ behandelt (7 von 9), 1938 und 1941 wurde jeweils eine Operation aufgrund einer Cholecystolithiasis durchgeführt. Patienten mit einer Cholecystitis wurden während der Zeit der Emslandlager nicht operiert, obwohl eine akute Cholecystitis, wie oben beschrieben, zu einem Notfall werden kann und eine sofortige Operation erfordert, um größere Schäden bzw. das Leben des Patienten zu erhalten.

Die Liegedauer der Patienten mit einer Cholecystitis liegt bei 21,7 Tagen, dagegen die durchschnittliche Liegedauer der Patienten, die „nur“ unter Gallensteinen (oder Gallenkoliken) litten, bei 26,3 Tagen. Die Behandlungsdauer dieser sechs Patienten lag hier zwischen 4 und 39 Tagen.

Todesfälle waren nicht zu beklagen, sämtliche Patienten wurden zurück in die Lager bzw. Außenkommandos entlassen, in einem Fall wurde der Patient moorunfähig aus dem Hauptlazarett in das Lager zurückverlegt. Die Diagnose lautete „chronische Cholecystitis“, zudem wurde bei dem Patienten jedoch weiter eine „Myokardbeschädigung“ festgestellt, was letztlich wohl den Ausschlag für die Moorunfähigkeit gegeben hat.

Die Erkrankung durch eine Leberzirrhose war ein äußerst seltenes Leiden in den Emslandlagern, sofern sie diagnostiziert wurde. In den gesamten Jahren des Bestehens

²⁵⁸ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 315ff.

der Emslandlager befanden sich lediglich vier Patienten aufgrund dieser Erkrankung in stationärer Behandlung im Hauptlazarett Papenburg. Ferner ist bemerkenswert, dass sich in zwei dieser vier Fälle als Ursache der Leberzirrhose eine Lueserkrankung (synonym: Syphilis) herausstellte, welche erst nach Manifestation in der Leber als Hepatitis im Sekundärstadium der Krankheit diagnostiziert werden konnte. (Zur Lues siehe auch das Kapitel der urologischen Erkrankungen, Kap. 4.5.)

Die ersten beiden Fälle stammen aus dem Jahr 1939. Hierbei handelte es sich um zwei Strafgefangene aus den Lagern Neusustrum und Esterwegen im Alter von 38 und 42 Jahren. In diesen beiden Fällen konnte als Ursache der Leberzirrhose eine Syphilis diagnostiziert werden. Trotz dieser Gemeinsamkeiten (Aufnahme mit dem Verdacht einer Leberzirrhose und einer ursächlichen Lues) differierten die Patienten deutlich in der Liegedauer: Wurde zum einen der 38 jährige Strafgefangene Heinrich D. schon nach 14 Tagen entlassen, so verblieb der 42 jährige Strafgefangene Erich W. 51 Tage in stationärer Behandlung. Entweder war die Diagnose der Lues im zweiten Fall schwieriger zu stellen (die Diagnose der Lues selbst ist schwierig zu stellen, vor allem im Sekundärstadium; die klinischen Symptome sind mannigfaltig, die „Bezeichnung der Lues als ‚großer Imitator‘ weist auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose hin“²⁵⁹). Beide Patienten wurden moorunfähig aus dem Lazarett entlassen mit dem Verweis, dass sie in einer auswärtigen Strafanstalt untergebracht werden sollten.

Ein weiterer Fall einer Leberzirrhose wurde am 24.7.1940 in das Hauptlazarett eingeliefert, der 46 jährige Strafgefangene Ferdinand S. Bei ihm war der körperliche Verfall jedoch schon so weit fortgeschritten, dass er 7 Tage nach Einlieferung an der Krankheit verstarb.

Ein weiterer Strafgefangener wurde im April 1942 in das Hauptlazarett eingeliefert und nach 14 Tagen in das Krankenrevier des Lagers Walchum zurückverlegt.

Auffallend bei den Erkrankungen an Leberzirrhose ist, dass das Alter der Patienten deutlich vom Altersdurchschnitt aller Patienten abweicht. Das Durchschnittsalter aller Patienten lag bei 31,7 Jahren, das durchschnittliche Alter der Patienten mit einer Leberzirrhose mit 41,5 Jahren um knapp 10 Jahre höher.

Dies ist jedoch nicht weiter verwunderlich, da es sich bei der Leberzirrhose um eine

²⁵⁹ Siegenthaler, W. [u.a.]. 1992. S. 877.

Erkrankung handelt, die in jungen Jahren nahezu gänzlich unbekannt und vornehmlich eine Erkrankung des höheren Alters ist.²⁶⁰

In den Akten des Hauptlazarettes Papenburg fanden sich weitere 16 Patientenkurven, bei denen als Hauptdiagnose ein Aszites angegeben war. Hierbei handelt es sich um eine Ansammlung von (meist seröser) Flüssigkeit in der Bauchhöhle [„Bauchwassersucht“]. Die Ursachen sind mannigfaltig, letztlich stellt der Aszites ein Symptom dar, welches mit verschiedenen Krankheiten einhergeht. Zu nennen ist hier an erster Stelle die Leberzirrhose. Aber auch maligne Tumore, Nierenerkrankungen, Bauchtuberkulose, Herzinsuffizienz und Mangelernährung können dieses Symptombild hervorrufen.

Die Therapie besteht zum einen in der genauen Diagnosefindung und anschließender Behandlung der ursächlichen Krankheit. Ist dieses nicht möglich (wie z.B. im Falle der Leberzirrhose), so ist bei Bedarf eine symptomatische Therapie durchzuführen (durch Aszitespunktion oder einer diuretischen Behandlung).

Das durchschnittliche Alter dieser 16 Patienten betrug 37,9 Jahre und liegt damit etwas unterhalb dem Alter der Patienten, bei denen explizit eine Leberzirrhose als Diagnose angegeben war (41,5 Jahre), aber dennoch deutlich höher als der Altersdurchschnitt aller Patienten (31,7 Jahre).

Die Liegedauer der Patienten reichte von 3 bis hin zu 125 Tagen, die durchschnittliche Liegedauer betrug 39,7 Tage.

Von den 16 Patienten wurden 3 nach der Behandlung aus den Emslandlagern entlassen, in einem Fall erfolgte eine Verlegung am 28.12.1942 in die Strafanstalt Münster wegen Tobsuchtsanfälle. Der Patient verstarb dort am 15.01.1943.

Elf Patienten wurden nach der stationären Behandlung zurück in das jeweilige Lager entlassen bzw. in das Lagerrevier, wobei sich in drei Fällen der Zusatz „moorunfähig“ in der Akte fand. Dementgegen wurde ein weiterer Patient, der 42 jährige politische

²⁶⁰ Verschiedene (angeborene) Stoffwechselstörungen oder Krankheiten (z.B. alpha-1-Antitrypsinmange, Galaktosämie, Glykogenose, M. Wilson primär biliäre Zirrhose) können zu einem Untergang des Leberparenchyms und somit letztlich zu einer Zirrhose führen, häufig verstarben diese Patienten früher bereits in jungen Jahren.

Gefangene Richard W. nach 125 tägigen Aufenthalt im Hauptlazarett Papenburg aufgrund seiner Asziteserkrankung, ausdrücklich als „arbeitsfähig“ entlassen.

Zwei Patienten verstarben aufgrund der Erkrankung, ohne dass diese näher diagnostiziert worden ist, nach 8 und 24 Tagen stationären Aufenthaltes im Hauptlazarett. Einer von ihnen, der 42 jährige Strafgefangene Josef B. befand sich sogar zweimal mit der Diagnose eines Aszites in Behandlung im Krankenhaus Papenburg. Beim ersten Mal erfolgte am 27.04.1942 die Einweisung mit der Diagnose Aszites. Es erfolgte eine Punktion und der Patient wurde bereits nach zwei Tagen am 29.04.1942 zurück in das Lager verlegt.

Da eine Punktion ebenfalls nur palliativen Wert hat, wurde der Patient am 07.08.1942 erneut in das Hauptlazarett Papenburg aufgenommen. Die Krankheit (es lag noch immer keine gesicherte Diagnose vor) muß in dieser Zeit fortgeschritten sein, so dass der Patient am 14.08.1942 an den Folgen seines Leidens verstarb.

4.3 Hernien

Definition: Eine Hernie bezeichnet eine Ausstülpung des Bauchfells in oder durch die Bauchwand hindurch, in der sich – zeitweilig oder ständig – Teile des Inhalts der Bauchhöhle befinden (Darm oder Netz). Diese Brüche können angeboren oder erworben sein. Die erworbenen Brüche befinden sich meist an präformierten Schwachstellen der Bauchwand (Leistenkanal, Nabel), können aber letztlich an jeder Stelle auftreten. Die häufigste Bruchform ist der Leistenbruch (ca. 85%) dann folgen der Schenkelbruch (8-10%) und der Nabelbruch (etwa 3%).²⁶¹

Diagnostik: Bei ausgeprägten Brüchen ist die Diagnose nicht schwer, der Bruch ist vor allem im Stehen deutlich vorgewölbt. Lässt sich der Bruch zurückdrängen, so ist die Bruchpforte palpatorisch auszumachen. Beschwerden können in Form von ziehenden Schmerzen oder Stechen auftreten, vor allem bei Belastung oder längerem Stehen und Gehen. Nicht selten ist, sofern Darm in dem Bruchsack zu liegen kommt, Peristaltik zu hören. Oftmals sind die Patienten für lange Zeit beschwerdefrei und wissen nicht einmal von ihrem Bruch.

Bei einer Abschnürung des Bruchinhaltes kommt es zu einer Bruchinkarzeration. Diese äußert sich durch heftigste Schmerzen in der

²⁶¹ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 415ff.
Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 216.

Bruchgegend, der Bruch lässt sich nicht mehr zurückschieben und ist äußerst druckempfindlich. Ferner können Koliken entstehen, ein Stuhl- und Windverhalt, Erbrechen und zunehmender Meteorismus (die Symptome ähneln denen eines mechanischen Ileus).

Therapie: Unterschieden wird zwischen einer palliativen und operativen Bruchbehandlung: „Die radikale [operative] Behandlung beseitigt auf operativem Wege den Bruchsack und verschließt die Bruchpforte. Die technischen Fortschritte der neueren Zeit haben die Bruchoperation zu einem sicheren und unter örtlicher Betäubung gefahrlosen Eingriff gemacht. Das hat der Bruchbandbehandlung wesentlichen Abbruch getan.“²⁶²

Kommt es zu einer Inkarceration des Bruches, so kann zunächst eine Reposition des Bruches versucht werden (Taxis). Hier ist jedoch äußerste Vorsicht geboten, es besteht die Gefahr einer Darmruptur, vor allem, wenn die Inkarceration schon länger besteht (dann ist ein Repositionsversuch kontraindiziert).

Allein eine Operation des Bruches kann kurativ wirken, bei eingeklemmten Brüchen ist sie unumgänglich, zum einen, um den Bruch zu befreien, zum anderen neigen sie zu Rezidiven, sofern sie sich konservativ reponieren lassen.

Verlauf: Wie schon oben erwähnt ist allein die operative Therapie kurativ, alle anderen Formen (Bruchbänder, Repositionen) beseitigen nicht die Ursache des Bruches. So sollte bei jeder Hernie, sofern nicht Kontraindikationen vorliegen, eine Operation angestrebt werden. Ansonsten besteht die Gefahr von rezidivierenden Einklemmungen bis hin zu Inkarcerationen mit schwerwiegenden Folgen wie Darmgangrän oder Peritonitis.²⁶³

In der heutigen Zeit gilt nach wie vor, dass mit der Diagnose einer Hernie gleichzeitig die Indikation für den elektiven Eingriff einer Herniotomie gegeben ist. Die Operationsmethoden sind modifiziert worden, auch eine laparoskopische Durchführung des Eingriffs ist möglich. Ebenso kommen heute Verfahren zum Tragen, die Bruchpforte durch alloplastische Netzimplantationen zu verstärken. Die konservative-palliative Behandlung durch Bruchbänder gilt als überholt.²⁶⁴

²⁶² Garrè [u.a.]. 1942. S. 423.

²⁶³ Vgl. Ebd. S. 415ff.

Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 216.

²⁶⁴ Schumpelick, V. Arlt, G. Klinge, U. Hernienchirurgie. Leistenhernien bei Erwachsenen und Kindern. Deutsches Ärzteblatt 94. 1997. S. 3269ff.

Hirner, A. Weise, K. 2008. S. 446ff.

Inzidenz und Therapie der Hernien

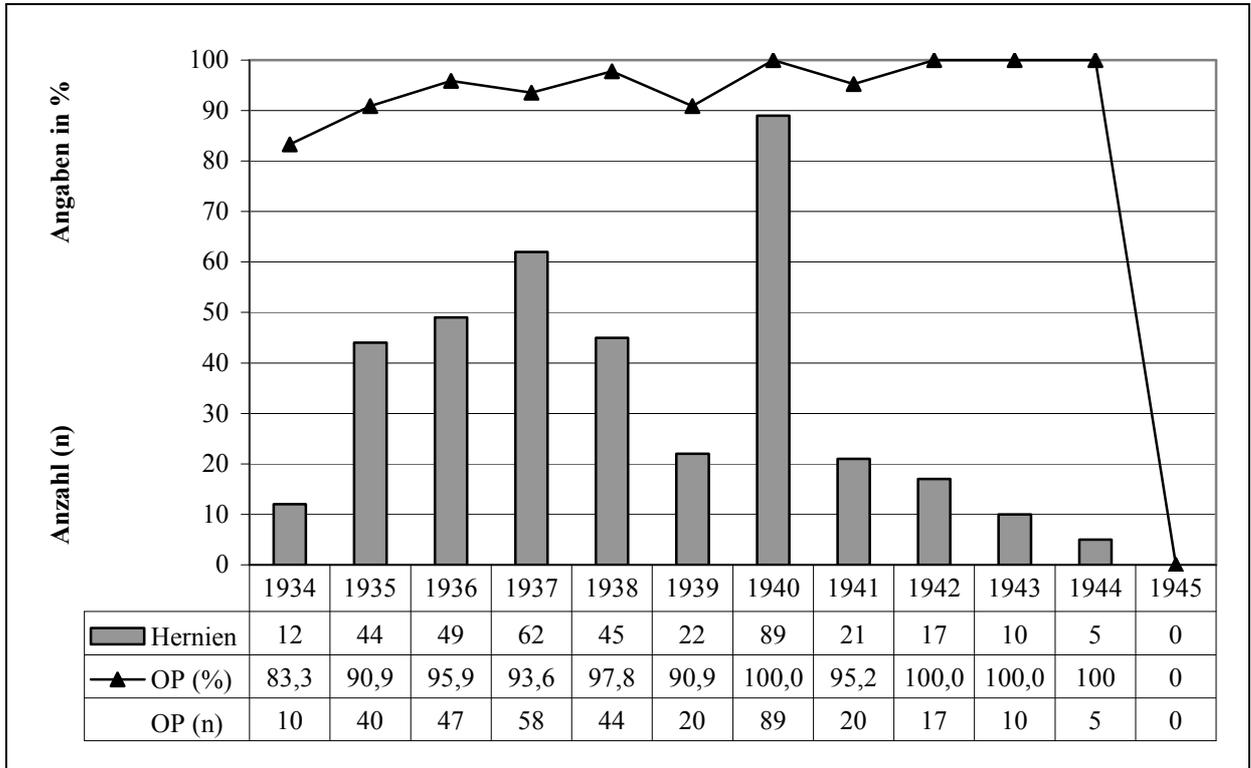


Abbildung 26: Inzidenz und Therapie der Hernien

Dieses Diagramm Abb. 26 zeigt zum einen das Auftreten von Hernien im Hauptlazarett, gibt zum anderen aber auch eine Übersicht über die Häufigkeit der operativen Therapie der Hernien.

Insgesamt sind 376 Häftlinge im Hauptlazarett behandelt worden, die unter einer Hernie litten. Den größten Anteil machten hier die Leistenhernien mit 330 Fällen aus ($\cong 87,8\%$). Die übrigen Formen der Hernien stellten somit eher die Ausnahme dar, es folgten Hernien im Bauchraum ohne nähere Angabe (22 Fälle, hierbei dürfte es sich um epigastrische Hernien, Periumbilikalhernien und Narbenhernien handeln), Femoralhernien (16), Nabelhernien (6) sowie Skrotalhernien (2 Fälle).²⁶⁵

²⁶⁵ Garrè gibt ebenso an, daß es sich in „etwa 85 v. H.“ Fällen bei den Brüchen um Leistenhernien handelt. Es folgen dann die Schenkelbrüche (8-10%), [hier 4,3%) und dann mit ca. 3% die Nabelbrüche [hier 1,6%]. Hierzu zählen jedoch unter Umständen noch die ungenau diagnostizierten „Bauchbrüche“, zu denen keine nähere Angabe zur Lokalisation vorhanden ist. Garrè [u.a.]. 1942. S. 415ff

Waren es im Jahre 1934 nur 12 Häftlinge, die aufgrund einer Hernie stationär aufgenommen wurden, so stieg in den folgenden Jahren die Zahl kontinuierlich bis auf eine Fallzahl von 62 Erkrankungen im Jahre 1937. Im Jahr 1939 kam es zu einem Einbruch mit nur 22 Fällen. Bereits im folgenden Jahr kam es jedoch zu einem Anstieg um mehr als das vierfache auf 89 behandelte Patienten im Jahre 1940. Die Fallzahl kann sich jedoch nicht halten und im Jahre 1941 sind es nur noch 21 Häftlinge, die aufgrund einer Hernie im Hauptlazarett behandelt wurden. Auch in den nächsten Jahren fällt die Zahl dieser Erkrankung kontinuierlich bis auf nur noch 5 Fälle im Jahre 1944. Im Jahre 1945 wurde kein Strafgefangener im Krankenhaus Papenburg aufgrund einer Brucherkrankung behandelt.

Die Mehrzahl der Hernien war operiert worden. Wie aus dem Diagramm und der dazugehörigen Datentabelle hervorgeht, lag der prozentuale Anteil der operativen Versorgung zwischen 83,3% (1934) und 100% (in den Jahren 1940 und 1942-1944).

Hier zeigt sich ebenso, wie bei anderen Erkrankungen auch, die nicht absolut operationsbedürftig sind, dass in den ersten Jahren bis ca. 1939 die prozentuale Rate der Operationen niedriger lag als in den darauffolgenden Jahren. Lag sie im Jahre 1934 mit 83,3% schon relativ hoch, so stieg sie weiter im folgenden Jahr auf 90,9% (1935) und für das Jahr 1936 auf 95,9% bei stetig steigender absoluter Fallzahl. In den Jahren 1937 bis 1939 schwankte sie zwischen 90,9% (1939) und 97,8% (1938), bis sie schließlich 1940 100% erreicht. Mit einem kurzen Einbruch 1941 (95,2%) blieb diese Rate für die operative Versorgung der Hernien konstant, d.h. jeder in das Hauptlazarett Papenburg eingelieferte Bruch wurde operativ versorgt.

Überraschenderweise ist damit die relative Zahl der operierten Patienten höher als beispielsweise der Patienten, die aufgrund einer Appendicitis aufgenommen wurden; die Appendicitis stellt jedoch eine dringende bis notfallmäßige Indikation für eine Operation dar, ein abdomineller Bruch jedoch nur eine elektive, solange keine Inkarzeration vorliegt.

Dieses bedeutet, dass die Indikation für eine Aufnahme in Hauptlazarett schon sorgfältig abgewägt worden sein muß; die Rate der Operationen lag bei durchschnittlich 95,7%. In den ersten Jahren 1934-1938 sind wohl vor allem auch elektive Eingriffe durchgeführt worden, hierfür spricht zum einen die moderate Fallzahl, zum anderen aber auch, dass

die Rate an operativen Eingriffen schon über 90% lag. Die Patienten wurden nach einer Voruntersuchung z.B. im Lagerlazarett in das Krankenhaus verlegt. Zum anderen bestand zu dieser Zeit noch nicht das Problem der Überfüllung des Hauptlazarett Pappenburg in dem Maße, wie es in den Kriegsjahren der Fall war.

Vergleicht man die durchschnittliche Liegedauer der Hernienerkrankungen, so fällt zunächst in den Jahren 1934-1938 eine Differenz gegenüber den operierten und konservativ behandelten Hernien auf. Lag die durchschnittliche Liegedauer eines Häftlings, welcher aufgrund einer Hernie behandelt wurde, in diesem Zeitraum bei 24,2 Tagen, so betrug sie im Falle der konservativ behandelten Patienten lediglich 10,4 Tage. Unter diesen Patienten befanden sich zwei Strafgefangene, die jeweils die Operation verweigerten und nach zwei bzw. drei Tagen das Krankenhaus wieder verlassen mussten (1935 und 1938). Zudem wurden zwei weitere Strafgefangene nach 2 und 5 Tagen als moorunfähig aus dem Krankenhaus entlassen mit dem Vermerk, sie in die ursprüngliche Mutteranstalt zurückzuverlegen. Aus welchem Grunde diese Moorunfähigkeit bestand, ist jedoch nicht bekannt, zumal es sich bei diesen beiden Häftlingen um noch relativ junge Strafgefangene im Alter von 29 und 35 Jahren handelte. Es mag sein, dass es sich in diesen beiden Fällen um große Hernien handelte, bei denen eine Operation relativ aufwendig und schwierig wäre. Letztlich stellte eine große Hernie nach Anordnung aus dem Reichsjustizministerium ein Ausschlußkriterium dar für Verlegung von Strafgefangenen in die Emslandlager. Dementsprechend waren Häftlinge mit großen Hernien, die nicht operiert werden konnten oder eine Operation verweigerten, moorunfähig und mussten aus den Emslandlagern entlassen bzw. verlegt werden.²⁶⁶

In einem weiteren Fall bestand bei einem 35 jährigem Strafgefangenen eine Skrotalhernie, jedoch zusätzlich im Genitalbereich ein Ekzem. Der Patient wurde 16 Tage stationär behandelt, zu einer operativen Revision des Bruches ist es aber nicht gekommen, sei es, dass das Risiko einer postoperativen Infektion oder Wundheilungsstörung als zu groß angesehen wurde, sei es, dass es, wie in anderen Fällen, lediglich bei einer konservativen Behandlung (Reposition, Ausschluss einer inkarzierten Hernie) belassen wurde.

²⁶⁶ Verfügung des Reichsministers der Justiz vom 5. Juli 1937. Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1289f

Die Liegedauer der Häftlinge, die in den Kriegsjahren operiert wurden, weicht nicht wesentlich von denen ab, die sich von 1934-1938 in Behandlung befanden. Lag die durchschnittliche Verweildauer der operierten Strafgefangenen in den Vorkriegsjahren bei 24,2 Tagen, betrug sie zwischen 1939-1945 21,6 Tage. Nicht zuletzt war in 22 Fällen auch wieder der Platzmangel als Grund für eine frühzeitige Entlassung dokumentiert.

Demgegenüber steht die durchschnittliche Verweildauer der Patienten, die konservativ behandelt wurden. Sie lag in den Jahren 1939-1945 bei 20,5 Tagen, also beinahe doppelt so lange wie im Zeitraum 1934-38 (10,4 Tage). Hierbei ist jedoch zu bemerken, dass es sich lediglich um vier Fälle handelte, welche 2, 10, 12 und 58 Tage stationär lagen. In einem der Fälle wurde der Patient am Folgetag wieder entlassen, da er sich einer Operation verweigerte (Aufnahme am 25.01.1939 und Entlassung am 26.01.1939, Verweildauer rechnerisch 2 Tage).

In einem anderen Fall wurde der 50 jährige Patient nach 12 tägiger konservativer Behandlung gänzlich aus den Lagern entlassen.

Letztlich zeigt sich auch hier, dass in den Kriegsjahren eine Indikation für die stationäre Aufnahme enger gestellt wurde (rückläufige Fallzahlen in den Jahren 1941-1945), auch war die Liegedauer im Schnitt etwas kürzer als in den Jahren zuvor. Aus den Akten geht nicht hervor, bei wie vielen der in den Kriegsjahren behandelten Strafgefangenen mit einem Leistenbruch es sich um eine inkarzerierte Hernie handelte, hierbei handelt es sich um einen lebensbedrohliche Erkrankung, bei der die Operation keinen Aufschub duldet.²⁶⁷ Der prozentuale Anteil an inkarzerierten Hernien mag in den letzten Jahren zugenommen haben, oder aber die Indikation für die Operation muß dringend gewesen sein, der Anteil der Elektiveingriffe ist sicher zurückgegangen, dieses beweist zum einen die Fallzahl als auch die operative Rate von 100% in den Jahren 1942-1944.

²⁶⁷ „Die inkarzerierte Narbenhernie stellt eine absolute und zeitlich dringende Operationsindikation dar. Unverändert gilt der Satz: ‚Über der inkarzerierten Hernie darf die Sonne weder auf- noch untergehen.‘“ Dieser Satz gilt für alle eingeklemmten Hernien.
Schumpelick, V. Arlt, G. Klinge, U. Hernienchirurgie. Versorgung von Nabelhernie und Narbenhernie. Deutsches Ärzteblatt 94. 1997. S. 3471.

4.4 Kardiale Erkrankungen

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems spielten in den Emslandlagern eher eine untergeordnete Rolle. Dieses liegt wohl daran, dass schon bei Auswahl der Strafgefangenen für die Emslandlager auf eine einigermaßen robuste Gesundheit geachtet wurde und die betreffenden Gefangenen „gesundheitlich voll geeignet sein“ mussten. Zudem lag die Altershöchstgrenze der Häftlinge bei Aufnahme bei 50 Jahren.²⁶⁸

Zu Erkrankungen des Herzens sind 15 Akten aus dem Hauptlazarett Papenburg erhalten. Zum einen geben sie die genaue Diagnose an, aufgrund dessen der jeweilige Häftling sich in stationärer Behandlung befand (Myokarditis, Herzinsuffizienz oder Herzfehler), zum anderen befanden sich Patienten „z.B. Herz“ (zur Beobachtung des Herzens) im Krankenhaus.

Die 15 Herzerkrankungen lassen sich im Einzelnen klassifizieren in:

- Herzinsuffizienz (5 Fälle)
- Sonstige Herzerkrankung (4 Fälle)
- Myokarditis (3 Fälle)
- Herzfehler (3 Fälle)

Die **Herzinsuffizienz** bezeichnet die Unfähigkeit des Herzens, den Körper ausreichend mit Blut und somit Sauerstoff und Nährstoffen zu versorgen. Die Herzinsuffizienz ist selber nur ein Symptom anderer Krankheiten (dilatative Kardiomyopathie und Herzmuskelerkrankungen, KHK, Klappeninsuffizienzen oder –stenosen, Rhythmusstörungen). Symptome der Herzinsuffizienz sind u.a. die Steigerung der Pulsfrequenz (ein Frühsymptom, das Herz versucht über eine erhöhte Frequenz das Herzminutenvolumen aufrechtzuerhalten), Dyspnoe und Tachypnoe, ggf. Zyanose. Ferner bemerken die Patienten einen deutlichen Leistungsabfall. Weitere Zeichen einer (chronischen) Herzinsuffizienz sind gestaute (Hals-)Venen, periphere Ödeme bis hin zu generalisierten Ödemen (Aszites und Anarsaka), eine Stauungsbronchitis

²⁶⁸ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1289f

(„Herzasthma“). Röntgenologisch zeigt sich eine Stauungsdilatation, d.h. eine Vergrößerung des Herzens oder einzelner Herzhöhlen.

Ferner wird zwischen einer akuten und chronischen Herzinsuffizienz unterschieden. Die akute Form entwickelt sich innerhalb von Minuten bis Stunden (z.B. durch einen Herzinfarkt oder Lungenembolie), die chronische Insuffizienz über einen längeren Zeitraum. Diese wird weiter unterteilt in eine kompensierte und dekompenzierte Insuffizienz.

Die Therapie richtet sich zum einen gegen die Ursache (z.B. gegen Rhythmusstörungen oder Hypertonus), zum anderen kommen kompensatorische Maßnahmen im Stadium der Dekompensation bzw. der akuten Herzinsuffizienz in Frage:

- Sauerstoffgabe,
- Sedierung,
- Diuretische Therapie,
- ggf. kreislaufstützende Maßnahmen (Katecholamine).

Letztlich muß eine Dauertherapie weiterbetrieben werden (Diät, unterstützende Herzmedikamente wie z.B. Digitalis und Strophanthin, diuretische Therapie).²⁶⁹

Die **Myokarditis** ist eine Entzündung des Herzmuskels, hervorgerufen durch Viren, Bakterien (Diphtherie, betahämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A) oder auch durch autoimmune Prozesse (z.B. rheumatoide Arthritis).

Die Klinik ist unspezifisch von asymptomatisch bis hin zum fulminanten Verlauf mit tödlichem Ausgang.

Die Symptome ähneln der einer Herzinsuffizienz, es können Herzrhythmusstörungen hinzukommen. Die Therapie ist kausal (Penicillinbehandlung bei rheumatischer Karditis) und symptomatisch (siehe Herzinsuffizienz).

Die Mehrzahl der Virusmyokarditiden heilt folgenlos aus, harmlose Rhythmusstörungen können bestehen bleiben. In chronischen Fällen kann es zu einer dilatativen

²⁶⁹ Vgl. Herold, G. Innere Medizin. Köln. 2010. S. 197ff.
Wolf, H. J. 1941. S. 116ff.

Kardiomyopathie kommen, tödliche Fälle können bei akuten Komplikationen (Herzversagen, Überleitungsstörungen) auftreten.²⁷⁰

Herzfehler stellen anatomische Veränderungen des Herzens dar, die entweder angeboren (z.B. Herzwanddefekte, Klappenfehler) oder erworben sein können (Klappeninsuffizienzen und –stenosen). Die Fehler können zunächst symptomlos bleiben und erst im späteren Alter oder bei Belastung zum Tragen kommen, sie haben dann mehr oder weniger ausgeprägte Auswirkungen auf die Hämodynamik der Herzarbeit im Sinne einer Herzinsuffizienz. Die häufigsten erworbenen Herzfehler sind Veränderungen an den Klappen durch rheumatisches Fieber (zumeist eine Insuffizienz der Mitralklappe, der häufigste Herzklappenfehler) oder Lues (Aortenklappenstenose und Insuffizienz). Je nach Klappenfehler imponieren verschiedene Symptome (Herzgeräusche, „Mitralgesicht“ oder „Aortengesicht“, typische Veränderungen im Röntgenthoraxbild, Atemnot, Zeichen der Herzinsuffizienz). Die Therapie war zur damaligen Zeit symptomatisch („Allgemeine Herztherapie“), unterstützend wurden oftmals herzstärkende Mittel verabreicht (Strophantin oder Digitalis).²⁷¹

Heute besteht die Möglichkeit der invasiven Therapie durch minimalinvasive Eingriffe (Herzkatheter) oder operative Eingriffe bis hin zur Herztransplantation.

Die Erkrankungen des Herzens traten zwischen den Jahren 1935 und 1944 auf. Betrachtet man die einzelnen Herzerkrankungen, so treten diese alle vereinzelt über diesen Zeitraum verteilt auf ohne zeitliche Häufung.

Es bestehen ebenfalls in allen vier aufgezählten Herzerkrankungen geringe Abweichungen in Bezug auf die durchschnittliche Liegedauer und das durchschnittliche Alter der Patienten. Die Liegedauer aller Herzpatienten lag im Schnitt bei 25,1 Tagen. Das Durchschnittsalter dieser Patienten lag mit 41,6 Jahren um ca. 10 Jahre höher als das Durchschnittsalter aller im Hauptlazarett behandelten Häftlinge (31, 7 Jahre).

²⁷⁰ Vgl. Herold, G. 2010. S. 220ff.
Wolf, H. J. 1941. S. 159ff.

²⁷¹ Vgl. Herold, G. 2010. S. 170ff.
Wolf, H. J. 1941. S. 146ff.

Infolge von Erkrankungen des Herzens verstarben sechs Patienten (40%), vier Patienten (26,7%) wurden als moorunfähig bzw. auswärts verlegt.

Die Daten für o.g. Erkrankungen sind im Einzelnen:

Im Falle der Herzinsuffizienz beträgt die durchschnittliche Liegedauer 35,2 Tage, die Liegedauer reicht hier von 2 Tagen (ein 54 jähriger Strafgefangener, der zudem unter einem Magen-Darm-Katarrh litt und nach 2 Tagen verstarb) und 95 Tagen. Dieser Patient wurde aufgrund von Platzmangel zurück in das Lagerrevier verlegt.

Ein Patient, ein 56 jähriger Strafgefangener, wurde nach acht Tagen entlassen, da er zusätzlich unter einer Lues im dritten Stadium litt. Ebenfalls wurden zwei Patienten aufgrund von Moorunfähigkeit entlassen. Somit wurde nur ein Patient, nachdem er im Hauptlazarett behandelt wurde, zurück in das Lager verlegt.

Das Durchschnittsalter dieser 5 Patienten betrug 42,4 Jahre.

Vier weitere Patienten wurden aufgrund „sonstiger Herzerkrankungen“ im Hauptlazarett behandelt. Zum einen waren dieses zwei Patienten, die „z.B. Herz“ oder wegen „Herzbeschwerden“ eingeliefert wurden. Hier waren Symptome aufgetreten, die auf eine Erkrankung des Herzens schließen ließen, an erster Stelle dürften dieses Atemnot, Schwäche oder Schmerzen in der Herzregion sein, wie dieses bei einer KHK typisch wäre (Angina-Pectoris-Anfall). Diese Patienten wurden nach 9 und 17 Tagen wieder in das Lager entlassen mit der Auflage der Schonung; in einem Fall stellte sich die Erkrankung als eine Bronchitis heraus.

Ein weiterer Patient, der 36 jährige politische Gefangene Arthur S., wurde mit einer „Herz- und Mesenterialthrombose“ in das Krankenhaus eingeliefert, diese Erkrankung war jedoch so schwerwiegend, dass keine Operation mehr erfolgte und der Patient nach 3 Tagen verstarb.

Die durchschnittliche Liegedauer dieser Herzerkrankten lag bei 18,0 Tagen, das Durchschnittsalter der Patienten bei 37,0 Jahren.

Erkrankungen durch eine Myokarditis und einen Herzfehler traten jeweils mit drei Fällen in Erscheinung. Die durchschnittliche Liegedauer bei Herzmuskelentzündung lag bei 35,3 Tagen, wobei zwei Patienten nach 7 und 13 Tagen verstarben, der dritte hingegen für 86 Tage stationär behandelt wurde. Anschließend wurde er in das Revier des Lagers Neusustrum entlassen. Der Altersdurchschnitt dieser Patienten lag bei 41,7 Jahren.

Der Altersdurchschnitt der Patienten, die an einem Herzklappenfehler erkrankt war, lag mit 46,3 Jahren deutlich höher. Entgegengesetzt dessen war die Liegedauer wiederum deutlich kürzer, lag sie nur bei 7,7 Tagen. Dieses liegt daran, dass wiederum zwei Patienten aufgrund der Erkrankung nach vier und sechs Tagen verstarben. Der dritte, der 45 jährige Strafgefangene Arthur T. wurde nach 13 Tagen moorunfähig zurück in das Lagerrevier entlassen.

Ungeachtet dessen, dass die Herzerkrankungen in den Emslandlagern ein relativ seltenes Leiden darstellte, handelte es sich bei diesen Verläufen doch eher um schwerwiegende Krankheiten, welche mit einer hohen Letalität einhergingen (40%). Die Liegedauer der einzelnen Krankheiten und auch innerhalb der Erkrankungen waren recht unterschiedlich, z.T. verstarben die Patienten nach kurzer Verweildauer oder wurden auswärts verlegt, zum anderen wurden sie über längere Zeiträume behandelt, bevor sie zurück in die jeweiligen Reviere verlegt wurden.

Sämtliche Patienten, sofern sie nicht ihrer Krankheit erlagen, wurden nicht direkt in die Lager zurückgeschickt. Zum Teil erfolgten Rückverlegungen in die jeweiligen Lazarette (zum größten Teil aus Platzmangel) oder mit dem Vermerk, dass der Patient zu schonen sei, wenn er nicht gänzlich für moorunfähig befunden wurde.

4.5 Urologische Erkrankungen und Geschlechtskrankheiten

Aus den Aktenbeständen des Hauptlazaretts sind 157 Krankengeschichten von Häftlingen erhalten, die aufgrund einer urologischen Erkrankung behandelt wurden. Unter diesem Begriff der urologischen Erkrankungen wurden sämtliche Krankheiten der Harnwege zusammengefasst, beginnend mit Erkrankungen der Niere (Nephritis und Pyelonephritis, Nierensteine) und der ableitenden Harnwege (hier ebenso Entzündungen, Fisteln, Phimosen), aber auch Krankheiten der Geschlechtsorgane (Infektionen, Variko- und Hydrozelen) und Geschlechtskrankheiten selber (Lues). Ferner finden sich auch in diesem Themenkreis traumatische Erkrankungen (Schussverletzungen und Verletzungen infolge von Selbstverstümmelungen) sowie maligne Erkrankungen, welche jedoch in einem eigenen Kapitel besprochen werden.

Die 157 Krankheitsfälle aus dem urologischen Bereich (entsprechen 5,9% aller Erkrankungen), welche im Krankenhaus Papenburg versorgt wurden, weisen eine große Bandbreite an Diagnosen auf, welche sich grob in folgende Kategorien unterteilen lassen:

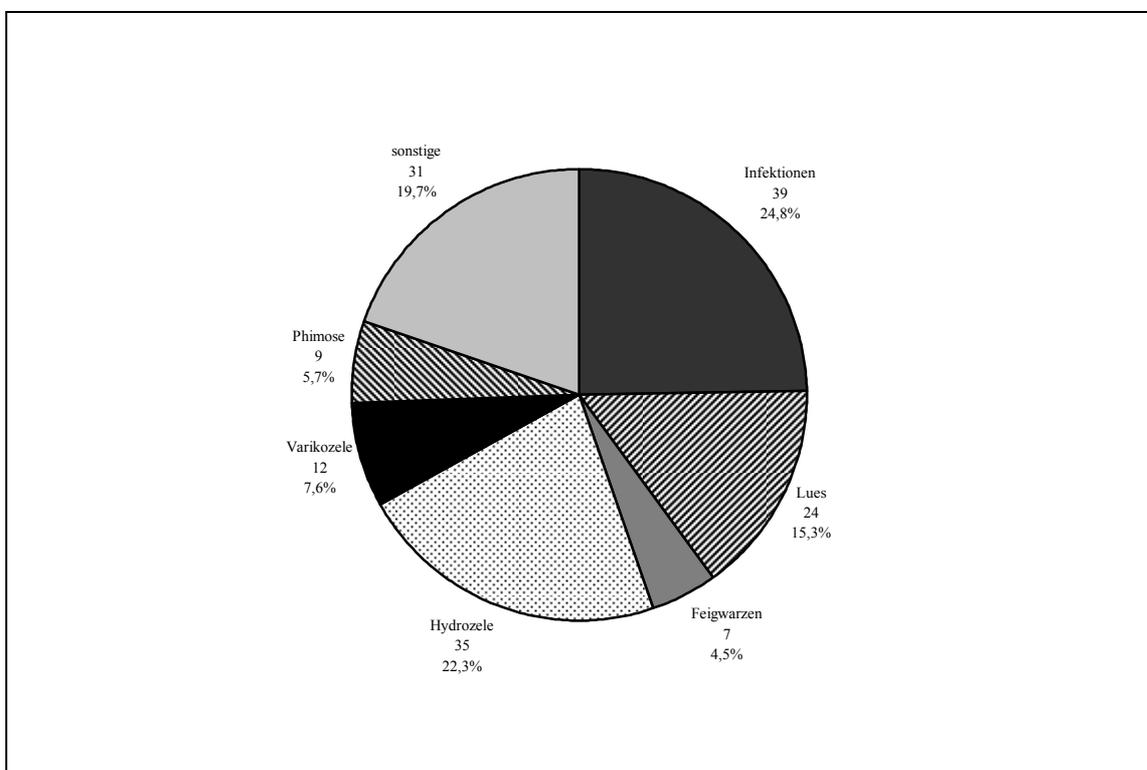


Abbildung 27: Differenzierung der urologischen Erkrankungen

Den größten Anteil stellten die Häftlinge, die aufgrund einer Infektion behandelt wurden. So betrug der Anteil der urogenitalen Infektionen mit 39 Fällen 24,8% der urologischen Erkrankungen. Zählt man die Geschlechtskrankheiten (Lueserkrankungen mit 24 Fällen (\cong 15,3%) und Feigwarzen mit 7 Fällen (\cong 4,5%)) mit in die Kategorie der entzündlichen urogenitalen Erkrankungen, so bildeten diese sogar einen Anteil von 44,6%.

Den größten Anteil aus dem Komplex der urogenitalen Infektionen (neben den Lueserkrankungen) stellten die Entzündungen der Niere und des Nierenbeckens (Nephritis und Pyelonephritis) mit 20 Erkrankungen. Neben der Nierenentzündung kamen zudem Blasenentzündungen (Cystitiden und Blasenkatarrhe) zum Tragen mit insgesamt 6 Fällen.

Die restlichen Infektionen des Urogenitaltraktes betrafen verschiedene Organe und Organsysteme der ableitenden Harnwege und der Geschlechtsorgane.

Eine weitere große Gruppe waren die an einer Hydrozele [„Wasserbruch“] (35 Fälle \cong 22,3%) erkrankten Strafgefangenen, seltener waren der Krampfadernbruch (Varikozele) mit 12 (\cong 7,6%) und Vorhautverengung (Phimose) mit 9 Erkrankungen (\cong 5,7%) in den Jahren 1934-1945. Die unter „sonstige Erkrankungen“ aus dem urologischen Formenkreis zusammengefassten 31 Fälle (\cong 19,8%) beinhalten folgende Krankheiten oder Gründe für einen stationären Aufenthalt im Hauptlazarett der Emslandlager:

- Nierenbeschwerden / z.B. Nierenerkrankung (5),
- Schrumpfnieren (2),
- Glomerulonephritis (3),
- Nierensteine (2),
- Tuberkulose der Hoden oder Nieren (3),
- Blutungen oder Verletzung der Harnröhre (2),
- Hodenkontusion (2),
- Schussverletzungen im Urogenitalbereich (3),
- Untersuchungen entmannter Häftlinge (3),
- Ausschluss einer Hodentorsion (1),
- Harnröhrenverlegung (1),

- Hodentumoren (3),
- Kryptorchismus (1).

Zunächst wird jedoch ein Überblick über das Auftreten der urologischen Erkrankungen gegeben:

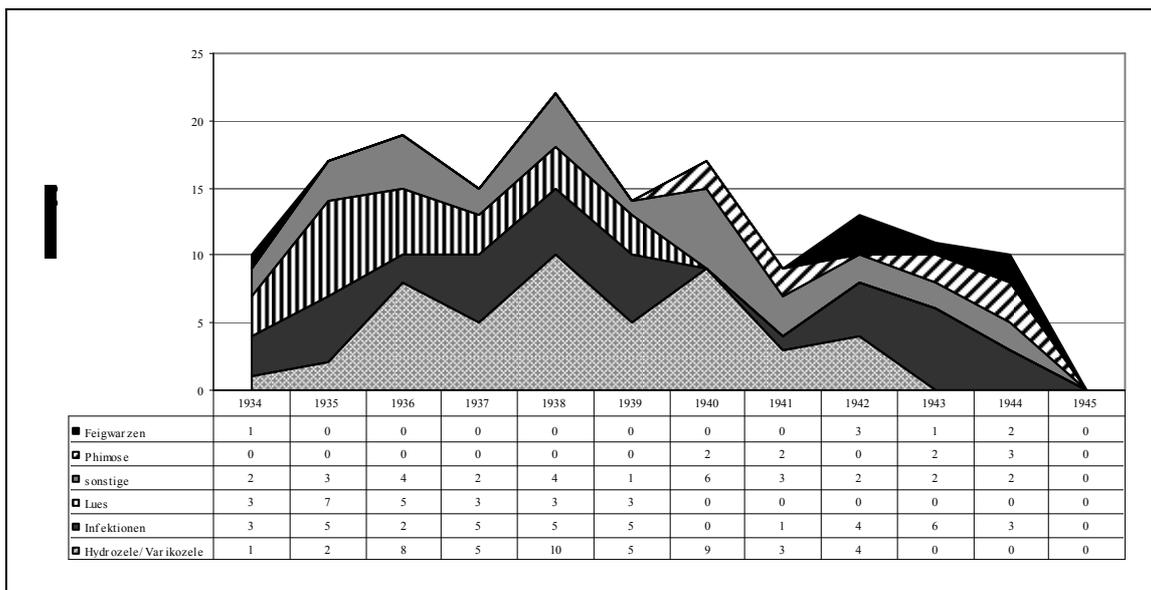


Abbildung 28: Inzidenz urologischer Erkrankungen

Die Abbildung 28 gibt einen Überblick über das Auftreten der in den Kategorien zusammenfassten Krankheiten, wobei die Felder gestapelt sind, d.h. für die einzelnen Jahre summieren sich die jeweiligen Fallzahlen der Krankheiten und somit lässt sich ebenfalls für jedes Jahr die Gesamtfallzahl der aufgetretenen urologischen Erkrankungen ablesen.

Die einzelnen Krankheiten und das jeweilige Procedere werden in eigenen Unterkapiteln erläutert.

So waren es im Jahre 1934 zunächst 10 urologische Erkrankungen, die im Hauptlazarett Papenburg behandelt wurden, die Zahl stieg jedoch in den folgenden Jahren, mit einem kleinen Einbruch im Jahre 1937, auf eine Fallzahl von 22 Patienten im Jahr 1938. Ab diesem Jahr kam es zunächst zu einem sprunghaften Rückgang auf 14 Patienten im Jahr 1939, diese steigerte sich dann jedoch noch mal für das Jahr 1940 auf 17 erkrankte

Häftlinge. Insgesamt lässt sich jedoch anhand der Kurve die langsam fallende Tendenz für die folgenden Jahre 1941-1944 festmachen, im Jahr 1944 wurden schließlich 10 Strafgefangene aufgrund einer urologischen Erkrankung behandelt. Im Jahre 1945 war kein Häftling aufgrund eines urologischen Problems in stationärer Behandlung im Marienkrankenhaus Papenburg.

Anhand dieser Kurven lassen sich jedoch auch Aussagen über die Verteilung von verschiedenen Krankheiten über die gesamten 12 Jahre hinweg treffen.

So hatten die beiden Erkrankungen der Hydrozele und Varikozele die größten Fallzahlen in den Jahren 1936 bis 1940 mit bis zu zehn Fällen im Jahr. Im Jahre 1934 und 1935 waren es jeweils nur ein bzw. zwei; in den Jahren 1941 und 1942 ebenso lediglich drei bzw. vier. Ab dem Jahre 1943 wurden diese Krankheiten gar nicht mehr im Hauptlazarett versorgt (die Therapie erfolgte in allen Fällen chirurgisch durch eine Operation, soweit sich nicht vom Patienten verweigert wurde, hierzu siehe auch Erläuterung der Krankheit und das Procedere).

Infektionen im Bereich des Urogenitalsystems sind über die gesamten Jahre aufgetreten, die Fallzahl für ein jedes Jahr lag hier zwischen null (1940 und 1945) und sechs Erkrankungen (1943). In den Jahren 1940 und 1941 hat es mit keinem bzw. nur einem Patienten einen kleinen Einbruch gegeben, ansonsten liegt die Fallzahl relativ konstant zwischen zwei und sechs Patienten pro Jahr.

Im Falle der Lueserkrankungen sieht dies anders aus, diese wurde lediglich in den Jahren 1934 bis 1939 im Hauptlazarett behandelt, für die Jahre 1940-1945 ist kein Fall einer Lueserkrankung aus dem Hauptlazarett bekannt bzw. keine Krankenakte erhalten geblieben. Die Zahl der Erkrankungen lag in oben genannten Zeitraum zwischen drei (1937, 1938 und 1939) und sieben (1935) Erkrankungen.

Dieser Verlauf überrascht, ein Anstieg der Häufigkeit der Erkrankungen wäre für den Zeitraum 1939-1945 zu erwarten gewesen, waren doch „wehrunwürdig“ gewordene

Soldaten den Emslandlagern zu überweisen²⁷² und damit einhergehend ein Anstieg der Geschlechtskrankheiten zu erwarten.²⁷³

So etwa der Anstieg der Feigwarzen (*Condyloma acuminata*), wie es aus dem Diagramm ersichtlich ist. War im Jahr 1934 ein Patient mit dieser Erkrankung behandelt worden, so war diese Diagnose in den Jahren 1935 bis 1941 gänzlich unbekannt. Erst 1942 traten diese Fälle erstmalig wieder auf, in diesem Jahr wurden drei Patienten operativ behandelt. In den folgenden Jahren 1943 und 1944 wurden dann nochmals ein bzw. zwei Patienten kuriert.

Ebenso kam es in den Kriegsjahren zu einem Anstieg der im Marienkrankenhaus behandelten Phimosen.

Bis zum Jahre 1939 war diese Erkrankung nicht in den Krankenakten vertreten, erstmalig wurde sie 1940 behandelt, in diesem Jahr wurden zwei Patienten operativ versorgt. In den folgenden Jahren bis 1945 wurden dann jedes Jahr zwischen null und drei Strafgefangene aufgrund einer Phimose operiert.

Auf die Gruppe der „sonstigen Diagnosen“ möchte ich in diesem Zusammenhang nicht eingehen, da es sich hierbei um eine Kategorie handelt, in der die nur singularär aufgetretenen Krankheiten zusammengefasst sind und sich somit eine Auswertung über die Häufigkeit erübrigt.

²⁷² Vgl. Bürman-Peter, F. Ziviler Strafvollzug für die Wehrmacht. Militärgerichtlich Verurteilte in den Emslandlagern 1939-1945. Diss. Univ. Osnabrück. 2002. S. 40.

²⁷³ „In Kriegszeiten ist die Gefahr einer Verbreitung der Geschlechtskrankheiten besonders groß.“ Reichsgesundheitsblatt. Berlin. 1940. S. 165.

Die Syphilis „ist [...] immer wieder bei großen Heereszügen schlimmer und häufiger geworden.“ Hoffmann E. Salvarsanschäden im Kriege und ihre Verhütung. Münchener Medizinische Wochenschrift. München 1942. S. 678.

„Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen hatte ihren Höhepunkt während des 2. Weltkrieges.“ Siegenthaler, W. [u.a.]. 1992. S. 873.

4.5.1 Infektionen des Urogenitaltraktes

Bei den hier aufgeführten Infektionen des Urogenitaltraktes handelt es sich um bakterielle Entzündungen der einzelnen Organe. Hier ausgenommen sind die venerischen Erkrankungen im engeren Sinne (Lues und Feigwarzen), welche in einem eigenem Kapitel betrachtet werden.

Die entzündlichen Erkrankungen stellen mit 39 Fällen nahezu ein Viertel aller urologischen Erkrankungen. An erster Stelle sind hier die Nephritis und die Pyelonephritis, also die Entzündung der Niere bzw. des Nierenbeckens, mit zusammen 20 Fällen zu nennen. An nächster Stelle, in Bezug auf die Häufigkeit, folgen Entzündungen der Blase, die Cystitis bzw. der Blasenkatarrh. Die übrigen Erkrankungen betreffen verschiedene Organe des Urogenitaltraktes. Diese sind im Einzelnen:

- Nierenabszesse (2),
- Hodenentzündung (Orchitis) und Nebenhodenentzündung (Epididymitis) (3),
- Scrotalphlegome, Scrotumfistel und Urinphlegmone (6),
- Infektion des Penis und Harnröhrenabszeß (2).

Die Ursache der bakteriellen Harnwegsentzündungen (*Pyelonephritis* und *Cystitis*) stellen in erster Linie aufsteigende Keime dar (allen voran Keime der Darmflora), aber auch Infektionen auf hämatogenem Wege sind möglich.

Symptome der *Pyelonephritis* sind (einseitige) Rückenschmerzen (meist dumpfer Schmerz, aber auch mit kolikartigen Spitzen) über der betroffenen Niere, (hohes) Fieber, u.U. mit Schüttelfrost. Besteht eine aufsteigende Infektion des Nierenbeckens, so sind zuvor schon oft die Symptome einer *Cystitis* vorhanden:

Hier dominieren Beschwerden bei der Harnentleerung (Brennen beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, wobei zumeist nur geringe Mengen Urin ausgeschieden werden, das Gefühl des Harndrangs jedoch fortbesteht).

Der Urin ist trübe mit auffälligem Geruch, mikroskopisch lassen sich Bakterien und Leukozyten nachweisen, der Eiweißgehalt ist oft erhöht.

Die Therapie dieser Harnwegserkrankungen bestand damals zum einen in einer Veränderung des pH-Wertes des Urins (abwechselnd basisch und sauer durch medikamentöse und diätetische Maßnahmen, sog. „Schaukeldiät“, zudem reichliche Flüssigkeitszufuhr und bei Bedarf eine antibiotische Therapie. In „hartnäckigen Fällen“ wurden ferner antiseptische Spülungen des Harntraktes durchgeführt.

Beide Krankheiten (die Pyelonephritis und die Cystitis) können chronisch werden, Komplikationen (insbesondere der Pyelonephritis) sind die akute eitrige Nephritis, welche sich letztlich auch zu einer lebensbedrohlichen Urosepsis entwickeln kann. Ferner können (para-) nephritische Abszesse und Funktionsstörungen der Nieren (Niereninsuffizienz) die Folge sein.²⁷⁴

Pyelonephritis

Erkrankungen der Pyelonephritis traten über den gesamten Zeitraum der Emslandlager auf, lediglich in den Jahren 1940 und 1941 wurden keine Fälle dieser Erkrankung im Hauptlazarett behandelt.

Die Einweisung erfolgte mit den o.g. Symptomen, die auf eine Nierenbeckenentzündung schließen ließen, zu einem Teil erfolgte die Einweisung mit dieser Diagnose, zum Teil auch nur mit der Verdachtsdiagnose der Nierenbeckenentzündung. Dieses erklärt die unterschiedlichen Verweildauern, die zwischen 8 und 154 Tagen lag. Die durchschnittliche Verweildauer lag im Falle dieser Erkrankung bei 41,2 Tagen, wobei die Liegedauer in den Jahren 1934-1938 und 1939 bis 1945 nahezu gleich war (41,2 Tage).

Zwei Patienten, die zur Beobachtung in das Hauptlazarett Papenburg mit der Einweisungsdiagnose „z.B. Nephritis“ verlegt wurden, konnten bereits nach acht und elf Tagen wieder arbeitsfähig in das Lager entlassen werden, die Diagnose der Nephritis hatte sich hier nicht bestätigt.

Es verliefen jedoch nicht alle Fälle so glimpflich, die Pyelonephritis oder Nephritis ist eine schwere Erkrankung, die, wenn sie nicht beherrscht werden kann, zu einer lebensbedrohlichen Urosepsis auswachsen kann. Dieses war bei 3 Häftlingen der Fall, welche ihren Erkrankungen infolge dieser Sepsis erlagen. So der 41 jährige Patient Willi B., der letztlich nach 46 Tagen am 16.05.1938 seinem Leiden erlag. In einem zweiten Fall starb der 21 jährige aufgrund von Fahnenflucht verurteilte Gerhard P. nach 15 Tagen ebenfalls aufgrund einer Urosepsis.

Im Falle des dritten verstorbenen Häftlings, ein 30 jähriger Militärstrafgefangener, lagen zudem „starke Mangelerscheinungen“ vor, eine Armphlegmone und ein „Magen-Darm-

²⁷⁴ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 444ff.

Katarrh“, diese zusammen hatten seine Widerstandskraft überstiegen, so dass auch er nach neun Tagen den Krankheiten erlag.

8 der 20 Patienten wurden moorunfähig aus dem Hauptlazarett entlassen.²⁷⁵ Somit wurden lediglich 9 der 20 an Pyelonephritis erkrankten regulär in die Lager zurückverlegt.

Der Altersdurchschnitt der an einer Pyelonephritis erkrankten Patienten lag bei 32,9 Jahren, wobei dieser Schnitt vor und während des Krieges nicht wesentlich differiert.

Zwei Patienten wurden aufgrund von Nierenabszessen im Hauptlazarett behandelt, wobei es sich in einem Falle um einen „paranephritischen Abszess“ handelte. In beiden Fällen erfolgte eine Inzision des Abszesses, der Patient mit dem paranephritischen Abszess wurde nach 21 Tagen aus Platzmangel wieder in das Lagerrevier zurückverlegt (22.10.1942), der andere Strafgefangene wurde nach der Inzision des Nierenabszesses nach 120 Tagen am 30.11.1943 wieder zurück in das Lager verlegt.

Cystitis

Erkrankungen durch eine Cystitis bzw. einen Blasenkatarrh waren im Hauptlazarett Papenburg relativ selten vertreten, handelt es sich hierbei doch um recht banale Erkrankungen. Hier stellt sich dann zum einen die Frage, warum diese Patienten mit dieser Diagnose in das Hauptlazarett aufgenommen wurden und zum anderen, weshalb die durchschnittliche Liegedauer zwischen 11 und 37 Tagen lag mit einer durchschnittlichen Liegedauer von 18,8 Tagen. In einem Fall war ein Patient sogar zweimal in Behandlung mit der gleichen Diagnose eines „Blasen- und Harnröhrenkatarrhs“, der 26 jährige Strafgefangene Konrad F., er befand sich das erste mal vom 16.10. bis zum 26.10.1934 in stationärer Behandlung, wurde dann entlassen und nochmals am selben Tag mit der gleichen Diagnose aufgenommen, verblieb dann für 21 Tage und wurde letztendlich am 15.11.1934 moorunfähig aus dem Krankenhaus

²⁷⁵ Nierenerkrankungen waren nach Verfügung des Reichsministers der Justiz vom 5. Juli 1937 ein Ausschlußkriterium zur Einlieferung von Häftlingen in die Moorkolonie.
Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1289f.

entlassen. Somit handelt es sich im Grunde nur um fünf statt sechs Patienten, die aufgrund einer Cystitis behandelt wurden. Von diesen fünf Patienten wurden vier mit dem Zusatz der Moorunfähigkeit direkt aus dem Marienkrankenhaus entlassen oder in das Lager verlegt. Lediglich in einem Falle wurde ein Patient „arbeitsfähig“ entlassen.

Die sechs Erkrankungen traten in den Jahren 1934-1939 auf, in den Kriegsjahren selber wurde kein Patient aufgrund einer Blasenentzündung stationär im Krankenhaus Papenburg behandelt.

Diese geringe Fallzahlen und auch, dass in den Kriegsjahren kein Patient aufgrund eines Cystitis stationär behandelt wurde, zeigen, dass es sich bei dieser Erkrankung um eher ein leichtes Leiden handelte, verglichen z.B. mit der Nieren(becken)entzündung, hier war auch die Liegedauer mit 41 Tagen mehr als doppelt so lang. Im Wesentlichen wurde diese Krankheit, wenn überhaupt, in den Lagerlazaretten behandelt. Zudem ist die Cystitis eine beim Mann eher selten auftretende Erkrankung.

Scrotal- und Urinphlegmone

Die Scrotal- und Urinphlegmone stellen äußerst schwere Krankheitsbilder dar. Hierzu kommt es durch Eindringen von Urin in das Gewebe (z.B. durch Verletzungen oder Strikturen der Harnröhre, (kleine) Hautdefekte oder fortgeschrittene Entzündungen der Prostata). Das Gewebe ist gerötet, überwärmt, u. U. ist eine Fluktuation als Ausdruck eines darunterliegenden Abszesses zu palpieren. Die Phlegmone kann weiter fortschreiten und in Damm, Leiste oder das umliegende Gewebe (bis hin zu Muskeln und Fascien) infiltrieren. Hierbei kann es zu gangränösen Zerstörungen von großen Hautarealen kommen. Die Erkrankung geht einher mit Schüttelfrost und hohem Fieber bis hin zum septischen Krankheitsbild.

Die Therapie besteht in großzügiger Entlastung und lokalen antiseptischen Maßnahmen (Spülungen), begleitet von einer antibiotischen Therapie (als Erreger kommen wiederum in erster Linie Keime der Darmflora, allen voran E. coli, in Frage). Nach Entlastung stellt sich häufig eine Besserung ein. Die Letalität (der Scrotalphlegmone) liegt bei ca. 25%, bei der Urinphlegmone „kommt es unter stürmischer, brandiger Zerstörung von Fascien, Muskeln und Haut unter hohem Fieber rasch zum tödlichen Ausgang.“²⁷⁶

Wie schon oben erwähnt, handelt es sich bei der Scrotal- bzw. Urinphlegmone um ein äußerst schweres Krankheitsbild, welches mit einer hohen Letalität einhergeht. Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass die durchschnittliche Liegedauer der fünf von dieser Krankheit betroffenen Häftlinge bei durchschnittlich 138,6 Tagen lag.

²⁷⁶ Garrè [u.a.]. 1942. S. 516 und 523f.

Die Aufenthaltsdauer lag hier zwischen 5 und 488 Tagen. Trotz der Schwere dieser Krankheit (in deren Verlauf man gleichwohl zwischen leichteren Fällen und fulminanten Verläufen unterschieden muß) verstarb im Hauptlazarett lediglich ein Patient an dieser Krankheit (bei insgesamt fünf Fällen dennoch eine Letalität von 20%). Hierbei handelte es sich um den 36 jährigen Militärstrafgefangenen Franz G., der trotz operativen Eingreifens und mehrfachen Revisionen nach 14 Tagen verstarb.

Bei einem Patienten mit einem relativ leichten Verlauf war es aufgrund eines Arbeitsunfalls zu einer Quetschung des Scrotums gekommen mit einem Hämatom, welches sich infiziert hatte. Das infizierte Hämatom wurde entlastet und der Häftling konnte nach fünftägiger Verweildauer im Hauptlazarett zur Weiterbehandlung in das Lagerrevier verlegt werden.

In zwei Fällen wurden Patienten außergewöhnlich lange stationär behandelt. Es sind dies die Patienten Theo W, ein 39jähriger Strafgefangener, der sich vom 10.11.1942 bis zum 13.04.1943 (155 Tage) im Hauptlazarett aufgrund einer Urinphlegmone befand; zum anderen der Strafgefangene Gustav W., ein 44 jähriger Militärstrafgefangener. Dieser befand sich vom 16.10.1943 bis zum 14.02.1945 und damit 488 Tage in stationärer Behandlung im Hauptlazarett. Bei ihm bestand eine Scrotalphlegmone, die sich auf den gesamten Oberschenkel ausgebreitet hatte. Während des Aufenthaltes wurde er mehrfach revidiert, schließlich war jedoch die Behandlung erfolgreich und er wurde nach diesem langen Aufenthalt zurück in das Lager verlegt. Es findet sich jedoch kein Zusatzvermerk in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit bzw. Moorunfähigkeit.

Der Altersdurchschnitt all dieser Patienten lag bei 38,4 Jahren.

Ferner wurde ein Häftling aufgrund einer Skrotalfistel operiert und konnte nach einer Verweildauer von 40 Tagen zurück in das Lager entlassen werden.

Sonstige urologische Infektionen

Entzündungen des Hodens selber (Orchitis) oder des Nebenhodens (Epididymitis) waren ebenfalls in den Krankenakten des Hauptlazarettes zu finden, jedoch wurden nur drei Patienten mit dieser Diagnose in das Krankenhaus eingeliefert. Die Therapie war konservativ, so dass die Patienten nach 8 bzw. 17 Tagen entlassen werden konnten. Die

durchschnittliche Liegedauer betrug somit 14,0 Tage. Das Durchschnittsalter lag bei 30,3 Jahren.

Infektionen des Penis waren äußerst selten, zwei Fälle fanden sich im gesamten Aktenbestand. Zum einen wurde ein Patient wegen eines Abszesses der Harnröhre behandelt (durch eine Inzision), er konnte nach acht Tagen das Krankenhaus arbeitsfähig verlassen. Im zweiten Fall wurde der Patient aufgrund einer Infektion des Penis konservativ behandelt, war aber auch nach 35 Tagen gesundet, so dass er das Hauptlazarett arbeitsfähig verlassen konnte.

4.5.2 Venerische Erkrankungen

Bei Geschlechtskrankheiten handelt es sich um „durch Geschlechtsverkehr übertragene“ Krankheiten. An erster Stelle stehen hier die „klassischen Geschlechtskrankheiten“ wie Syphilis (Lues), Gonorrhö (Tripper), Weicher Schanker (Ulcus molle) und die venerische Lymphknotenentzündung (Lymphogranuloma venereum). Daneben existiert heute der Begriff „STD“ (sexually transmitted diseases), unter dem weitere Krankheiten, die auf sexuellem Wege übertragen werden, zusammengefasst werden. Zu diesen gehören auch die in den Lagern aufgetretenen Feigwarzen (Condyloma acuminata).²⁷⁷

Nach dem „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ vom 18. Februar 1927 waren „Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes [...] Syphilis, Tripper und Schanker ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.“²⁷⁸

Lues (Syphilis)

Bei der Lues handelt es sich um eine durch *Spirochaeta pallida* (syn. *Treponema pallidum*, auch „Syphilis- oder Lustschräubchen“²⁷⁹) hervorgerufene Erkrankung, die zumeist auf sexuellem Wege übertragen wird, dabei dringt der Erreger über (Mikro-) Verletzungen von Haut bzw. Schleimhaut in den Organismus ein. Die Krankheit wird in drei Stadien eingeteilt:

²⁷⁷ Vgl. Pschyrembel. 2011. S. 1984.

²⁷⁸ Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. RGBI I. 18.02.1927. S. 61.

²⁷⁹ Hoffmann, E. Die Behandlung der Syphilis mit kurzer Diagnostik. Berlin. 1937. S. 5.

Primärstadium: Nach einer Inkubationszeit von im Mittel 21 Tagen kommt es an der Eintrittsstelle zu einer schmerzlosen harten Induration, welche ein Ulcus ausbildet (harter Schanker oder Primäraffekt) und wenig Flüssigkeit absondert. Nach ungefähr einer Woche tritt eine regionale Lymphadenopathie auf. Diese Symptome heilen jedoch nach zwei bis sechs Wochen spontan wieder aus.

Sekundärstadium: Nach sechs Wochen (also neun Wochen nach Infektion) beginnt die sog. Sekundärperiode, wobei mannigfaltige Symptome auftreten können wie Veränderungen an Haut und Schleimhäuten (Exantheme, Erosionen, Condyloma lata), allgemeine Krankheitssymptome (Fieber, Unwohlsein, Müdigkeit, Gewichtsverlust), neurologische Symptome (Kopfschmerz, Seh- und Hörstörungen); aber auch seltener Veränderungen an Niere, Leber, Gelenken und Knochen oder im Gastrointestinaltrakt. Aufgrund der vielen Symptome und der damit verbundenen Schwierigkeiten der Diagnose gilt die Syphilis „als der Affe unter den Krankheiten“.²⁸⁰

Tertiärstadium: Die nach zwei bis fünf Jahren auftretende Tertiärperiode ist gekennzeichnet durch sog. „Gumma“, solitäre Effloreszenzen, die zähflüssigen (gummiartigen) Eiter enthalten und zu nekrotischem Zerfall neigen. Betroffen sein können sämtliche Organe, vornehmlich jedoch Haut, Skelett, Respirationstrakt und die Leber.

Daneben existieren zwei Sonderformen:

1. Neurosyphilis: neurologische Ausfälle (sensorische und motorische Ausfälle, Sprachstörungen), Tabes dorsalis (Ataxie, Reflexverlust der unteren Extremität, Inkontinenz), psychische Veränderungen bis hin zur Demenz;

2. kardiovaskuläre Syphilis: durch Veränderungen in der Wand von Blutgefäßen kommt es zu Ausbildung von Aneurysmen (insbesondere im Bereich des Arcus aortae thoracalis).

Darüber hinaus existiert der Begriff der „latenten Syphilis“, hier fallen die serologischen Untersuchungen positiv aus, auch lassen sich intermittierend Treponemen im Blut nachweisen, ohne dass jedoch klinische Merkmale der Erkrankung in Erscheinung treten.

Der sichere Nachweis einer Lues erfolgt entweder durch den direkten Nachweis der Spirochäten (z.B. in den jeweiligen Hauteffloreszenzen) oder durch serologische Untersuchungen (Wassermannsche Reaktion).²⁸¹

Therapie: Zur damaligen Zeit wurde eine Behandlung mit Salvarsan [Wirkstoff Arsphenamin, ein Arsenpräparat, JJ], durchgeführt, oft kombiniert mit Wismutpräparaten, aber auch zusammen mit Jod und Quecksilber. In allen Fällen sind nach Abschluss der Behandlung regelmäßige Blutkontrollen

²⁸⁰ Ebd.

²⁸¹ Vgl. Hopf, G. Haut und Geschlechtskrankheiten nach den Vorlesungen an der Universitäts-Hautklinik Hamburg. Hamburg. 1944. S. 65ff.
Hoffmann, E. 1937. S. 7ff.

(Wassermansche Reaktion) notwendig, um ein Persistieren der Treponemen auszuschließen (latente Syphilis).²⁸²
Die Behandlung ist heute vergleichsweise einfach, sie besteht in einer antibiotischen Therapie durch Penicillin.²⁸³

Kondylome

Sie treten auf aufgrund chronisch entzündlicher Reizungen (z.B. infolge der Gonorrhöe), sind z.T. entzündlichen Ursprungs oder echte Neubildungen. Sie können mittels Scherenschlag oder Verschorfung entfernt werden.²⁸⁴

Heute ist bekannt, dass es sich bei Feigwarzen (*Condyloma acuminata*) um Epithelwucherungen, hervorgerufen durch Papillomaviren. Handelt. Die Lokalisation ist nahezu ausschließlich genitoanal, die Übertragung erfolgt zumeist durch den Geschlechtsverkehr. Nach einer Latenzzeit von ca. vier Wochen (bis hin zu mehreren Monaten) entstehen im Bereich der Infektion blumenkohllartige oder hahnenkammartige Wucherungen. Die zumeist nur stecknadelkopfgroßen Feigwarzen können konfluieren und destruierend wachsen, wobei sie große Ausmaße annehmen (*condyloma gigantea*, Buschke-Löwenstein-Tumoren).

Die Therapie besteht zunächst durch lokale Anwendung von Podophyllin- oder Podophyllotoxin-Lösungen (ein Auszug aus der Wurzel des Maiapfels), bei Therapieresistenz oder großen Tumoren kommt ebenfalls eine chirurgische Abtragung der Tumoren in Frage, bei häufigen Rezidiven eine Interferon- α -Therapie.²⁸⁵

In den Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg waren sowohl Erkrankungen an einer Syphilis als auch an Feigwarzen zu finden. Dennoch werden diese beiden Krankheiten getrennt betrachtet, da sowohl Unterschiede im Auftreten, der Alterstruktur der erkrankten Häftlinge und auch in der Therapie bestanden.

Die 24 Erkrankungen durch die Lues traten lediglich in den Jahren 1934 bis 1939 auf, darüber hinausgehend waren keine Fälle einer stationär behandelten Syphiliserkrankung mehr nachzuvollziehen. Zudem befanden sich die Patienten mit einer Lueserkrankung zum größten Teil bereits im Sekundär- oder Tertiärstadium, soweit dieses mit angegeben

²⁸² Vgl. Hoffmann, E. 1937. S. 20ff.

Wolf, H. J. 1941. S. 178f.

Hoffmann, E. Salvarsanschäden im Kriege und ihre Verhütung. Münchener Medizinische Wochenschrift. 89/1942. S. 678f .

Hopf, G. Haut und Geschlechtskrankheiten nach den Vorlesungen an der Universitäts-Hautklinik Hamburg. Hamburg. 1944. S. 77ff.

²⁸³ Rassner, G. Dermatologie. Lehrbuch und Atlas. München. 2007. S. 464f.

²⁸⁴ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 519

²⁸⁵ Vgl. Pschyrembel. 2011. S. 407f.

Hirner, A. Weise, K. 2008. S. 391.

wurde.

Demgegenüber standen dann Häftlinge, die wegen Feigwarzen behandelt wurden. An diesen war zuvor in den Jahren 1934-1941 lediglich ein Patient (1934) behandelt worden, in den Jahren 1942-1944 wurden dann sechs Häftlinge aufgrund dieser Erkrankung therapiert.

Die Liegedauer der Patienten, die aufgrund einer Lues behandelt wurden, lag durchschnittlich bei 22,3 Tagen, wobei die Liegedauer von 2 Tagen bis hin zu 63 Tagen reichte. 2 der insgesamt 24 Lueserkrankten Häftlinge verstarben durch diese Krankheit (nach zwei und neun Tagen nach Einlieferung in das Hauptlazarett). Das Durchschnittsalter aller Luespatienten lag bei 34,4 Jahren. In 8 der 24 Fälle erfolgte eine Entlassung mit dem Zusatzvermerk der Moorunfähigkeit, sie sollten zurück in die Mutteranstalt bzw. die Strafanstalt Münster verlegt werden. In drei Fällen erfolgte eine Verlegung direkt aus dem Hauptlazarett Papenburg in die jeweilige Anstalt und nicht zunächst in das ursprüngliche Lager. Ferner wurde ein Patient augenärztlich vorgestellt bei einer Manifestation der Lues in Form einer Iridozyklitis (eine seltene Komplikation im Sekundärstadium).

Bei weiteren sechs Patienten wurde die Diagnose der Lues als Nebendiagnose bzw. Begleitdiagnose gestellt, die z.T. auch ursächlich für das Leiden war, aufgrund dessen die Patienten in das Hauptlazarett aufgenommen wurden. So wurden in zwei Fällen der Leberzirrhose eine Lues als Nebendiagnose aufgenommen, sie wurde entweder während des Aufenthaltes festgestellt bzw. anamnestisch durch den Patienten angegeben. Ebenso verhält es sich bei zwei Patienten, die einen Schlaganfall erlitten oder mit der Diagnose eines Schlaganfalls in das Hauptlazarett eingeliefert wurden. Inwieweit bei diesen tatsächlich ein Apoplex vorlag oder eine Neuroluetis symptomatisch wurde (durch neurologische Ausfälle, die denen eines Schlaganfalles glichen), lässt sich heute nicht mehr eruieren.

Ein Patient mit einer Osteomyelitis litt ebenfalls unter einer Lueserkrankung, so auch ein Patient mit einer Tonsillitis. Dieser verstarb nach zwei Tagen stationären Aufenthaltes im Hauptlazarett Papenburg.

Die Erkrankungen an Feigwarzen waren, im Vergleich zu der Lues, seltener, wobei in sechs der sieben Fälle in den Jahren 1942-1944 ein operativer Eingriff erfolgte. Der Altersdurchschnitt lag mit 28,4 Jahren knapp sechs Jahre unter dem der Luespatienten. Auffällig ist ebenso, dass es bei fünf von den sechs in den Jahren 1942-1944 behandelten Patienten sich um aufgrund von Vergehen abgeurteilten Soldaten handelte, also um militärische Strafgefangene. Dieses stützt die schon oben erwähnte Bemerkung, dass in den Kriegsjahren vermehrt Geschlechtskrankheiten oder sexuell übertragbare Krankheiten auftreten und durch Soldaten weitergegeben werden.

Die Liegedauer der an Feigwarzen erkrankten Patienten war bemerkenswert lange, sie lag zwischen 9 und 116 Tagen, die durchschnittliche Liegedauer betrug hier 53,1 Tage. Dieses mag wohl an der unterschiedlichen Ausprägung der Krankheit gelegen haben, so entstehen z.T. große Wundflächen bei vollständiger Ausräumung größerer erkrankter Hautareale. Allen Patienten mit dieser Erkrankung war jedoch gemein, dass sie nach überstandener Krankheit arbeitsfähig zurück in das Lager entlassen wurden.

Wie kam es nun dazu, dass in den Vorkriegsjahren Erkrankungen durch Syphilis auftraten, diese aber in dem Zeitraum von 1939 bis 1945 völlig zurückgedrängt wurden zu Gunsten der Patienten, die an Feigwarzen erkrankten?

Zum einen erfolgte die Behandlung im Falle der Feigwarzen bis auf einen Fall operativ, d.h. eine Aufnahme im Hauptlazarett war notwendig, um diese Therapie durchzuführen (die Operation selber war im Lagerlazarett aufgrund der Ausstattung wohl nicht möglich, außerdem war wohl eine stationäre Überwachung notwendig bei zum Teil auch großen Wundflächen, die sich leicht infizieren konnten). Dagegen konnte die konservative Therapie bei der Syphilis in den späteren Jahren, in denen Platzmangel im Hauptlazarett herrschte, auch in den Lagerlazaretten durchgeführt werden.

Zum anderen war zum größten Teil wohl die Unkenntnis der Patienten selber ein Grund, weshalb die stationäre Fallzahl der Lueserkrankungen zurückging. Entstand zunächst der Primäraffekt und der Primärkomplex, so erscheint dies dem Laien wohl eher als unbedeutender Hautdefekt, zumal dieser nach einer gewissen Latenz spontan wieder abheilt. Eine ärztliche Vorstellung aufgrund dieser Bagatelle schien nicht von Nöten, zumal auch bekannt war, dass

„auch die Krankmeldung selbst und die erstrebte Aufnahme ins Krankenrevier Veranlassung für weitere Schikanen und Misshandlungen [war]. Viele Gefangene meldeten sich deshalb überhaupt erst gar nicht zur Krankenbehandlung, sondern [...] waren bemüht, im Wege der Selbstbehandlung ihre Krankheiten auszuheilen. Meist hing es von der Laune des Revierwachtmeisters oder – Kalfaktors – ab, ob der Gefangene, der sich krank meldete, zur Behandlung zugelassen oder als ‚Drückeberger‘ gemeldet wurde.“²⁸⁶

Da bei den Patienten lediglich (wenn überhaupt) diese ersten Symptome der Krankheit (der Primäraffekt mit ggf. unspezifischen Krankheitserscheinungen wie Mattigkeit, Unwohlsein oder Kopfschmerzen) vorlagen, wurden diese Symptome nicht ernst genommen, hatte man doch Angst, als Simulant zu gelten. Dieses könnte ebenso noch im Stadium der Sekundärlues der Fall sein, zumal die Symptome reichlich unterschiedlich ausfallen können und der Leidensdruck nicht immer hoch sein dürfte (z.B. bei nur vorhandenen Exanthenen).

Ebenso dürfte ein gewisses Schamgefühl der Patienten eine Rolle gespielt haben, so dass eine Vorstellung im Krankenrevier möglichst hinausgezögert wurde.

Bei den Feigwarzenerkrankungen liegt es anders, finden sich diese zunächst nur vereinzelt an der (oder den) Eintrittsstelle(n), so nehmen diese rasch an Größe zu, ebenso bestehen Symptome wie Jucken und Nässen, so dass früher oder später unter diesem Leidensdruck eine ärztliche Vorstellung unumgänglich erscheint. So entstanden bei den Soldaten nach einer Inkubationszeit von ca. vier Wochen (bis hin zu einigen Monaten) die o.g. Symptome, die zu einer Aufnahme und Behandlung in das Hauptlazarett führten.

Bei der Syphilis hingegen können Jahre bis sogar Jahrzehnte vergehen, bis die Krankheit in dem Maße symptomatisch wird, dass eine ärztliche Vorstellung von Seiten des Patienten her erfolgt.

4.5.3 Hydrozele und Varikozele

Erkrankungen durch eine Hydrozele bzw. Varikozele stellen nach den infektiösen Erkrankungen die zweitgrößte Gruppe im Formenkreis der urologischen Krankheiten mit 35 bzw. 12 Strafgefangenen über die 12 Jahre des Bestehens der Emslandlager.

²⁸⁶ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Nr. 61.

Bei der *Hydrozele* (syn.: Hydrocele vaginalis testis; Periorchitis chronica serosa; Wasserbruch) handelt es sich um Ansammlung von seröser Flüssigkeit im Bereich der Hodenhüllen, die sich zumeist langsam und schmerzlos entwickelt. Die Ursache ist unbekannt, es wird eine unvollständige Obliteration des Proc. vaginalis angenommen, bei Kindern ist die Hydrozele oft zusammen mit einer Phimose beobachtet, nach deren Beseitigung kommt es auch zu einer spontanen Rückbildung des Wasserbruchs.

Die Hydrozele kann Faust- oder Kindskopfgröße werden, die Beschwerden entstehen in erster Linie durch die Größe und Schwere. Gegenüber einem Scrotalbruch ist sie leicht durch eine Diaphanoskopie abzugrenzen (Aufleuchten und Durchscheinen beim Durchleuchten mittels einer Taschenlampe), zudem ist der Leistenring geschlossen, die Konsistenz ist prall-elastisch ohne typische Darmgeräusche.

Die Therapie bestand früher in Punktion und Verätzung der Hodenhüllen, dieses Verfahren wurde jedoch verlassen zugunsten einer operativen Therapie (nach Volkmann oder Winkelmann als Verfahren der Wahl, die Hodenhüllen werden gespalten und umgestülpt, bei großen Hydrozelen z.T. reseziert).²⁸⁷

Die *Varikozele* (Krampfaderbruch) ist gekennzeichnet durch eine krankhafte Erweiterung und Schlingelung des Plexus pampiniformis (ein Venengeflecht im Samenstrang). In 4/5 der Fälle ist, aufgrund anatomischer Verhältnisse, der linke Hoden betroffen. Die Ursache ist entweder eine angeborene Schwäche der Venenwände, ebenso können mechanische Abflusshindernisse (Nierentumoren) eine symptomatische Varikozele verursachen.

Die Symptomatik ist unterschiedlich ausgeprägt von völliger Beschwerdefreiheit bis hin zu einer symptomatischen Varikozele mit ziehenden Schmerzen in Leiste und Unterbauch. Klinisch ist das erweiterte Venengeflecht durch das Skrotum zu tasten bzw. schon zu sehen. Behandelt werden sollte eine Varikozele, da sie neben den o.g. Beschwerden zur Infertilität und Hodenatrophie führen kann. Hierzu wird auch heute die V. spermatica unterbunden bzw. embolisiert.²⁸⁸

In den Jahren der 1934-1945 wurden 35 Strafgefangene im Hauptlazarett aufgrund einer Hydrozele und 12 Häftlinge an einer Varikozele behandelt. In allen Fällen erfolgte eine operative Therapie, in zwei Fällen (beides Erkrankungen durch eine Hydrozele) wurde die Operation durch den Patienten verweigert und dieser bereits am Folgetag wieder in das Lager entlassen.

Die Liegedauer der Patienten mit einer Varikozele lag zwischen 11 und 70 Tagen mit einer durchschnittlichen Liegedauer von 29,5 Tagen, das Durchschnittsalter lag bei 28,6 Jahren.

²⁸⁷ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 525ff.

Kurtzahn, H. Kleine Chirurgie. Berlin/Wien. 1940. S. 388ff.

Pschyrembel. 2011. S. 924.

Gasser, T. Rutishauser, G. Basiswissen Urologie. Heidelberg. 2008. S. 181.

²⁸⁸ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 531f.

Pschyrembel. 2011. S. 2189f.

Gasser, T. Rutishauser, G. 2008. S. 182.

Die Häftlinge, die aufgrund einer Hydrozele operiert wurden, verweilten im Schnitt mit 22,3 Tagen ungefähr eine Woche weniger im Hauptlazarett, zwei Patienten verblieben äußerst lange in stationärer ärztlicher Behandlung mit 111 und 153 Tagen (im letzteren Falle handelt es sich um einen 42jährigen Strafgefangenen, der zudem eine Stelle als Kalfaktor²⁸⁹ innehatte).

Das Durchschnittsalter der Patienten, die an einer Hydrozele operiert wurden, lag mit 35,3 Jahren über dem der Patienten, die unter einer Varikozele litten.

Ebenso wie bei den meisten Erkrankungen imponiert beim Vergleich der Liegedauern vor und während des Krieges eine verhältnismäßig längere Aufenthaltsdauer der Patienten in den Jahren 1939-1945. Betrug diese im Falle der Varikozelen in den Jahren 1934-1938 22,4 Tage, so steigert sich diese auf 39,4 Tage in den Jahren 1939-1945 (nahezu die doppelte Liegedauer). Ursächlich für diese Verschiebung ist vor allem ein Patient, der 20 jährige aufgrund einer Fahnenflucht verurteilte Soldat Kurt M., der sich erstmalig vom 16.05.1941 bis zum 23.07.1941 (69 Tage) und dann abermals vom 09.07.1942 bis zum 19.09.1942 (70 Tage) aufgrund einer Varikozele links in stationärer Behandlung befand.²⁹⁰

Ebenfalls stieg auch die durchschnittliche Liegedauer der Patienten mit einer Hydrozele während der Kriegsjahre, lag sie in den Jahren 1934-1938 bei 18,5 Tagen, so lag sie im Zeitraum von 1939-1945 bei 26,8.

Betrachtet man nochmals das Auftreten der beiden Erkrankungen über den Zeitraum von 1934-1945 (Abbildung 28, Inzidenz urologischer Krankheiten), so fällt der kontinuierliche Rückgang der Behandlungszahlen für diese beiden Krankheiten ab 1940 auf, in den Jahren 1943 bis 1945 wird schließlich kein Patient aufgrund einer Varikozele bzw. Hydrozele behandelt.

Diese Konstellation (verlängerte Liegedauer in den Kriegsjahren mit gleichzeitigem Rückgang der Fallzahlen) ist wieder den gegebenen Umständen zuzuschreiben, dass im

²⁸⁹ Ein Kalfaktor war ein Häftling, dem selber Aufgaben (Kontrollen anderer Häftlinge oder Arbeiten in bestimmten Funktionsbereichen) aufgetragen wurden.

²⁹⁰ Aus der Krankengeschichte ist ersichtlich, dass es im Verlauf des ersten Aufenthaltes (aufgrund einer linksseitigen Varikozele) zu einer schwerwiegenden Infektion der Wunde gekommen war. Während des zweiten Aufenthaltes, bedingt durch ein Rezidiv der Varikozele, kam es erneut zu Komplikationen, hervorgerufen durch massive Verwachsungen nach dem Ersteingriff. Hierdurch erklärt sich die ungewöhnlich lange Liegezeit.

Hauptlazarett Papenburg ab dem Jahren 1942 eine zunehmende Platznot herrschte; nur noch die dringendsten Erkrankungen konnten aufgenommen und behandelt werden. Da es sich sowohl bei der Hydrozele und der Varikozele um Erkrankungen handelte, bei denen zumeist eine elektive Indikation für eine Operation bestand, ging die Fallzahl zurück. Dieses erklärt auch die im Vergleich zu den Vorjahren längere Liegedauer, es handelt sich nicht einfach um banale Fälle dieser Erkrankungen, sondern diese waren schon so weit fortgeschritten, dass eine nicht mehr hinausgezögert werden konnte. Dementsprechend höher war auch die Zahl der Komplikationen, was die verlängerte Liegedauer beweist.

4.5.4 Phimose

Erkrankungen aufgrund einer Phimose stellen eine Seltenheit in den Krankengeschichten des Hauptlazarettes dar, aufgrund dieser Krankheit wurden lediglich neun Patienten behandelt. Auffällig jedoch ist die Verteilung der Phimosen, in den Jahren 1934-1939 fand sich kein Fall dieser Erkrankung. Erst mit dem Erlass, straffällig gewordene Soldaten in die Emslandlager zu überweisen (soweit dies deren Gesundheitszustand zuließ), wurden diese Erkrankungen dort behandelt. So waren fünf der neun an einer Phimose leidenden Häftlinge militärisch Strafgefangene.

Die **Phimose** ist eine zumeist angeborene Verengung der Vorhaut des männlichen Gliedes, kann jedoch auch, dann meist im höheren Alter, durch bestimmte Umstände oder Krankheiten Entstehen (Balanitis, Diabetes mellitus). Die Phimose selber kann unterschiedlich ausgeprägt sein, als Indikation für eine Behandlung gilt sie, wenn die Miktion durch sie behindert wird. Die Indikation für eine Therapie sollte jedoch breit gestellt werden, da vermehrt Peniskarzinome auf dem Boden von Retentionsresten unter der Vorhaut bei mangelnder Reinigung auftreten.

„Die Behandlung der Phimose besteht am einfachsten in immer wiederholtem Dehnen der Vorhaut durch fortschreitendes Zurückstreifen über die Eichel, erforderlichenfalls unter Zuhilfenahme instrumentellen Dehnens durch eine gespreizte Kocher-Klemme, in Avertinbetäubung bei Kindern, Chloräthylrausch beim Erwachsenen. Nur wo länger fortgesetzte Dehnungsbehandlungen nicht zum Ziele führen, kommt die operative Behandlung in Betracht.“²⁹¹

²⁹¹ Garrè [u.a.]. 1942. S. 512.

Auch heute kann versucht werden, die Verengung durch Dehnen unter Zuhilfenahme von Salbenpräparaten zu lösen (Kortisonhaltige Salben), wenn dieses jedoch ohne Erfolg bleibt, ist die Beschneidung die Therapie der Wahl. Bei diesem, auch in Lokalanästhesie durchführbarem Eingriff, wird der zu enge Teil der Vorhaut reseziert (inkomplette Circumcision) bzw. die Vorhaut komplett entfernt.²⁹²

Die Therapie der Phimose bestand im Hauptlazarett Papenburg bei allen neun Patienten in einer Circumcision, einem vergleichsweise kleinem Eingriff. Dennoch zeigte sich bei Auswertung der Daten, dass die Liegedauer dieser Patienten bei durchschnittlich 49,8 Tagen lag.

Diese extreme Liegedauer rührt daher, dass zwei Strafgefangene außergewöhnlich lange mit dieser Diagnose im Krankenhaus Papenburg verbrachten. Dies waren zum einen der militärisch Strafgefangene Bruno N., welcher 73 Tage im Krankenhaus Papenburg behandelt wurde. Die Einweisung erfolgte aufgrund der Phimose, welche auch operativ versorgt wurde, der Patient litt aber während des Aufenthaltes zusätzlich unter einem Darmkatarrh, der wohl für diese lange Liegedauer verantwortlich gemacht werden muß. In einem weiteren Fall verblieb der ebenfalls militärisch Strafgefangene Karl-Heinz V. 245 Tage im Hauptlazarett Papenburg. Bei ihm findet sich die Zusatzbezeichnung eines Kalfaktors, so dass die eigentliche Liegedauer nicht eruierbar ist.

Ohne diese beiden „Sonderfälle“ läge die durchschnittliche Liegedauer der Patienten, die wegen einer Phimose im Krankenhaus Papenburg behandelt wurden, bei 14,7 Tagen.

Da der Großteil der an einer Phimose leidenden Strafgefangenen aufgrund militärischer Vergehen (Fahnenflucht und „Feigheit vor dem Feind“) in den Lagern interniert waren, waren diese Patienten mit 26,6 Jahren gegenüber den übrigen behandelten Patienten vergleichsweise jung.

²⁹² Vgl. Hirner, A. Weise, K. 2008. S. 859.

4.5.5 Sonstige urologische Erkrankungen

Wie schon eingangs zu diesem Kapitel erwähnt, habe ich unter dieser Bezeichnung der sonstigen urologischen Erkrankungen Krankheiten zusammengefasst, welche nur relativ selten in den Krankenakten des Hauptlazarettes zu finden waren. Zum einen handelt es sich hier um Häftlinge, die zur Beobachtung bei Verdacht auf verschiedene urologische Erkrankungen in das Krankenhaus eingeliefert wurden. Hierbei handelt es sich in den meisten Fällen um Patienten, bei denen ein Verdacht auf eine Nierenerkrankung vorlag (fünf Patienten mit Nierenbeschwerden bzw. „z.B. [zur Beobachtung] Nierenerkrankung), in einem Fall wurde eine Hodentorsion ausgeschlossen). Die Liegedauer dieser Patienten, die nur zur Beobachtung im Krankenhaus Papenburg verbrachten, lag bei durchschnittlich 25,3 Tagen, wobei sich auch hier bei einem Häftling der Zusatz „Kalfaktor“ findet, ohne diesen Strafgefangenen läge die Liegedauer bei 15,4 Tagen. Der Patient mit der Hodentorsion verblieb mit nur 3 Tagen vergleichsweise kurz in stationärer Behandlung, nachdem jedoch die akute Gefahr einer Torsion ausgeschlossen war, konnte er wieder arbeitsfähig entlassen werden. Die Patienten, bei denen eine Nierenerkrankung ausgeschlossen wurde, konnten arbeitsfähig entlassen werden mit Ausnahme eines Gefangenen, dieser wurde moorunfähig in das Lager zurückverlegt. Zu weiteren Gründen der Moorunfähigkeit findet sich keine Diagnose.

An weiteren Nierenerkrankungen waren noch Glomerulonephritiden zu verzeichnen, diese Diagnose stellte bei drei Strafgefangenen die Aufnahmediagnose in das Hauptlazarett dar. Hierbei handelt es sich um eine Erkrankung, die mit pathologischen Veränderungen der Niere (Schädigung der Nierenkapillaren und mikroskopisch-entzündliche Veränderungen des Nierenmarks) und Nierenfunktionsstörungen (vermehrte Ausscheidung von Eiweißen und Blutbestandteilen) einhergeht. Die Krankheit tritt idiopathisch oder auch als Folge anderer Krankheiten auf.

Diese drei Patienten verblieben 29, 35 und 39 Tage im Hauptlazarett Papenburg, einer dieser Patienten wurde moorunfähig nach auswärts verlegt, die anderen beiden wurden nach Behandlung im Hauptlazarett zur Weiterbehandlung in das Lagerrevier verlegt.

In zwei Fällen wurden Patienten aufgrund einer Schrumpfniere behandelt bzw. beobachtet, diese Krankheit benennt ein morphologisches Korrelat und stellt entweder den Endzustand einer Nierenerkrankung oder eine angeborene Fehlbildung der Niere dar, welche mit einem (teilweisen oder vollständigen) Funktionsverlust der betroffenen Niere einhergeht. Einer der Patienten wurde 14 Tage beobachtet und konnte nach 14 Tagen wieder arbeitsfähig in das Lager entlassen werden, der zweite Patient verstarb nach 2 Tagen.

Die Tuberkulose ist eine Erkrankung, die vornehmlich mit einer Lungenmanifestation einhergeht, es wurden jedoch auch zwei Häftlinge mit einer Hodentuberkulose und ein Patient mit einer Nierentuberkulose im Hauptlazarett behandelt. Bei den Patienten mit der Hodentuberkulose wurde ein operativer Eingriff vorgenommen (in einem Fall wird detailliert eine Entlastung durch eine Inzision angegeben, im zweiten Fall nur der Eintrag „OP“ in der Akte). Beide Patienten wurden in das Lagerrevier zurückverlegt, in einem Fall musste die Behandlung jedoch aus Platzmangel im Hauptlazarett nach 14 Tagen abgebrochen werden (1941), beim zweiten erfolgte eine vollständige Behandlung, welche 71 Tage dauerte (1943). Eine ausführliche Beschreibung der Krankheit und deren Therapie findet sich im Kapitel der Tuberkulose (Kap. 4.1.2).

Der Patient, welcher aufgrund einer Nierentuberkulose im Lazarett behandelt wurde, ist nach 47 Tagen Verweildauer in die Uniklinik Münster verlegt worden.

Zwei Strafgefangene, die unter *Nierensteinen* litten, wurden ebenfalls im Hauptlazarett Papenburg behandelt. Hierbei kommt es zu einem Auskristallisieren von Bestandteilen des Urins, welche sich in den ableitenden Harnwegen festsetzen und zu kolikartigen Beschwerden führen können (ähnlich denen der Gallensteine). Geht der Stein nicht spontan ab und persistiert die vollständige Verlegung des abführenden Systems, sind Sekundärerkrankungen der Niere möglich (bis hin zum vollständigen Funktionsverlust).

Die Behandlung erfolgte in diesen beiden Fällen konservativ (analgetisch und spasmolytisch, Spülung der Nieren durch Flüssigkeitszufuhr), die Patienten konnten nach relativ kurzer Verweildauer (fünf und zwölf Tagen) wieder in das Lager entlassen werden.

Fünf Patienten befanden sich aufgrund Erkrankungen der Hoden im Hauptlazarett Pappenburg. Drei dieser Patienten litten an einer „Hodenschwellung“ bzw. einer Hodengeschwulst, jedoch nur in einem Fall erfolgte eine Operation (dieser Strafgefangene war zu dem Zeitpunkt 30 Jahre alt, die beiden anderen waren mit 40 und 48 Jahren schon deutlich älter). Nach der Operation hatte diese Geschwulst sich als gutartig herausgestellt, der Patient konnte nach 14 Tagen entlassen werden. In den anderen beiden Fällen der „Hodenschwellung“ erfolgte eine Entlassung nach 10 und 50 Tagen.

In einem Fall wurde ein Patient aufgrund eines Leistenhodens in das Hauptlazarett aufgenommen (wohl zum Ausschluss eines Leistenbruches), der Patient wurde jedoch nicht operativ behandelt und nach zehn Tagen wieder arbeitsfähig entlassen.

Ein Strafgefangener wurde 27 Tage nach einer Hodenkontusion durch einen Unfall im Krankenhaus behandelt bzw. beobachtet, eine Operation erfolgte in diesem Falle nicht und der Patient konnte arbeitsfähig entlassen werden.

Außer den Erkrankungen durch eine Vorhautverengung (Phimose) traten noch vier weitere Krankheiten des Penis bzw. der Harnröhre auf, welche in den meisten Fällen auf Manipulationen bzw. Fremdeinwirkungen beruhten. Zu diesen gehört eine Selbstverstümmelung durch Beschädigung des Penis, wie im Falle des 49 jährigen Strafgefangenen Franz R. Dieser hatte eine Manipulation durch Einführen eines Gegenstandes in die Harnröhre vorgenommen mit dem Ziel, eine Selbstverstümmelung zu begehen und damit dem Lageralltag zu entfliehen. Der Patient hatte sich in der Art verletzt, dass er 38 Tage im Hauptlazarett behandelt werden musste. Anschließend erfolgte eine Verlegung in das Lagerrevier, er sollte jedoch nach Genesung zurück in die Mutteranstalt verlegt werden.

In einem weiteren Fall lag eine Verlegung der Harnröhre vor, hier findet sich jedoch kein Eintrag zu der Ursache oder inwiefern eine Manipulation im Sinne der Selbstbeschädigung besteht. Der Patient konnte nach sieben Tagen wieder entlassen werden.

Ein Patient war aufgrund von Blutungen aus der Harnröhre aufgenommen worden, in der Akte findet sich ebenfalls wie bei dem vorherigen Patienten kein Hinweis auf eine

Manipulation. Der Patient wurde 17 Tage behandelt, eine Ursache dieser Blutung ist ebenfalls nicht angegeben worden.

Ein Patient hatte nach einem Fluchtversuch (Mai 1938) Schussverletzungen im Bereich des Penis erlitten, er musste 53 Tage im Hauptlazarett behandelt werden und wurde schließlich moorunfähig auswärts weiterverlegt.

Ebenso wurden zwei weitere Patienten mit Schussverletzungen des Urogenitalsystems im Hauptlazarett behandelt (1936 und 1940), diese erlitten jedoch die Wunden im Bereich der Blase und der Niere, d.h. im Bereich des Bauchraumes. In einem Falle waren die Verletzungen so gravierend, dass der Häftling (ein 20jähriger Strafgefangener aus dem Lager Esterwegen) trotz operativen Eingriffs nach sechs Tagen seinen Verletzungen erlegen ist. Im anderen Fall mit Nierenverletzung und durchgeführter Operation konnte der Patient bereits nach elf Tagen wieder das Krankenhaus verlassen.

Ungewöhnlich erscheint die Diagnose dreier Strafgefangener, die sich in den Anfangsjahren der Emslandlager (1935 und 1936) in den Emslandlagern bzw. auch im Hauptlazarett Papenburg befanden. Die Diagnose lautete in diesen Fällen „Als Entmannter zwecks Untersuchung überwiesen“, „Entmannter“ und „Beobachtung nach Entmannung“. Hierbei handelte es sich offenbar um Strafgefangene, bei denen eine Kastration („Entmannung“) durchgeführt worden ist. Diese Kastrationen wurden z.T. zwangsweise, z.T. „freiwillig“ durchgeführt.

Grundlage dieser Maßnahmen war zum einen das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“, welches bereits am 24. November 1933, also knapp 10 Monate nach der Machtübernahme erlassen wurde. Hier heißt es im §42k:

„Das Gericht kann neben der Strafe anordnen, daß ein Mann, der zur Zeit der Entscheidung das einundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat, zu entmannen ist,

1. wenn er wegen eines Verbrechens der Nötigung zur Unzucht, der Schändung, der Unzucht mit Kindern oder der Notzucht (§§176 bis 178) oder wegen eines zur Erregung oder Befriedigung des Geschlechtstriebes begangenen Vergehens oder Verbrechens der öffentlichen Vornahme unzüchtiger Handlungen oder der Körperverletzung (§§183, 223 bis 226) zu Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten verurteilt wird, nachdem er schon einmal wegen einer solchen Tat zu Freiheitsstrafe rechtskräftig verurteilt worden ist, und die Gesamtwürdigung der Taten ergibt, daß er ein gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher ist;

2. wenn er wegen mindestens zwei derartiger Taten zu Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt wird und die Gesamtwürdigung der Taten ergibt, daß er ein gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher ist, auch wenn er früher wegen einer solchen Tat noch nicht verurteilt worden ist;
3. wenn er wegen eines zur Erregung oder Befriedigung des Geschlechtstriebes begangenen Mordes oder Totschlags (§§211 bis 215) verurteilt wird.

§20a Abs. 3 gilt entsprechend.

Eine ausländische Verurteilung steht einer inländischen gleich, wenn die geahndete Tat nach deutschem Recht ein Verbrechen oder Vergehen der im Abs. 1 genannten Art wäre.²⁹³

Neben dieser Form der Zwangskastration existierte die Form der „freiwilligen Entmannung“, Grundlage hier ist das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 26. Juni 1935:

„Eine Entfernung der Keimdrüsen darf beim Manne mit seiner Einwilligung auch dann vorgenommen werden, wenn sie nach amts- oder gerichtsärztlichem Gutachten erforderlich ist, um ihn von einem entarteten Geschlechtstrieb zu befreien, der die Begehung weiterer Verfehlungen im Sinne der §§ 175 bis 173, 183, 223 bis 226 des Strafgesetzbuchs befürchten läßt.“²⁹⁴

In diesem Gesetz ist die Rede von der freiwilligen Kastration, die „jederzeit widerrufbar“ sei, auch „sei es unzulässig, die Gewährung bedingter Strafaussetzung von der Einwilligung der Betroffenen zur Operation abhängig zu machen. In der Praxis legten Staatsanwälte, zuweilen auch Rechtsanwälte oder die zuständigen Anstaltsärzte, den Beschuldigten jedoch oft noch während der laufenden Strafverfahren nahe, einen

²⁹³ Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung. RGBI I. 24.11.1933. S. 997.

²⁹⁴ Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. RGBI I. 26.06.1935. S. 773. In der ursprünglichen Fassung des Gesetzes war eine „Entfernung der Keimdrüsen [...] nur dann zulässig, wenn eine Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernstesten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.“
RGBI I. 15.07.1933. S. 529.

Antrag auf ‚Entmannung‘ zu stellen, um, wenn nicht Strafaussetzung, so doch zumindest -milderung zu erreichen.“²⁹⁵

Im Hauptlazarett der Emslandlager selber wurden nach Lage der Akten keine Kastrationen an Strafgefangenen durchgeführt, jedoch fanden sich, wie eingangs erwähnt, Häftlinge zu einer Nachuntersuchung nach einer erfolgten Kastration ein.²⁹⁶ In welchem zeitlichen Zusammenhang die Entmannung zur Nachuntersuchung stand, geht aus den Akten des Krankenhauses nicht hervor.

Die Strafgefangenen, zwei Häftlinge im Alter von 36 und einer im Alter von 46 Jahren, stellten sich im Januar 1935 sowie im Februar und März 1936 im Hauptlazarett zu eben dieser „Untersuchung nach Entmannung“ vor. Die Verweildauer dieser Patienten war nur relativ kurz und lag zwischen vier und sieben Tagen. Anschließend wurden die Patienten in das Lager zurückverlegt (dies waren die Lager Aschendorfermoor und Neustrum, zu einem Häftling fand sich keine Angabe des Lagers).

Zusammenfassend lässt sich über die urologischen Erkrankungen sagen, dass sie mit 157 Krankheitsfällen (5,9% des Aktenbestandes) doch eher die Ausnahme bildeten. Die Hälfte der urologischen Erkrankungen bildeten Infektionen des Urogenitalen Systems, unter ihnen Krankheiten, welche zu den Geschlechtskrankheiten im Sinne des Gesetzes

²⁹⁵ Zur Nieden, S. „Entmannung“ Zum juristisch-medizinischen Umgang mit abweichendem Sexualverhalten im Nationalsozialismus. Zeitschrift für Geschichtswissenschaft. Heft 9. Berlin. 2005. S. 797f.

Hierzu vergleiche auch:

Jellonek, B. Homosexuelle unter dem Hakenkreuz. Die Verfolgung von Homosexuellen im Dritten Reich. Paderborn 1990. S. 140-171.

Sparing, Frank. Zwangskastration im Nationalsozialismus. Das Beispiel der Kriminalbiologischen Sammelstelle Köln. Juristische Zeitgeschichte Nordrhein Westfalen. Bd. 6. Kriminalbiologie. Düsseldorf. 1997.

²⁹⁶ Ab Mai 1934 wurden Nachkontrollen bei entmannten Strafgefangenen bindend. „Die zuständigen Ärzte der Strafanstalten sollten prüfen, ‚ob sich Depressionen, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, mißtrauische, traurige oder hypochondrische Auffassungen, Angst, Zwangszustände, sowie gewisse psychogene Reaktionen [oder] Konstitutionsveränderungen‘ bemerkbar machten. Ferner sollte geprüft werden, ‚nach welcher Richtung die libido sexualis [...] beeinflußt‘ werde. Hierbei sei darauf zu achten, ob verstärkt ‚Neigung zur Onanie sowie zu homosexuellen Handlungen‘ aufgetreten seien. Über die Ergebnisse wollte das Reichsjustizministerium regelmäßig unterrichtet werden. So wurden reichsweit acht kriminalbiologische Sammelstellen eingeführt, die per Erlass im Oktober 1936 zu einer reichseinheitlichen Auswertung der Kastrationsfolgen verpflichtet wurden.“

Zur Nieden, S. „Entmannung“ Zum juristisch-medizinischen Umgang mit abweichendem Sexualverhalten im Nationalsozialismus. Zeitschrift für Geschichtswissenschaft. Heft 9. Berlin. 2005. S. 798.

zählten. Hier zeigten sich unterschiedliche Häufigkeiten im Auftreten, welches u.a. mit der Struktur der Häftlingszusammensetzung korrelierte.

Die urologischen Erkrankungen, welche elektiv behandelt werden konnten (Hydrozelen und Varikozelen) gingen in den letzten Jahren des Bestehens der Emslandlager stetig zurück und wurden ab 1943 gar nicht mehr behandelt aufgrund des Platzmangels im Hauptlazarett.

4.6 HNO-Erkrankungen

In diesem Kapitel werden die Erkrankungen aus dem Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Bereich ausgewertet. Insgesamt wurden 75 Patienten aufgrund einer solchen Problematik im Hauptlazarett behandelt, der Anteil dieser Gefangenen in Bezug auf die Gesamtzahl der Behandelten ist mit 2,8% gering. Die Erkrankungen teilen sich in folgende Gruppen auf:

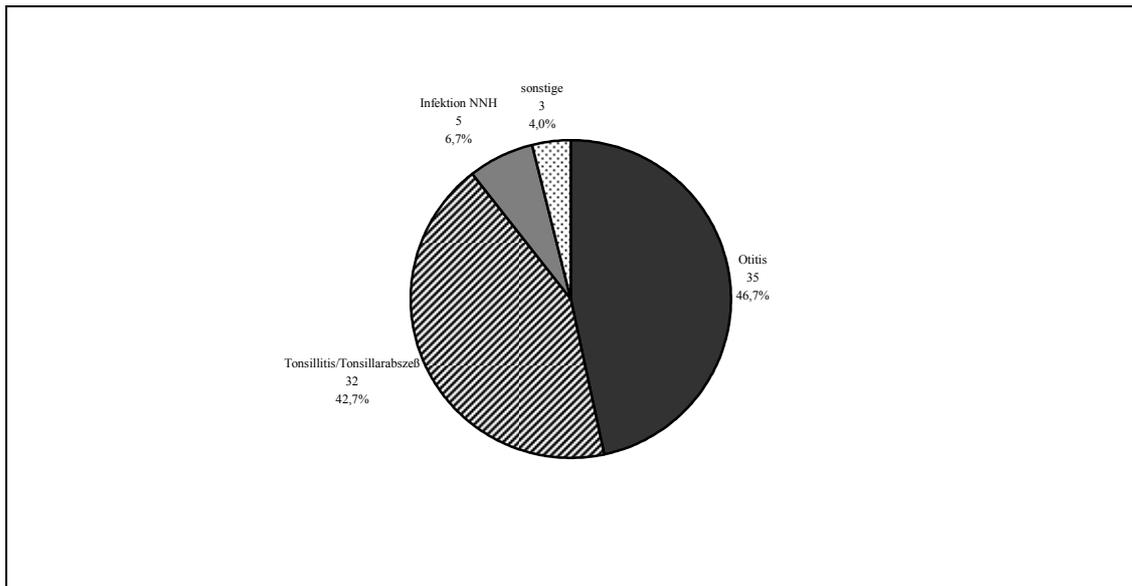


Abbildung 29: Differenzierungen der Erkrankungen HNO-Bereich

Den größten Anteil nehmen die Entzündungen des Ohres und des Mittelohres mit 35 Erkrankungen ein (46,7%); die zweite große Gruppe mit 32 Fällen (\cong 42,7%) wird gestellt durch Infektionen der Tonsillen, sei es die Tonsillitis (26 Fälle) oder der Tonsillarabszess (6 Fälle). Durch diese beiden großen Gruppen sind bereits 89,3% der HNO-ärztlichen Erkrankungen erfasst. Daneben wurden fünf Patienten (\cong 6,7%) aufgrund einer Infektion der Nasennebenhöhlen behandelt. Drei Erkrankungen habe ich unter „sonstige“ Erkrankungen zusammengefasst, es sind dies die Mastoiditis (2) und die Parotitis (1).

Otitis

Hier wird unterschieden zwischen einer Entzündung des äußeren Ohres (Otitis externa), welche sich auf Ohrmuschel und Gehörgang beschränkt, sowie der Otitis media und interna, welche eine Entzündung des Mittel- bzw. Innenohres bezeichnen.

Otitis externa:

Sie tritt zumeist unspezifisch auf (z.B. nach Mazeration des Gehörgangs durch Flüssigkeit, mechanischer oder chemischer Schädigung, Obturation des Gehörganges), dies führt zu einer Schädigung des schützenden Sekretfilms mit nachfolgender Austrocknung des Gehörganges und damit Anfälligkeit gegenüber Infektionen (bakteriell und viral).

Die Symptome dieser Erkrankung sind Ohrenscherzen, Begrenzung der entzündlichen Veränderungen auf das äußere Ohr und regionäre Lymphknoten, selten auch Hörstörungen (durch Verlegung des Gehörganges), Fieber und Abgeschlagenheit.

Die Therapie beschränkt sich auf Reinigung des Gehörganges, ggf. Spülungen und antibiotische Therapie. Wichtig ist der Ausschluss einer Otitis media. Komplikationen sind eine Fortleitung der Entzündung (Otitis media, Mastoiditis)

Otitis media:

Hier unterscheidet man zwischen der akuten Form und chronischen Formen. Die akute (bakterielle) Otitis media imponiert durch Ohrenscherzen, Fieber (bis 39-40°C), z.T. begleitet von Schüttelfrost. Zudem zeigt sich eine Schwerhörigkeit mit pulssynchronen Ohrgeräuschen. Nach einigen Tagen kann es zu einer Perforation des Trommelfells kommen mit Abfluss des eitrigen Exsudates. Hiernach kommt es meist zu einem Abklingen der akuten Beschwerden, der Ausfluss kann noch für einige Wochen bestehen, bis die Erkrankung völlig ausgeheilt ist.

Die Therapie besteht durch eine antibiotische Behandlung, ggf. kann eine Entlastung des Trommelfells (Parazentese) notwendig sein (wenn eine spontane Perforation ausbleibt oder unzureichenden Abfluss gewährt, bei anhaltendem hohem Fieber, bei Symptomen einer beginnenden Mastoiditis oder Hinweise auf ein weiteres Ausbreiten der Infektion).

Komplikationen sind auch hier eine Ausbreitung der Infektion bis hin zur Meningitis oder Sepsis. Zudem können, bei Schädigung des Mittel- oder Innenohres, Hör- oder Gleichgewichtsschäden resultieren. Auch kann die akute Mittelohrentzündung in die chronische Form übergehen.

Die chronische Form entwickelt sich häufig im Anschluss an Infekten der oberen Luftwege. Sie zeichnet sich aus durch ein Druckgefühl im Ohr, Gehörabnahme und Ohrgeräusche z.B. beim Gähnen, Schnäuzen oder Schlucken. Grund hierfür ist eine Flüssigkeitsansammlung im Mittelohr durch übermäßige Sekretion bzw. mangelnden Abfluss.

Die Therapie besteht in einer Sanierung des zugrunde liegenden Infektes, ggf. kann eine operative Tubenöffnung oder eine Paukendrainage notwendig sein. Eine Dauerheilung kann nur in einem Teil der Fälle erzielt werden.

In früheren Zeiten waren noch Bestrahlungen üblich (Röntgentiefenbestrahlung, Radiumeinlage), diese Therapieformen sind bei umstrittenen Effekt und möglichen kanzerogenen Spätfolgen jedoch wieder verlassen worden.²⁹⁷

Tonsillitis/Tonsillarabszess:

Die Tonsillitis (syn. Mandelentzündung, Angina tonsillaris) tritt in Erscheinung durch Schmerzen im Oropharynx, insbesondere Schluckschmerzen oder Ausstrahlung der Schmerzen in das Ohr. Zudem können Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und eine Schwellung der regionalen Lymphknoten auftreten. Die Mandeln sind rot, geschwollen und zum Teil auch belegt.

Auslöser sind zumeist β -hämolisierende Streptokokken, aber auch andere Bakterien und ebenfalls Viren können diese Erkrankung herbeiführen.

Die Therapie besteht durch eine analgetische und antibiotische Therapie, sowie in lokaler Schonung durch weiche oder flüssige Kost. Linderung bringen feuchte Halswickel oder Lutschen von Eis. Zumeist bilden sich die Beschwerden innerhalb einer Woche zurück. Bei häufigen Rezidiven kann eine Entfernung der Tonsillen (Tonsillektomie) indiziert sein.

Komplikationen können auftreten durch ein Fortschreiten der Entzündung bis hin zur Sepsis oder starkem Anschwellen des Rachens mit drohender Erstickung. Auch können Abszesse im Bereich der Tonsille auftreten, welche entweder konservativ (hochdosierte Antibiose) oder chirurgisch (Abszessentlastung mit ein oder zweizeitiger Tonsillektomie) angegangen werden können.

Differentialdiagnostisch sollten Krankheiten ausgeschlossen werden, welche klinisch wie eine Angina tonsillaris imponieren können, hierzu zählen u.a. die Tuberkulose, Lues im Stadium II, Leukämie, Diphtherie oder eine Scharlachangina (mit Folge des rheumatischen Fiebers).²⁹⁸

²⁹⁷ Vgl. Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 402.

Boenninghaus, H.-G., Lenarz, T. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Heidelberg. 2007. S. 78ff.

²⁹⁸ Vgl. Boenninghaus, H.-G., Lenarz, T. 2007. S. 222ff.

Entzündung der Nasennebenhöhlen (Sinusitis):

Hierunter werden die unterschiedlichen Entzündungsformen (akut bakteriell oder viral, chronisch) der verschiedenen Nasennebenhöhlen (Stirn-, Keilbein- und Kieferhöhle) zusammengefasst. Jede Nasennebenhöhle kann einzeln betroffen sein, jedoch können Infektionen auch mehrere oder alle Höhlen zusammen (Pansinusitis) betreffen. Je nach Erreger treten verschiedene Verlaufsformen auf, katarrhalisch oder eitrig.

Die Symptome sind dumpfe, druckartige Gesichts- und Kopfschmerzen, welche beim Husten, Bücken usw. zunehmen. Zudem besteht, insbesondere bei Entzündungen der vorderen Höhlen, Ausfluss aus der Nase (serös, mukös oder eitrig), im Rachen lassen sich manchmal Eiterstraßen nachweisen. Hinzu kommen Klopfschmerz über der betroffenen Höhle und ein Gefühl der „verstopften Nase“. Bei akuten Entzündungen können Abgeschlagenheit und Fieber (vor allem als Zeichen einer beginnenden Komplikation) auftreten.

Die Therapie besteht in Gabe von schleimhautabschwellenden Nasentropfen, Wärmeapplikation, Dampfbäder und Inhalationen. Die Beschwerden klingen meist rasch nach einer Woche ab, ansonsten können Spülungen oder eine antibiotische Therapie hilfreich sein. Bei chronischer Sinusitis können Antibiotika-Depots eingelegt werden oder eine operative Sanierung erwägt werden.

Komplikationen bestehen auch hier in Form der Ausbreitung der Entzündung, zum einen in die äußeren Weichteile (z.B. die Orbitalphlegmone, Abszesse), zum anderen, und weitaus gefährlicher, die intrakranielle Ausbreitung (z.B. Epidural oder Subduralabszess, Sinus-cavernosus-Thrombose, Meningitis). Auch können durch die Nasennebenhöhlen verlaufende Hirnnerven in Mitleidenschaft gezogen werden.²⁹⁹

Die **Mastoiditis** ist die häufigste Komplikation einer Mittelohrentzündung durch Ausbreitung der Erreger in das Warzenbein (Mastoid), kann jedoch auch infolge anderer Infektionen (Tuberkulose, Syphilis) entstehen.

Die Symptome sind zunehmende Ohrenscherzen (pulssynchron) mit Ausstrahlung in die Schläfe, Schwellung hinter dem Ohr mit Ohrausfluss und Hörstörungen sowie eine z.T. drastische Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit Fieber, häufig bei abklingender akuter Mittelohrentzündung.

Die Therapie der akuten Mastoiditis ist grundsätzlich chirurgisch (Mastoidektomie), begleitet durch eine antibiotische Therapie.³⁰⁰

Die **Parotitis (Ohrspeicheldrüsenentzündung)** tritt sowohl akut als auch chronisch in Erscheinung. Voraussetzung für eine akute, bakterielle Entzündung ist eine Abnahme der Speichelbildung. Weiter können dekompensierte

²⁹⁹ Vgl. Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 517.

Boenninghaus, H.-G., Lenarz, T. 2007. S. 177ff.

³⁰⁰ Vgl. Boenninghaus, H.-G., Lenarz, T. 2007. S. 81ff.

Stoffwechsellagen (Diabetes, Urämie oder früher häufig die postoperative Phase nach großen Eingriffen) die Ursache für solch eine Erkrankung sein. Die virale Entzündung der Parotis ist ebenfalls möglich (Parotitis epidemica, [Mumps oder „Ziegenpeter“]) und vor allem im Kindesalter häufig.

Die Krankheit zeigt sich in einer schmerzhaften Schwellung im Bereich der Ohrspeicheldrüse, die Haut kann gerötet sein, bei akuten Formen kann es zum Durchbruch durch die Haut oder in den Gehörgang kommen.

Therapeutisch ist eine hochdosierte Antibiotikagabe indiziert, bei Abszessbildung ggf. chirurgische Intervention.

Komplikationen sind wiederum eine Ausbreitung der Entzündung sowie eine Beteiligung des N. facialis.³⁰¹

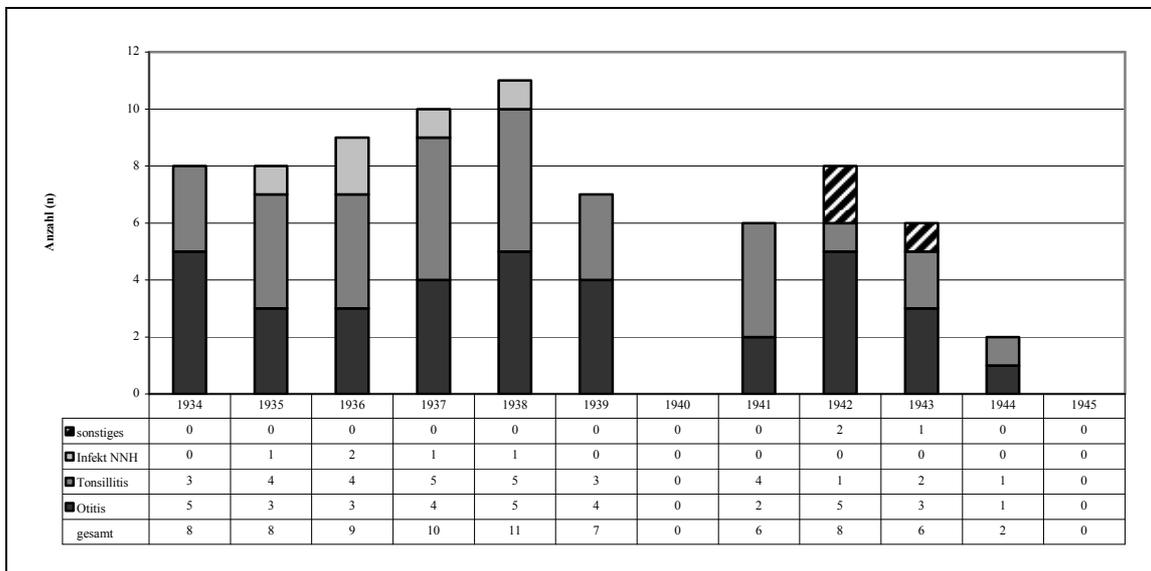


Abbildung 30: Inzidenz der HNO-Erkrankungen

Diese Abbildung 30 gibt eine Übersicht über das zeitliche Auftreten dieser oben in den HNO-ärztlichen Bereich gehörenden Krankheiten. Wie eingangs schon erwähnt dominierten die Erkrankungen an einer Otitis mit 35 Fällen (46,7%) und einer Tonsillitis bzw. eines Tonsillarabszesses (zusammen 32 Fälle \cong 42,7%). In diesem Diagramm zeigt sich, dass die Verteilung über die Jahre dieser beiden Krankheiten annähernd gleich ist, sie lag in den Jahren 1934-1938 für beide Krankheiten zwischen drei und fünf Fälle pro Jahre. Im Jahr 1940 war keine Erkrankung aus dem HNO-ärztlichen Gebiet dokumentiert. In den folgenden Jahren stiegen die Zahlen der beiden dominierenden Erkrankungen wieder an, erreichen jedoch insgesamt nicht mehr die Werte der

³⁰¹ Vgl. Ebd. S. 338f.

Vorkriegsjahre, zudem zeigt sich eine abnehmende Tendenz in der Fallzahl, so dass im Jahre 1944 lediglich zwei und 1945 kein Patient aufgrund einer HNO-ärztlichen Problematik stationär aufgenommen wurde.

Zu Infekten der Nasennebenhöhlen finden sich lediglich aus den Jahren 1935-1938 fünf Krankenberichte, in den Kriegsjahren sind derartige Erkrankungen nicht im Hauptlazarett Papenburg behandelt worden.

Ebenso waren Erkrankungen an einer Mastoiditis (2) und durch eine Parotitis (1) nur sporadisch aufgetreten bzw. stationär im Krankenhaus Papenburg therapiert worden.

Die Liegedauer der hier aufgeführten Krankheiten lag im Falle der Tonsillitis bzw. des Tonsillarabszesses in den Jahren 1934-1938 bei 14,9 Tagen, für die Jahre 1939-1945 mit 15,7 Tagen nur geringfügig höher. Es bestanden somit keine wesentlichen Schwankungen in der Aufenthaltsdauer über den gesamten Zeitraum von 1934 bis 1945.

Anders verhält es sich mit den Patienten, welche an einer Otitis erkrankt waren. Lag hier die Aufenthaltsdauer in den Vorkriegsjahren mit 15,1 Tagen ungefähr auf dem Niveau der Patienten, die an einer Tonsillitis erkrankt waren, so verdoppelte sich die durchschnittliche Verweildauer in den Jahren 1939-1945 auf 33,4 Tagen. Schaut man sich die Zahlen genauer an, so zeigt sich im Falle der Otitis, dass zwei Patienten in den Kriegsjahren mit 100 und 129 Tagen überdurchschnittlich lange im Hauptlazarett verbrachten. Im ersteren Fall bestand bei dem Häftling eine chronische Mittelohrentzündung, letztlich musste er aufgrund dessen moorunfähig entlassen werden. Im anderen Fall bestanden zusätzlich zu der Mittelohrentzündung eine Pneumonie und eine offene Lungentuberkulose, welche den Aufenthalt deutlich verlängerten. Dieser Patient konnte jedoch wieder moorfähig in das Lager zurückverlegt werden.

Die Patienten, die aufgrund einer Nasennebenhöhlenentzündung in das Hauptlazarett Papenburg eingewiesen wurden, verbrachten zwischen 3 und 58 Tagen in stationärer Behandlung (die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 36,8 Tagen).

Zwei Patienten wurden 20 und 26 Tage wegen einer Mastoiditis behandelt, ein Strafgefangener mit einer Parotitis lag 14 Tage im Hauptlazarett Papenburg.

Es zeigt sich auch wieder, insbesondere im Falle der Mittelohrentzündungen, dass in den Kriegsjahren lediglich die schwereren Fälle in das Hauptlazarett Papenburg verlegt wurden. So wurde bei den Otitiserkrankungen in den Jahren 1934-1938 lediglich ein Patient von 20 (\cong 5,0%) operiert, dagegen lag in den Jahren 1939-1945 der Anteil der operativ behandelten Patienten bei 86,7% (13 von 15).

Im Falle der Mandelentzündungen lag die relative Zahl der Eingriffe ebenfalls in den Jahren 1934-1938 mit 33,3% (7 von 21) niedriger als die der Jahre 1939-1945 mit 45,5% (5 von 11), jedoch ist die Diskrepanz nicht so deutlich wie in dem oben erörterten Fall der Otitiden.

Obwohl die Erkrankungen selber banal klingen (nahezu jeder wird bereits einmal unter einer Mittelohrentzündung oder Angina gelitten haben), so verstarben doch aufgrund dieser Krankheiten insgesamt vier Strafgefangene. Hierbei hatten die Grunderkrankungen (2x Otitis, 1x Sinusitis, 1x Tonsillitis) zu Komplikationen geführt (in Form einer Meningitis, eines Hirnabszesses oder einer Sinusvenenthrombose). In dem Fall der Tonsillitis war diese hervorgerufen durch eine Syphilis. Die Strafgefangenen verstarben jeweils nach sieben bis neun Tagen nach Einlieferung in das Hauptlazarett.

Erkrankungen im Bereich des HNO-ärztlichen Gebietes waren insgesamt relativ selten, in allen Fällen lagen entzündliche Erkrankungen vor. Die Liegedauer war in den Vorkriegsjahren vergleichsweise wenig (bei den Tonsillitiden) bzw. deutlich kürzer (bei den Otitiden) als in den Kriegsjahren selber. Im Zeitraum vom 1934-1938 war die relative Zahl der Eingriffe geringer als in den Jahren 1939-1945. Gleichzeitig ging die Zahl der stationär behandelten Strafgefangenen mit Erkrankungen aus dem HNO-ärztlichen Gebiet in den Kriegsjahren zurück, wobei auch hier wieder die Überfüllung des Lazarett die bedeutendste Rolle spielen dürfte. Dennoch ist es falsch, derartige Erkrankungen zu unterschätzen; sind sie in den meisten Fällen auch ambulant oder im Lagerlazarett behandelbar, so treten doch immer wieder Komplikationen auf, die trotz stationärer Behandlung nicht immer beherrschbar sind, was die vier Todesfälle belegen.

4.7 Augenerkrankungen

In den Krankenakten des Hauptlazarettes sind 23 Krankenakten von Strafgefangenen erhalten, die aufgrund Erkrankungen des Auges stationär behandelt wurden. Hierbei handelt es sich zum einen um Krankheiten, die idiopathisch auftraten (so z.B. Entzündungen), aber auch um Folgen von Unfällen oder Selbstverstümmelungsversuchen (soweit dieses dokumentiert wurde). Eine Übersicht über die Verteilung der Krankheiten gibt folgendes Diagramm:

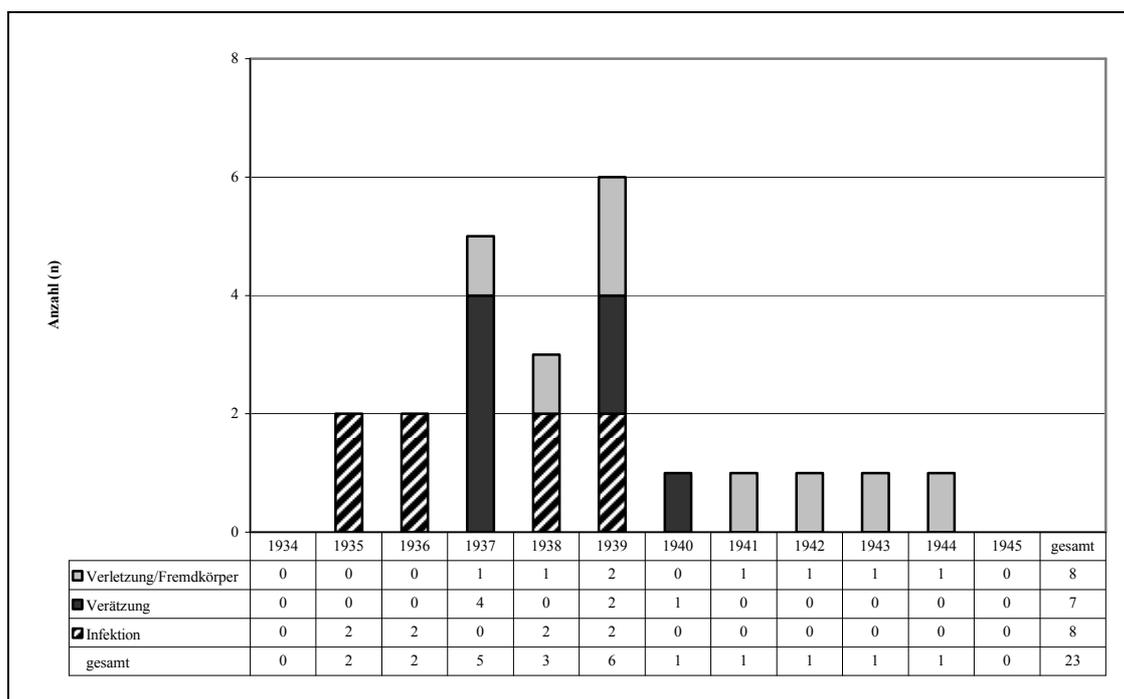


Abbildung 31: Inzidenz der Augenerkrankungen

Zum einen sind die 23 behandelten augenärztlichen Erkrankungen aufgeschlüsselt nach der Ursache, wodurch sichtbar wird, dass diese Gruppen mit etwa einem Drittel jeweils gleich stark vertreten sind. So wurden insgesamt acht Strafgefangene aufgrund von Unfallfolgen mit Verletzungen des Auges (4) oder einem Fremdkörper im Auge (ebenfalls 4) behandelt. In zwei Fällen derartiger Verletzungen erfolgte eine Operation, in einem Fall ist diese dezidiert mit „Enukleation“ in den Akten festgehalten worden. Auch ist aus diesem Diagramm zu erkennen, dass derartige Verletzungen, wenn auch sporadisch, nahezu über den gesamten Zeitraum auftraten, für die Jahre 1937 bis 1944 waren jedes Jahr ein bis zwei Patienten aufgrund einer derartigen Verletzung in

stationärer Behandlung. Dennoch ist diese, verglichen mit anderen Verletzungsmustern, als ein sehr seltenes Verletzungsmuster in Erscheinung getreten.

Auch war die Behandlungsdauer solcher Krankheiten relativ kurz, Patienten mit einem Fremdkörper im Auge konnten allesamt spätestens nach 5 Tagen entlassen werden, die mittlere Verweildauer lag bei 12,4 Tagen (zwei Häftlinge verblieben 38 Tage nach Augenverletzung in stationärer Behandlung).

Augenverletzungen in Form von Verätzungen wurden ebenfalls in sieben Fällen in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert. Diese werden jedoch getrennt von den oben beschriebenen Verletzungen betrachtet, da es sich in mindestens sechs Fällen um eine Form der Selbstverstümmelung handelt, indem Farbe eines Kopierstiftes³⁰² in das betroffene Auge gerieben wurde. Dieses fand in der Zeit der beiden Verstümmelungswellen (1937 und 1939-1941) statt. Allein in dem Jahr 1937 hatten sich 4 Häftlinge durch einen Kopierstift die Augen verätzt, im Jahr 1939 traten zwei und 1940 nochmals ein Fall einer derartigen Selbstbeschädigung auf. Dennoch war diese Form der Automutilation mit 7 von 164 insgesamt aufgetretenen Fällen ($\cong 4,3\%$) eher die Ausnahme. Zu den Hintergründen der Selbstverstümmelung siehe das gleichnamige Kapitel 5.

Die Behandlungsdauer war äußerst unterschiedlich und reichte von einem Tag (der Strafgefangene hatte einer notwendigen Operation nicht zugestimmt, so wurde er am folgenden Tag wieder in das Lager zurückverlegt) bis hin zu 84 Tagen. Die mittlere Aufenthaltsdauer dieser insgesamt sieben Patienten betrug 30,0 Tage. Einer dieser Patienten wurde moorunfähig verlegt.

Die dritte Gruppe der Augenerkrankungen bildet die der Infektionen. Aufgrund solcher einer Erkrankung wurden acht Patienten in das Hauptlazarett Papenburg verlegt. Diese

³⁰² Hierbei handelt es sich um ein bleistiftähnliches Schreibgerät, anstelle der Graphitmine ist jedoch eine Mine aus Teerfarbstoffen (Eosin, Phenolblau) eingelassen. Aufgrund dieser Inhaltsstoffe kann es bei Berührungen zu Verätzungen kommen. Früher wurden diese Stifte häufiger benutzt, da sie urkundenecht waren und die Schrift nur schwer wieder löscher war. Der Name Kopierstift rührt daher, daß man von Schriften eines Kopierstiftes durch Auflegen von feuchtem Papier Kopien erhält. Dadurch, daß heute zu Unterschriften von Urkunden und Dokumenten auch Kugelschreiber zugelassen sind, wurde der Kopierstift weitestgehend verdrängt.

Vgl. auch: Meyers Großes Konversationslexikon. Dritter Band. Leipzig/Wien. 1904. S. 50.
Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. Online im Internet:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Kopierstift> (Stand: 23.10.2012)

Entzündungen lokal auf das Auge begrenzte Erkrankungen wie Lid- und Bindehautentzündungen (Blepharitis, Konjunktivitis; vier Fälle), Entzündungen der Augenhornhaut (Keratitis; zwei Erkrankungen), diese z.T. kombiniert mit einer Infektion der Regenbogenhaut (Iritis, diese ist bei drei Patienten beschrieben worden, in einem Fall in Kombination mit der Keratitis).

Die Ursache der Lid- oder Bindehautentzündung sind mannigfaltig. So sind unspezifische äußere Reize wie Wind, Kälte und Staub/Sand mögliche Ursachen einer Konjunktivitis, welche zwar äußerst unangenehm, aber dennoch zumeist harmlos ist. Letztlich ist aber auch bei Komplikationen eine Erblindung möglich. Die Therapie ist symptomatisch, in schwereren Fällen erfolgt eine antibiotische Behandlung.³⁰³

So müssen diese Fälle, die im Hauptlazarett Papenburg behandelt wurden, recht schwierig gewesen sein, da die durchschnittliche Liegedauer der Patienten mit einer Konjunktivitis/Blepharitis bei 59,8 Tagen lag und von 5 bis zu 101 Tagen reichte. Auch wurden zwei dieser vier Patienten als moorunfähig entlassen. Ansonsten wäre wohl kaum eine stationäre Aufnahme der Strafgefangenen in das Hauptlazarett zu rechtfertigen.

Weiter wurden zwei Fälle einer Keratitis profunda im Hauptlazarett Papenburg behandelt, einer Entzündung der Cornea des Auges, wie sie z.B. infolge von Lueserkrankungen auftreten kann (als Keratitis parenchymatosa). In solch einem Fall ist sie häufig begleitet von einer Iritis, wie es bei zwei Patienten der Fall war. Bei der Iritis handelt es sich um eine Entzündung der Regenbogenhaut. Die Symptomatik ist unspezifisch (Visusverschlechterung, Schleiersehen, gerötetes Auge und Schmerzen). Die Ursache kann rein okkular sein, häufig ist diese Erkrankung jedoch nur ein Symptom für systemische Erkrankungen (z.B. aus dem rheumatischen Formenkreis wie bei M. Reiter oder M. Behçet, aber auch Erkrankungen an Toxoplasmose oder Lues).³⁰⁴

Diese vier Patienten befanden sich z.T. recht lange im Hauptlazarett Papenburg, die Liegedauer betrug zwischen 9 und 166 Tagen. Alle vier Patienten sind moorunfähig aus dem Hauptlazarett entlassen worden, zu weiteren Diagnosen (wie z.B. Syphilis oder rheumatische Erkrankungen) findet sich jedoch kein Hinweis.

³⁰³ Vgl. Sachsenweger, M. Augenheilkunde. Stuttgart. 2003. S. 79ff.

³⁰⁴ Vgl. Ebd. S. 182ff.

Auffällig ist jedoch, dass alle Patienten, die unter entzündlichen Erkrankungen des Auges litten, sei es an einer Keratitis/Iritis oder auch an der Konjunktivitis, im Zeitraum von 1934-1939 aufgenommen wurden. Im Zeitraum ab einschließlich 1940 fand sich kein Patient mehr, der aufgrund einer Augeninfektion aufgenommen wurde.

Augenerkrankungen stellten im Hauptlazarett Papenburg mit nur 23 Fällen eine Ausnahme dar. Sie beruhten je zu einem Drittel auf Unfälle, Selbstverstümmelungen oder traten idiopathisch (mit dem Ausdruck einer Entzündung des Auges) auf. Diese Entzündungen des Auges fanden sich jedoch nur im Zeitraum von 1934-1939, später war für solch „banale“ Erkrankungen aufgrund des Bettenmangels ein Platz mehr für die stationäre Behandlung dieser Patienten. Verätzungen des Auges traten nur in den Jahren der in den Lagern bestehenden Selbstverstümmelungswellen auf.

Entsprechend der Ursache und des Verlaufs der jeweiligen Krankheit weist die Liegedauer der Patienten eine enorm große Spanne auf. Letztlich wurden 7 der 23 aufgrund einer Augenerkrankung behandelten Patienten moorunfähig aus dem Hauptlazarett Papenburg entlassen.

4.8 onkologische Erkrankungen

In diesem Kapitel geht es um die statistische Auswertung der in den Hauptlazarett Papenburg behandelten malignen Neoplasien.

Neoplasien: Bei diesen Krankheiten handelt es sich um eine Entartung von Zellen in dem Sinne, dass sie sich körpereigenen Regulationsmechanismen entziehen und somit „zu unkontrolliertem Wachstum, fehlender Differenzierung, lokaler Gewebeinvasion und häufig zu Metastasierung“ führen.³⁰⁵ Die Ursache dieser Entartung liegt auf genetischer Ebene. Jede Zelle des Körpers kann betroffen sein, somit auch jedes Organ bzw. Organsystem.

Letztlich können maligne Entartungen in jedem Alter auftreten, viele Krebskrankheiten haben ihren Altersgipfel in verschiedenen Lebensabschnitten (z.B. die akute lymphatische Leukämie im Alter von 0-10 Jahren), die meisten malignen Erkrankungen sind aber vornehmlich Erkrankungen des höheren Alters („In den USA verdoppelt sich ab dem 25. Lebensjahr die Inzidenz alle 5 Jahre“).³⁰⁶ Viele Neoplasien haben somit ihren Altersgipfel zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr. So waren die Erkrankungen durch eine Neoplasie im Jahre 2004 wiederum die zweithäufigste Todesursache (nach den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems), „bei nahezu jedem vierten Sterbefall (25,6%) wurde eine Neubildung [...] als Todesursache festgestellt.“³⁰⁷

Jedoch auch andere, z.T. noch nicht bekannte Umstände, können zu einer Krebserkrankung führen (so zeigen bestimmte malignen Erkrankungen geographische Unterschiede in der Häufung, die familiäre Belastung spielt eine Rolle usw.).

Die grobe Unterscheidung der malignen Erkrankungen erfolgt nach dem Ursprungsgewebe (maligne epitheliale Tumore = Karzinome; maligne mesenchymale Tumore = Sarkome), es existieren jedoch mannigfaltige histologische Unterformen.

Die Therapie richtet sich nach Lokalisation und histologischer Differenzierung des Tumors; hier kommen chirurgische, chemotherapeutische und radiologische Maßnahmen (auch in Kombinationen untereinander) in Betracht, wobei diese nur die häufigsten Therapieformen darstellen.

Auch zur damaligen Zeit existieren bereits mehrere Therapieformen der bösartigen Erkrankungen; soweit möglich versuchte man, den Tumor chirurgisch anzugehen und vollständig zu entfernen (z.B. beim Darmtumor). Auch wurden schon Bestrahlungen durchgeführt (z.B. Röntgenbestrahlung von Milz und Knochen bei chronischen Leukämien, die Behandlungen konnten „unterstützend“ durch Arsenpräparate ergänzt

³⁰⁵ MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. MSD Sharp&Dohme GmbH (Hrsg). München. 2007. Online im Internet: <http://www.msd.de/msdmanual/secure/home.html> (Stand: 23.10.2012)

³⁰⁶ Ebd.

³⁰⁷ Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen. Todesursachen in Deutschland 2004. Wiesbaden. 2005. S. 4.

werden; hier zeigt sich dann in Ansätzen die Kombination einer Radio-Chemotherapie).

In vielen Fällen war die Therapie aber auch nur symptomatisch (z.B. Bluttransfusionen bei Anämie) oder palliativ.³⁰⁸

Unter den Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg finden sich 15 Akten von Patienten, bei denen eine maligne Erkrankung diagnostiziert wurde. Da es sich, wie schon eingangs erwähnt, bei den Tumorerkrankungen zumeist um Krankheiten handelt, deren Inzidenz mit zunehmenden Lebensalter steigt, liegt das durchschnittliche Alter dieser 15 Patienten mit 41,2 Jahren signifikant über dem aus dem Gesamtbestand ermitteltem Altersdurchschnitt (31,9 Jahre), wobei die Altersspanne bei den Häftlingen, welche an einer Neoplasie erkrankten, von 23 Jahren bis hin zu 50 Jahren reicht.

Folgende malignen Erkrankungen sind im Hauptlazarett behandelt worden:

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Tumore des Rektums | 5 Fälle |
| Tumore des Magens | 4 Fälle |
| Tumore der Lunge | 2 Fälle |
| Spindelzelltumore | 3 Fälle ³⁰⁹ |
| Plattenepithel-Ca. des Kiefers | 1 Fall. |

Maligne Entartungen des blutbildenden oder lymphatischen Systems waren nicht aufgetreten bzw. nicht diagnostiziert oder im Krankenhaus Papenburg behandelt worden. Bei der Auswertung der Krankenakten in Bezug auf maligne Erkrankungen fiel auf, dass die Krankheiten gehäuft in den Vorkriegsjahren auftraten. So wurden von 1935 bis 1939 einschließlich 11 der 15 Patienten aufgrund ihrer Erkrankung behandelt. In den folgenden Jahren 1940-1945 wurden lediglich vier Patienten mit einer Tumorerkrankung aufgenommen, wobei sich diese in den Jahren 1940-1942 in Behandlung befanden. Für die Jahre 1943 bis 1945 ist kein Fall einer onkologischen Erkrankung im Hauptlazarett dokumentiert.

³⁰⁸ Vgl. Wolf, H. J. 1941. S. 220.

³⁰⁹ ein Patient, der 38 jährige Strafgefangene Wilhelms P., wurde aufgrund seiner Tumorerkrankung zweimal im Hauptlazarett Papenburg behandelt.

Die häufigste behandelte Tumorerkrankung ist das Rektumkarzinom mit fünf Fällen, wobei lediglich ein Patient operativ versorgt wurde, der 23 jährige Strafgefängene Alois Z.; er wurden am 22.02.1941 aufgrund seiner Krankheit in das Krankenhaus aufgenommen. Bei ihm sind jedoch postoperativ Komplikationen in Form von Wundheilungsstörungen und Infektionen aufgetreten, so dass er nach einem langwierigen Aufenthalt am 04.03.1942 seiner Erkrankung erlag.

Die übrigen vier Patienten wurden zwischen 2 und 22 Tagen im Hauptlazarett Papenburg behandelt bzw. Untersuchungen unterzogen, welche die Diagnose eines Rektumtumors ergaben. Einer dieser Patienten, der 51 jährige Strafgefängene Wilhelm B., wurde sogar zweimal aufgrund der gleichen Symptomatik (Darmblutungen) aufgenommen, zum ersten mal vom 11.10.1937 bis zum 28.10.1937, hier wurde der Verdacht auf eine Colitis geäußert. Nachdem die Blutungen nicht wieder auftraten, wurde er im freien Intervall arbeitsfähig entlassen. Jedoch führte die gleiche Symptomatik am 23.11.1937 erneut zu einer Aufnahme ins Hauptlazarett. Hier wurde dann die Diagnose eines Mastdarmkarzinoms gestellt und der Patient am 07.12.1937 moorunfähig entlassen.

Vier Patienten wurden aufgrund eines Magenkarzinoms behandelt. Drei von diesen sind operativ versorgt worden. Dennoch verstarben von den vier Strafgefängenen, die unter einem Magenkarzinom litten, drei infolge ihrer Erkrankung. Die Verweildauer dieser drei Patienten betrug zwischen sieben und elf Tagen; die Erkrankung muß also schon weit fortgeschritten sein oder die Patienten waren zu schwach, um diesen doch ausgedehnten Eingriff zu überstehen (einer dieser Patienten verstarb ohne einen operativen Eingriff nach elf Tagen). Lediglich ein Patient konnte nach 31 Tagen aus dem Hauptlazarett entlassen werden, wobei sich der Zusatz „haftunfähig“ in der Akte findet. Der Gesundheitszustand dieses Patienten war also so schlecht, dass er nicht nur für moorunfähig befunden wurde, sondern dass für ihn selbst eine Unterbringung oder Verlegung in eine andere Haftanstalt aus medizinischer Sicht nicht in Frage kam.

Zwei Patienten wurden in das Marienkrankenhaus Papenburg eingeliefert, die unter einem Lungenkarzinom litten. Einer dieser Patienten verstarb bereits am

darauffolgenden Tag an seiner Erkrankung; der zweite wurde 156 Tage im Hauptlazarett behandelt, bevor er am 07.06.1938 moorunfähig entlassen wurde. Die Therapie war rein konservativ.

Ebenfalls zwei Patienten wurden aufgrund eines Spindelzellsarkoms behandelt, wobei ein Patient zweimal wegen dieser Erkrankung eine stationäre Behandlung im Hauptlazarett Papenburg in Anspruch nehmen musste. Bei dem Spindelzellsarkom handelt es sich um einen malignen Weichteiltumor, der vom Knochen, Muskel, Fett oder Bindegewebe ausgehen kann; das genauer Ursprungsgewebe kann aufgrund der Entdifferenzierung nicht mehr ausgemacht werden, histomorphologisch werden in diesem Tumor vorwiegend sog. Spindelzellen gefunden.

Ein Patient wurde zum ersten Mal am 23.02.1939 aufgenommen, der Tumor wurde operativ entfernt und der Patient wurde nach 21 Tagen (am 15.03.1939) aufgrund Platzmangels in das zuständige Lagerrevier verlegt. Bereits nach knapp 2 Monaten musste er jedoch erneut aufgenommen werden, diesmal betrug die Aufenthaltsdauer 24 Tage, wobei keine operative Revision vorgenommen wurde, sondern lediglich eine Bestrahlung.³¹⁰

Auch bei dem zweiten Patienten wurde keine Operation durchgeführt (obwohl diese dringend empfohlen wurde), sondern lediglich eine konservative Behandlung. Im Falle dieses Patienten betrug die stationäre Behandlungsdauer 78 Tage, beiden Strafgefangenen wurden nach der Behandlung Moorunfähigkeit attestiert.

Bei einem Strafgefangenen wurde 1937 ein Plattenepithelkarzinoms des Kiefers diagnostiziert, er wurde nach neun Tagen Aufenthaltsdauer im Hauptlazarett nach Sicherung der Diagnose moorunfähig entlassen.

³¹⁰ Garrè beschreibt in seinem Lehrbuch, daß diese Form der Weichteiltumoren „trotz gründlicher Ausrottung leicht rückfällig“ werden. So muß „nach der Operation, die bei jedem operablen Sarkom ausgeführt werden muß, planmäßige Tiefenbestrahlung“ erfolgen. Garrè [u.a.]. 1942. S. 622f.

Die malignen Erkrankungen stellten im Hauptlazarett Papenburg eine Rarität dar, die Patienten wurden aufgrund verschiedenster Symptome im Hauptlazarett aufgenommen, hier wurde dann die Diagnose eines malignen Prozesses gestellt. Oft beschränkte sich der Aufenthalt auf die Diagnosestellung bzw. eine symptomatische Therapie, um dann den Patienten moorunfähig weiterzuverlegen zur endgültigen Therapie (geschah oftmals bei der Diagnose eines Rektumkarzinoms). In einigen Fällen wurde jedoch versucht, den Tumor kurativ anzugehen (insbesondere im Falle des Magenkarzinoms), jedoch waren die Tumorerkrankungen hier schon soweit fortgeschritten oder der Gesundheitszustand der Patienten so schlecht, dass diese Erkrankung mit einer hohen Letalität einherging.

Es ist davon auszugehen, dass sämtliche Tumoren, die im Hauptlazarett Papenburg diagnostiziert wurden, sich bereits in einem fortgeschrittenem Stadium befanden, da die meisten Neoplasien über einen längeren Zeitraum heranwachsen, ohne dass der Patient selber Anzeichen seiner Erkrankung bemerkt und die Tumoren erst in späteren Stadien symptomatisch werden (z.B. Blutbeimengungen im Stuhl oder Auswurf), dann aber schon oft eine kurative Therapie nicht mehr oder nur durch ausgedehnte Eingriffe möglich ist, die selber nicht ungefährlich sind. Zudem war der Allgemeinzustand der Patienten durch die mangelhafte Ernährung und die widrigen Lebensumstände äußerst schlecht.

Umso wichtiger erscheinen in der heutigen Zeit die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung maligner Erkrankungen. Nicht zuletzt dadurch und die deutlichen Fortschritte in der Therapie sind die Überlebensraten nach Tumorerkrankungen deutlich gestiegen und die Diagnose „Krebs“ geht heute nicht mehr mit einer infausten Prognose einher, wie es damals noch häufig der Fall war.

4.9 Erkrankungen infolge äußerer Einflüsse

In diesem Kapitel geht es um Erkrankungen, die durch äußere Faktoren hervorgerufen werden. Hierzu gehören in erster Linie Verletzungen durch Gewalteinwirkungen. An vorderster Stelle sind hier Verletzungen infolge von Unfällen zu nennen, die im Hauptlazarett behandelt wurden.

Weiter gehören auch Verletzungen durch Misshandlungen, sei es durch Wachmannschaften, sei es durch Mithäftlinge, in diese Gruppe.

Einen Teil dieses Kapitels sollen Schussverletzungen einnehmen, insbesondere solche Verletzungen, die Strafgefangene sich in Fluchtversuchen zugezogen hatten und diesen Versuch z.T. mit dem Leben bezahlen mussten. Es existieren jedoch auch Schussverletzungen, die aufgrund eines „Unfalls“ entstanden und solche, die bei „feindlichen [Luft]Angriffen“ auf die Lager entstanden.

Letztlich werden auch solche Erkrankungen beschrieben, die durch äußere Einflüsse hervorgerufen wurden, ohne dass direkte Gewalteinwirkungen erfolgten. Zu diesen gehören Erfrierungen und Verbrennungen oder Verätzungen (auch z.T. als Akt der Selbstbeschädigung).

Es wird zunächst auf die Verletzungsmuster allgemein eingegangen (Frakturen, Kontusionen usw.), unabhängig von deren Ursache. In weiteren Unterkapiteln werden dann die Verletzungen im Zusammenhang mit deren Ätiologie betrachtet.

Im Hauptlazarett Papenburg wurden insgesamt 367 Patienten behandelt, die Verletzung infolge Gewalteinwirkungen davontrugen. Weiter litten 5 Patienten an den Folgen von Erfrierungen und Verbrennungen sowie Verätzungen. Eine Übersicht über die Häufigkeiten der zusammen 372 Verletzungen, gleich welcher Ätiologie, gibt das folgende Diagramm:

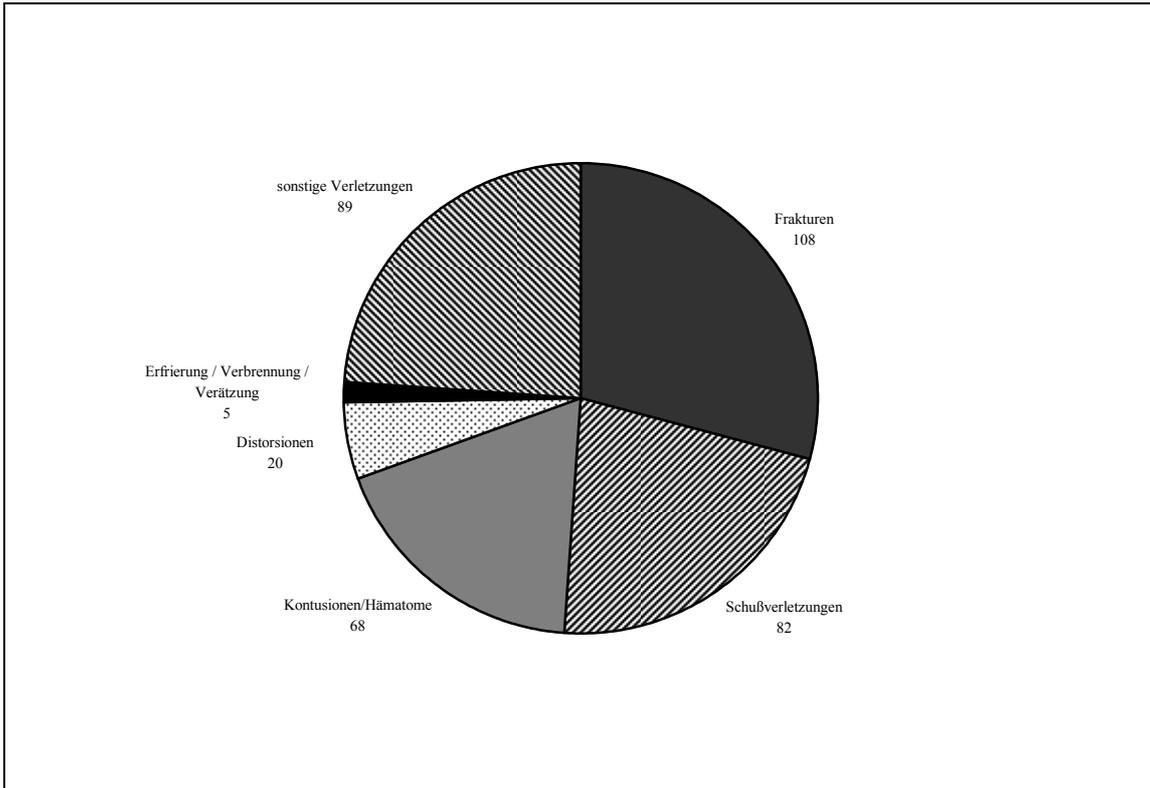


Abbildung 32: Erkrankungen/Verletzungen infolge äußerer Einflüsse

Die häufigste Verletzung durch äußere Einflüsse bzw. äußere Gewalt stellten die Frakturen mit 108 Fällen dar ($\cong 29,0$). Es folgten bereits an zweiter Stelle Schussverletzungen (82 Häftlinge $\cong 22,0$), welche in den meisten Fällen aus (gescheiterten) Fluchtversuchen resultierten. Erst dann schlossen sich Kontusionen bzw. Prellungen und deren Folgen, Hämatome, mit insgesamt 68 Erkrankungen (18,3%) an. Distorsionen und Luxationen machten mit 20 Erkrankungen einen Anteil von 5,4% aus.

Schäden durch Erfrierungen (2), Verbrennungen (2) und Verätzungen (1) waren relativ selten (1,3%), wurden jedoch aus den sonstigen Verletzungen ausgenommen, da diese nicht auf eine unmittelbare Gewalteinwirkung beruhen.

Unter sonstigen Verletzungen sind Läsionen zusammengefasst, die sich nicht in die o.g. Kategorien der Verletzungsmuster einordnen ließen, in den meisten Fällen sind dies ebenfalls Unfallfolgen, welche mit Haut- und Weichteildefekten (Schnitt-, Riss- und Quetschwunden der Haut, z.T. unter Mitbeteiligung tieferliegender Strukturen wie Muskeln und Sehnen, bis hin zu Amputationen und Zerquetschungen von Gliedmaßen) einhergingen, zum Teil aber auch Folge von Selbstbeschädigungen darstellten. Ferner

fielen Verletzungen durch Fremdkörper (ausgenommen Verschlucken von Fremdkörpern, siehe hier die Kapitel der gastrointestinalen Erkrankungen (Kap. 4.2.3.2) und das der Selbstverstümmelungen (Kap. 5.) mit in diese Kategorie. Zusammen stellen diese 89 Fällen einen Anteil von 23,9%.

Dieses Diagramm zeigt das Auftreten der verschiedenen Verletzungsmuster im Verlauf des Bestehens der Emslandlager.

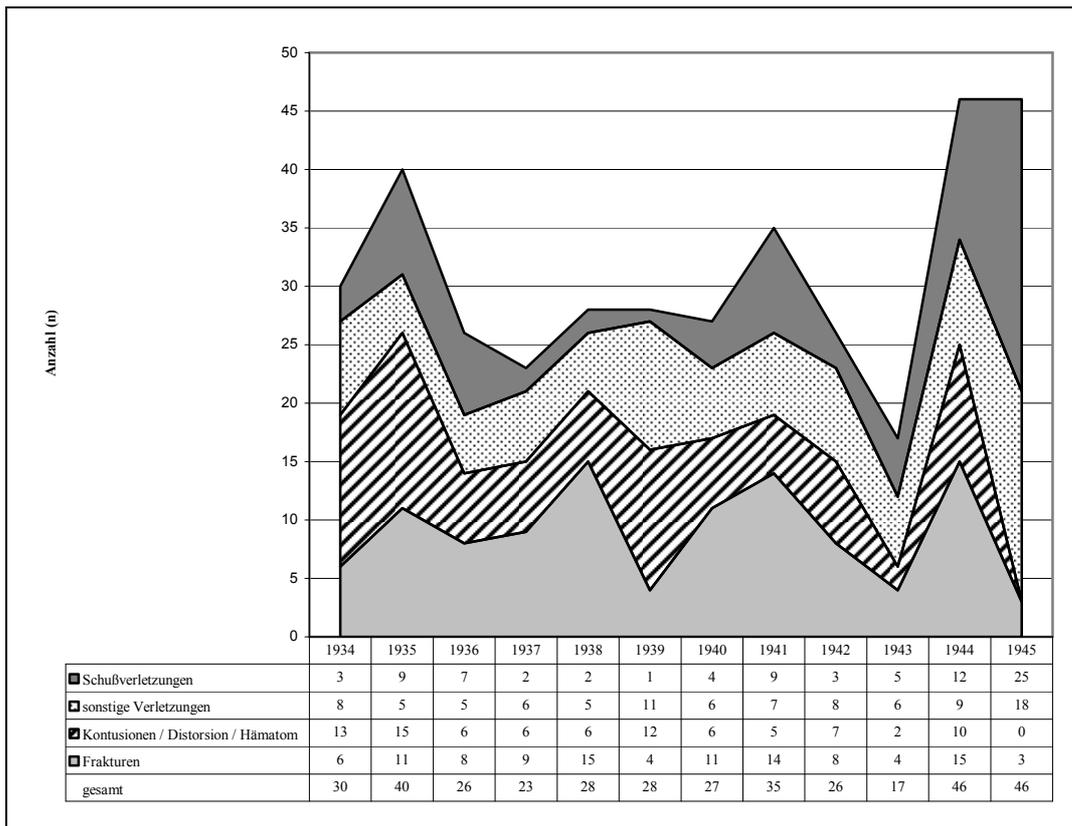


Abbildung 33: Inzidenz der Verletzungen durch äußere Gewalt

Aufgelistet ist hier zum einen die Fallzahl pro Jahr der jeweiligen Verletzungen; die Flächen des Diagramms sind wiederum gestapelt, so dass sich anhand der Grafik auch die jährliche Gesamtfallzahl an Verletzungen durch Gewalteinwirkungen ablesen lässt. So lag die Zahl der Verletzungen im Jahre 1934 bei insgesamt 30 Fällen, wobei der größte Anteil hier die Kontusionen bzw. Prellungen ausmachten (43,3%). Frakturen waren mit 6 Fällen (20,0%) relativ gering, ebenso die Zahl der Schussverletzungen (3 Fälle, \cong 10,0%).

1935 kam es zu einem Anstieg der Gesamtfallzahl auf 40 für dieses Jahr (die zweithöchste Zahl derartiger Erkrankungen, ausgenommen die Jahre 1944 und 1945), den größten Teil machten immer noch die Verletzungen durch Kontusionen und Prellungen aus (15 Fälle \cong 37,5%), jedoch stieg die Zahl der Schussverletzungen von drei auf neun Fälle (eine Verdreifachung der Fallzahl und mehr als eine Verdoppelung des relativen Anteils der Verletzungsfälle mit 22,5%).

In den kommenden Jahren (1936 – 1942) pendelte sich die Zahl der durch Gewalteinwirkung verletzten Häftlinge auf Zahlen zwischen 23 (1943) und 35 (1941) ein. Beachtenswert in diesem Zeitraum ist der zunächst langsame Rückgang der Schussverletzungen (1936 noch 7 Fälle =26,9%, dann Rückgang zwischen 1 und 2 Fälle bis zum Jahre 1939). Dann kam es jedoch wieder zu einem Anstieg derartiger Verletzungen (1940 4 Fälle \cong 14,8%) bis hin zum Jahr 1941, in dem 9 Patienten von 35 (25,7%) aufgrund Schussverletzungen behandelt wurden.

Im Jahr 1943 wurden relativ wenige Patienten (17) aufgrund von Verletzungen behandelt, auch die absolute Fallzahl der Schussverletzungen war mit 5 Strafgefangenen relativ gering; dennoch machten diese Verletzungsfolgen in diesem Jahr 29,4% der Krankheitsfälle aus.

Die Jahre 1944 und 1945 stellten eine deutliche Ausnahme dar. Zum einen stieg die Zahl der Schussverletzungen auf 12 (1944; 26,1%) und 25 (1945; 54,4%), zum anderen stieg die Gesamtfallzahl der Verletzungen von 17 (1943) auf jeweils 46 für die Jahre 1944 und 1945. Für das Jahr 1945 betrug der relative Anteil der Verletzungen in Bezug auf die Gesamterkrankungen für das Jahr (65) sogar 70,8%.

Der Grund für die massiv erhöhte Fallzahl in den letzten beiden Jahren dürften wohl die Angriffe der Alliierten auf die Emslandlager sein, allein deswegen wurden in den Jahren 1944 und 1945 zusammen 45 Patienten behandelt.

Im Weiteren möchte ich zunächst kurz auf die verschiedenen Formen der Verletzungen eingehen und deren Behandlung, um dann auf die Ursache der Verletzungen zu kommen.

4.9.1 Frakturen (Brüche des Knochens)

Definition: Eine Fraktur ist „eine Kontinuitätsunterbrechung des Knochens unter Bildung von Fragmenten (Bruchstücken)“³¹¹ Der Knochen ist bis zu einem gewissen Grade elastisch, wird diese Grenze durch Gewalteinwirkungen (direkt durch Schlag oder Stoß oder indirekt durch Hebelwirkung) überschritten, so kommt es zum Bruch. Abhängig von der Art der Gewalteinwirkung (Stärke, Fläche, Dauer) entstehen unterschiedliche Bruchformen, z.T. mit verschiedenen Fehlstellungen (Längs-, Schräg-, Spiral- oder Querbruch, Mehrfragmentbrüche bis hin zum Trümmerbruch; Dislokation sind in allen drei Ebenen möglich).

Neben diesen typischen Ursachen existieren noch Sonderformen von Brüchen, zum einen der Ermüdungsbruch ohne adäquates Trauma (Schwächung des Knochens durch wiederholte Mikrotraumen, z.B. Frakturen im Fußbereich nach langen Märschen); zum anderen die pathologische Fraktur (Schwächung des Knochens durch path. Veränderungen der Knochenstruktur, z.B. Tumore, Knochenzysten, starke Osteoporose).

Für die Beurteilung der Schwere eines Bruches ist weiter die Schädigung des umliegenden Gewebes (Muskeln, Sehnen, Nerven und Gefäße sowie der Weichteile) notwendig. Es existieren diesbezüglich verschiedene Klassifikationen (hier genannt werden soll die Einteilung zwischen einem geschlossenen und offenen Bruch, hier durchspießen das oder die Fragmente die Haut und bilden eine Eintrittspforte für Keime und gehen im Allgemeinen mit schwerwiegenderen Verletzungen des umgebenden Weichteilgewebes einher; sie sind damit deutlich anfälliger für Komplikationen). Aus dem Gesamtbild der Verletzung ergeben sich dann Anhalte für die Therapie.

Diagnostik: Klinisch wird zwischen sicheren (Knochenreiben, Fehlstellung, sichtbare Knochenfragmente, abnorme Beweglichkeit) und unsicheren Frakturzeichen (Schwellung, Bluterguss, Schmerzen, Aufhebung oder Einschränkung der Funktion) unterschieden. Der sichere Nachweis gelingt meist durch Röntgenaufnahmen. Diese sind auch bei sicheren Frakturzeichen notwendig, um ein genaues Ausmaß der Verletzung zu erlangen.

Therapie: Generell existieren die konservative und die operative Therapie nebeneinander. Ziel beider Therapien ist, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Knochen in möglichst anatomischer Stellung wiederverheilt, um seiner Funktion gerecht zu werden (dies gilt insbesondere für Frakturen in Gelenknähe).

Die konservative Behandlung beruht (nach evtl. vorheriger Reposition) auf einer Ruhigstellung des betroffenen Knochens. Dies ist möglich durch den bekannten Gipsverband, jedoch auch durch eine Streckbehandlung oder der Drahtextension (die betroffene Gliedmaße wird in eine Zugvorrichtung eingespannt, um eine Retraktion der Fragmente durch den Muskel- und Weichteilzug zu verhindern).

³¹¹ Pschyrembel. 2011. S.696.

Die operative Therapie kommt in Frage, wenn eine Reposition nicht möglich ist, ebenso bei (größeren) Verletzungen der Weichteile oder bei Frakturen im Gelenkbereich. Zur damaligen Zeit war die Indikation für einen operativen Eingriff weitaus strenger, „stets bleibe man sich dabei bewußt, daß die Operation, falls der Bruch vorher ein subcutaner war, den geschlossenen Bruch in einen offenen verwandelt. Es muß demnach der durch die Operation erstrebte Gewinn das Wagnis des Eingriffs übersteigen.“³¹²

Verlauf: Je nach Bruchform und Ausdehnung des Bruches ist der Verlauf individuell unterschiedlich. Neben dem komplikationslos verheilenden Bruch können Störungen der Knochenheilung selbst auftreten; auch können Weichteile in Mitleidenschaft gezogen werden, so daß letztlich eine Dystrophie der betreffenden Extremität (Sudecksche Erkrankung) resultieren kann (auch bei im Grunde unkomplizierten Brüchen). Bei komplizierten oder offenen Brüchen ergeben sich eine Vielzahl von Komplikationen (Haut- und Weichteilinfektionen bis hin zur Knocheneiterung, Pseudarthrosen), welche einen langwierigen Heilungsprozess erfordern, z.T. chronisch werden und ebenfalls mit einem Funktionsverlust einhergehen können. Auch drastische Maßnahmen wie eine Amputation können notwendig werden (dies im Übrigen auch bei der Primärversorgung, wenn die Verletzung erkennen lässt, daß eine anderweitige Therapie sicher aussichtslos ist).³¹³

Im Hauptlazarett Papenburg sind 108 Patienten aufgrund von Knochenbrüchen versorgt worden. Eine Übersicht über das Auftreten der Frakturen wurde bereits in Abb. 33 gegeben. In der Mehrzahl der Fälle (50 \cong 46,3%) ist keine Ursache für die Verletzung bekannt bzw. wurde diese Ursache nicht in der Krankenakte notiert.

In 49 Fällen ist als Ursache des Knochenbruches explizit ein Unfall angegeben (45,4%). Hierbei handelte es sich sowohl um Unfälle, die sich während der Arbeitseinsätze ereigneten, jedoch auch im Lager oder sogar im Hauptlazarett. So im Falle des 25 jährigen Hermann F., der am 03. April 1940 aufgrund einer Pneumonie in das Krankenhaus Papenburg eingeliefert wurde. Im Verlaufe seiner Krankheit litt er unter so starkem Fieber, so daß er im „Fieberwahn“ aus dem Fenster gestürzt war und sich dabei eine Schenkelhalsfraktur zuzog. Diese ist konservativ behandelt worden, der Aufenthalt hat sich jedoch durch diesen Unfall auf insgesamt 71 Tage erheblich verlängert.³¹⁴

³¹² Garrè [u.a.]. 1942. S.633.

³¹³ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 623-639.

Kurtzahn, H. 1940. S. 155ff.

Hirner, A. Weise, K. 2008. S. 224ff.

³¹⁴ Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945 Lin I Nr. 298-334.

Ebenfalls sind Frakturen infolge von Misshandlungen aufgetreten; das überraschende jedoch ist, daß in fünf dieser sechs Fälle, in denen sich in der Aktennotiz eine Misshandlung als Ursache der Verletzung fand, die Misshandlung durch Mithäftlinge erfolgte. In einem Fall fand sich nur die Aktennotiz „Mißhandlung“, wer diese Misshandlungen ausführte, ist nicht dokumentiert. Das Thema Misshandlungen wird später eingehend in einem eigenen Kapitel aufgegriffen (Kap. 4.9.6.).

Zunächst soll ein Vergleich zwischen konservativer und operativer Therapie gezogen werden. Wurden in den Jahren 1934-1938 der in diesem Zeitraum aufgetretenen 49 Verletzungen in Form von Frakturen 4 Patienten operativ versorgt (8,2%), so waren dies im Zeitraum von 1939-1945 bei 59 Patienten 15 Strafgefangene, die operiert werden mussten (25,4%). In 4 dieser Fälle waren die Verletzungen so schwerwiegend, daß eine Amputation erfolgen musste (bei zwei Strafgefangenen eine Unterschenkelamputation, einmal eine Oberschenkel- und weiter eine Unterarmamputation).

Auch in Bezug auf die Liegedauer sind deutliche Unterschiede auszumachen. In den Vorkriegsjahren waren die Verweildauern der Häftlinge nahezu identisch, gleich ob eine Operation (mittlere Verweildauer 45,0 Tage) oder eine konservative Therapie erfolgte (mittlere Verweildauer 43,1 Tage).

Im Zeitraum von 1939 bis 1945 betrug die durchschnittliche Liegedauer der Patienten, die operativ versorgt werden mussten, bei 86,0 Tagen, dahingegen die Liegedauer der Patienten, welche konservativ behandelt wurden, mit 38,9 Tagen deutlich niedriger.

Bei den 108 Verletzungen in Form der Fraktur waren in 85 Fällen eine Extremitäten betroffen (78,7%), wobei knapp 2/3 der Erkrankungen die untere Extremität betreffen (53 Frakturen der unteren Extremität versus 32 Frakturen der oberen Extremität). Den Rest stellen Frakturen im Bereich des Rumpfes (13 Verletzungen 12,0%, davon 6x Schulter und Clavicula, 3x Frakturen im Bereich der Wirbelsäule und 3x Brüche des Beckens, eine Rippenfraktur) und des Kopfes (9 Frakturen \cong 8,3%, davon 7 Kieferfrakturen und 2 Frakturen des Nasenbeins). In einem Fall ist keine nähere Angabe zur Lokalisation des Bruches gegeben.

11 der 108 Patienten, die eine Fraktur erlitten, wurden zur weiteren Behandlung moorunfähig auswärts verlegt (\cong 10,2%); bei dem erlittenen Unfall hatten sie sich z.T. so schwerwiegende Verletzungen zugezogen, daß sie nicht weiter im Hauptlazarett

Papenburg behandelt werden konnten. So z.B. der 33jährige politische Gefangene Johann H., der infolge eines Unfalls eine Fraktur des 12. Brustwirbelkörpers erlitt. Hierbei war es auch zu einer Verletzung des Rückenmarks gekommen, die zu einer Lähmung der Blase, des Mastdarms und der unteren Extremität geführt hatte. Dennoch wurde dieser Patient zunächst 149 Tage im Krankenhaus Papenburg behandelt, bevor er in das Krankenhaus Wattenscheid verlegt wurde. Es ist hiervon wohl auszugehen, daß die eigentliche Therapie im Hauptlazarett erfolgte, aufgrund der nun bestehenden Ausfälle jedoch weiter Pflegebedürftigkeit bestand und der Patient zu diesem Zweck in das andere Krankenhaus verlegt wurde.

Die Therapie solcher Verletzungen war zur damaligen Zeit in erster Linie konservativ, auch wenn Schädigungen des Rückenmarks durch den klinischen Befund offensichtlich waren:

„Bei Lähmungen der unteren Gliedmaßen, der Blase und des Mastdarms, wie sie in der Regel dem Bilde der Querschnittsverletzungen entsprechen, kann nur die sorgsamste Pflege und Behandlung Aussicht auf Besserung oder Heilung eröffnen. Sie stellt an Arzt und Pfleger die höchsten Anforderungen.“³¹⁵

Die Neurochirurgie war zu dieser Zeit noch bei weitem nicht in dem Maße fortgeschritten, wie sie es heute ist. So lautete die Therapieempfehlung bei Verletzungen der Wirbelsäule mit neurologischen Ausfällen:

„Ruhigstellung der Wirbelsäule, Wasserkissen, Katheterisieren usw. Nur dort operieren, wo Knochenbruchstücke entfernt werden können. Bei totaler Querschnittsläsion ist fast jeder Eingriff erfolglos.“³¹⁶

In den andern Fällen der Patienten, die moorunfähig entlassen wurden, handelte es sich ebenso um Strafgefangene, die sich kompliziertere Brüche zuzogen bzw. Frakturen, die mit komplexeren Weichteilverletzungen einhergingen. So z.B. auch ein Häftling mit einer Beckenfraktur infolge eines Unfalls, bei der es ebenfalls zu einer „Harnröhrenzerreißung“ gekommen war. Oder zwei Strafgefangene, die sich Verletzungen des Unterkiefers zugezogen hatten, Diese wurden beide in die Uniklinik Münster verlegt.

³¹⁵ Garrè [u.a.]. 1942. S. 208.

³¹⁶ Kloos, G. Grundriß der Psychiatrie und Neurologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik. München 1944. S. 214.

Auffällig ist, daß acht dieser elf Strafgefangenen in den Jahren 1934-1938 auswärts verlegt wurden, in den Folgejahren jedoch lediglich drei Verlegungen zur weiteren auswärtigen Therapie erfolgten (1939, 1943 und 1945). Bei dem Häftling aus dem Jahre 1939 handelte es sich um eine Fraktur der Malleolengabel, welche zunächst 89 Tage im Hauptlazarett behandelt wurden, anschließend wurde der Patient in das Krankenhaus Aschendorf verlegt.

In den anderen beiden Fällen handelte es sich zum einen wieder um eine Fraktur der Wirbelsäule, zum anderen um eine Fraktur des Kiefers. Kompliziertere Brüche der Extremitäten wurden in den Kriegsjahren nicht mehr zur Behandlung auswärts verlegt, sondern selbst vor Ort im Hauptlazarett Papenburg behandelt.

In erster Linie werden logistische Erwägungen eine auswärtige Verlegung verhindert haben. Möglich ist aber auch, daß sich mit Wechsel des ärztlichen Leiters des Hauptlazaretts Papenburg im September 1939 das Behandlungsspektrum vergrößerte.³¹⁷

4.9.2 Kontusionen, Hämatome und Distorsionen/Luxationen

In diesem Kapitel geht es um die minder schweren Verletzungen nach Gewalteinwirkungen. Aufgrund dieser Verletzungsfolgen sind 88 Strafgefangene in das Hauptlazarett eingeliefert worden (60 aufgrund von Kontusionen und Prellungen, 20 Häftlinge infolge einer Distorsion bzw. Luxation und 8 Strafgefangene wegen eines Hämatoms). Das zeitliche Auftreten dieser Verletzungsmuster wurde bereits beschrieben.

Kontusionen (syn. *Prellungen*) entstehen durch „Quetschung durch direkte stumpfe Gewalteinwirkung“³¹⁸ oder „durch das Aufeinanderpressen beider Gelenkflächen, z. B. bei Sturz und Anprallen“.³¹⁹ Dadurch kommt es zu einer lokalen Schädigung des Gewebes und ggf. auch der Blutgefäße, woraus eine Weichteilschwellung und evtl. ein **Hämatom** (*Bluterguss*) entsteht. Hierdurch entstehen Schmerzen, welche zu einer reflektorischen Bewegungseinschränkung führen. Bei Prellungen im Gelenkbereich können durch (minimale) Verletzungen der Gelenkkapsel Gelenkergüsse entstehen (Hämarthros).

³¹⁷ Zunächst war Dr. Teigeler von 1934 bis September 1939 ärztlicher Leiter des Zentralkrankenhauses Papenburg, dieser wurde anschließend von Dr. Hillmann abgelöst, der bereits in den Jahren 1937-1939 als Lagerarzt tätig war. Er führte das Hauptlazarett bis in das Jahr 1945.

Vgl. Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland. (Hrsg). Sögel. 1986. S. 55f.

³¹⁸ Vgl. Psyhyrembel. 2011. S. 1114.

³¹⁹ Garrè [u.a.]. 1942. S. 692.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Ausschluss einer Fraktur durch Röntgendiagnostik.

Die Therapie besteht in Ruhigstellung der betroffenen Extremität bzw. des Gelenkes sowie eine analgetisch-antiphlogistische Therapie (Schmerzmittelgabe, kühlende Umschläge, Heparin-Salben-Verbände), eine allzu lange Ruhigstellung sollte jedoch vermieden werden.

Die Hämatome werden bis zu einer gewissen Größe vom Körper resorbiert, ist dies nicht möglich, so sollte eine operative Ausräumung des Hämatoms erfolgen, um weitere Weichteilschäden (z.B. Hautnekrosen durch den Druck des Hämatoms) zu vermeiden. Eine Punktion des Hämatoms kann versucht werden, ist aber meist erfolglos.³²⁰

Distorsionen (Verdrehung, Verstauchung oder Zerrung) treten meist infolge indirekter Gewalteinwirkungen in Gelenkbereichen (Übertreten des natürlichen Bewegungsausmaßes), hier entstehen ähnliche wie bei der Prellung Mikroverletzungen des Gewebes, welche mit (blutigen) Gelenkergüssen einhergehen können. In schwereren Fällen kommt es zu Zerreißen des Kapselapparates und der Bandstrukturen. Die Klinik und der Verlauf ist ähnlich der der Prellung, bei Verletzungen des Bandapparates kann, je nach Ausmaß, eine operative Rekonstruktion notwendig sein. „Häufig bleibt eine Schlaffheit des Gelenkes und Muskelschwäche und infolgedessen Neigung zu neuen Distorsionen zurück.“³²¹

Eine **Luxation** (Verrenkung) ist eine „Verschiebung zweier durch Gelenk verbundener Knochenenden aus der normalen Stellung, meist mit Kapselbandzerreißen [...], entweder angeboren [...] oder durch Gewalteinwirkung.“³²²

Klinisch imponiert eine schmerzhafte Fehlstellung des Gelenkes in Schonhaltung, bei Bewegungsversuchen fühlt man einen „federnden Widerstand“ der betroffenen Extremität. Traumatische Luxationen gehen oft mit Verletzungen des Kapsel- und Bandapparates des Gelenkes einher.

Die Therapie ist, soweit möglich, konservativ durch eine Reposition (ggf. in Narkose) mit anschließender kurzfristiger Ruhigstellung und dann Wiederaufnahme der Bewegung durch Übungen. Gelingt die Reposition nicht, so muß eine operative Reposition erfolgen.³²³

Vergleicht man die Liegedauer der Patienten, die aufgrund einer Kontusion, eines Hämatoms oder einer Distorsion/Luxation in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert wurden, so zeigt sich doch im Vergleich zu den Patienten, die infolge einer Fraktur behandelt wurden, eine erheblich kürzere Liegedauer. So beträgt diese im Falle der Distorsionen in den Jahren 1934-1938 16,2 Tage, für die Jahre 1939-1945 11,1 Tage.

³²⁰ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 692f.

Schumpelick, V. [u.a.]. 1993. S. 812ff.

³²¹ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 693.

³²² Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 321.

³²³ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 699f.

Ähnlich liegt dieses bei den Verletzungen in Form einer Distorsion bzw. Luxation. Hier beträgt die durchschnittliche Liegedauer in den Jahren 1934-1939 13,2 Tage und zwischen 1939-1945 bei 23,7 Tagen.

Strafgefangene, die aufgrund eines Hämatoms behandelt wurden, verweilten in den Vorkriegsjahren im Schnitt 10,6 Tage im Hauptlazarett, in den Jahren 1939-1945 wurde lediglich ein Patient aufgrund eines Hämatoms im Hauptlazarett behandelt.

Die im Vergleich zu den Frakturen erheblich kürzere Liegedauer zeigt, daß es sich bei diesen Arten der Verletzungen um minderschwerwiegende Folgen von Gewalteinwirkungen handelte.

Auch war eine Operation bei dieser Art der Verletzung deutlich seltener. Insgesamt waren lediglich bei 7 Patienten dieser 88 ein operativer Eingriff notwendig ($\cong 8,0\%$). Hierbei handelte es sich um zwei Operationen im Falle von Luxationen (Schulter und Sprunggelenk), zum anderen fünf Operationen bei (Zer)Quetschung des Armes. Hier waren in zwei Fällen die Verletzungen so schwerwiegend, daß eine Amputation als ultima ratio durchgeführt werden musste. Aufgrund eines Hämatoms war kein operativer Eingriff zur Entlastung bzw. Ausräumung des Hämatoms notwendig.

In etwas mehr als der Hälfte (56,8%) der Fälle ist als Ursache für die Verletzung ein Unfall angegeben, bei zwei Häftlingen erfolgte die Einweisung aufgrund einer Kontusion nach Misshandlungen durch Mithäftlinge, zum einen mit der Diagnose einer „Stirnfraktur“ nach einer „Schlägerei mit Häftling“, zum anderen einer „Verstauchung der Schulter“ nach „Streit mit Mithäftling“. Beide Patienten konnten jedoch relativ frühzeitig nach 13 bzw. 3 Tagen wieder in das Lager entlassen werden.

Ein Patient wurde mit einer „Luxation li. Schulter“ nach „Schinderei“ in das Hauptlazarett eingeliefert, nach Reposition und dreitägigem Aufenthalt war jedoch auch wiederum zügig eine Entlassung in das Krankenrevier möglich.

In weiteren Fällen gibt es Hinweise auf Misshandlungen. So wurde am 06.06.1935 der 34jährige Strafgefangene Anton B. mit einer Schulterprellung in das Lazarett eingewiesen. In der Krankenakte fand sich der Vermerk, daß er sich „angeblich [die] Prellung bei Vorführung von Kunststücken und Ringen“ zugezogen hatte. Nach

dreitägigem Aufenthalt konnte er auch wiederum arbeitsfähig in das Lager entlassen werden.

Bei diesem Verletzungsmuster einer Schulterprellung scheint eine Selbstbeschädigung unwahrscheinlich, dennoch sind sie auch in diesem Zusammenhang von Prellungen und Kontusionen bezeugt:

In einem Fall findet sich explizit der Hinweis der Selbstverstümmelung: Der 38jährige aufgrund einer Fahnenflucht verurteilte Strafgefangene Karl B. führte eine Fingerquetschung herbei, indem er seinen Daumen unter eine Lore legte (05. Juli 1941). Die Verletzungen, die er dadurch erlitten hatte, waren jedoch nicht so schwerwiegend, als daß der Daumen oder die Hand amputiert werden musste; er konnte nach 15 Tagen am 19.07.1941 zurück in das Krankenrevier des Lagers Esterwegen verlegt werden.

Besonders tragisch wird die Sache dadurch, daß er sich durch diese Selbstverstümmelung wohl eine Moorunfähigkeit erhoffte. Dieses war jedoch nicht der Fall, so daß er zurück in das Lager entlassen wurde. Circa vier Monate später, am 14.11.1941, unternahm der Strafgefangene einen Fluchtversuch, der jedoch misslang. Er musste mit Bauchschussverletzungen in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert werden. Diesen Verletzungen erlag er dann am 20. November 1941.

Dieser oben geschilderte Fall war jedoch eine Ausnahme. Zwar gab es in dieser Gruppe der Verletzungsmuster in Form von Kontusionen, Prellungen mit Folgen eines Hämatoms, Distorsionen und Luxationen auch schwerwiegende Fälle bis hin zur Zerquetschung von Gliedmaßen, so daß eine Amputation notwendig wurde; in den meisten Fällen wurde der Patient in erster Linie zu einem Frakturausschluss in das Hauptlazarett aufgenommen. War dieses geschehen, so wurde eine kurze Zeit lang die Prellung bzw. das Hämatom oder die Distorsion behandelt, bevor er wieder entweder arbeitsfähig in das Lager bzw. zur Weiterbehandlung in das Lagerlazarett zurückverlegt wurde. Lediglich zwei Häftlinge wurden durch die Verletzung moorunfähig entlassen, zum einen nach Zerquetschung des Oberarmes nach einem Unfall (im Hauptlazarett erfolgte eine Amputation), zum anderen nach einer „Großzehenabquetschung“ und „Distorsion des Fußgelenkes“.

Bei elf Häftlingen erfolgten Gewalteinwirkungen, so daß diese selbst zur Amputation von Gliedmaßen geführt hatten. In zwei dieser Fälle war es aufgrund von Unfällen zu

Amputationen von Fingern gekommen (einmal die Abtrennung des Zeigefingers, im anderen Fall die Abtrennung des Mittelfingers). Die Patienten konnten nach operativer Revision nach 12 und 13 Tagen wieder entlassen werden, jedoch musste einer von ihnen nach einem Monat zu einer Revision der Wunde wieder aufgenommen werden. Der Krankenhausaufenthalt belief sich diesmal auf 36 Tage.

Ebenso hatten sich Häftlinge Gliedmaßen oder Teile von Gliedmaßen amputiert (z.B. mutwillig unter eine Bahnlore gelegt oder mit einem Spaten abgehackt). In vier Fällen ist diese Form der Selbstverstümmelung in den Krankenakten dokumentiert. Hierbei handelte es sich um zwei kriminelle Strafgefangene, die nach Amputation eines oder mehrerer Finger in das Hauptlazarett aufgenommen wurden (1937 und 1942); im Jahre 1942 versuchten auf diese Weise zwei aufgrund von Wehrkraftzersetzung bzw. Feigheit vor dem Feinde militärrechtlich strafgefangene Häftlinge dem Lager zu entkommen. Sie griffen jedoch zu drastischeren Maßnahmen und verletzten sich in einer Weise, daß es zu Unterarmamputationen gekommen war.

Von diesen vieren wurde jedoch lediglich ein Häftling für moorunfähig befunden, die übrigen wurden zurück in das Lagerrevier entlassen. Die Liegedauer drei dieser Patienten war mit 14, 15 und 20 Tagen relativ kurz; ein Strafgefangener verblieb nach „Selbstamputation mehrerer Finger“ für 78 Tage in stationärer Behandlung.

Zu dieser Form der Verletzung jedoch auch mehr im Kapitel der Selbstverstümmelungen (Kap. 5).

Auch aufgrund feindlicher Angriffe trugen drei Häftlinge Verletzungen in Form von Gliedmaßenamputationen davon. Es handelte sich hierbei um einen Fliegerangriff vom 11. Februar 1945, bei dem das Lager Börgermoor (Lg. I) von alliierten Streitkräften angegriffen wurde. Hier traten Verletzungen in Form von einer Beinamputation und in zwei Fällen einer (Ober-)Armamputation auf. Aufgrund dieser Angriffe traten jedoch auch noch andere Verletzungen auf, insbesondere Schussverletzungen, die in dem Kapitel 4.9.5 erläutert werden.

4.9.3 Sonstige Verletzungen

Nach Durchsicht der Krankenakten wurden 89 Krankenakten unter der Rubrik „sonstige Verletzungen“ zusammengefasst. Zu diesen gehören 12 Verletzungen, die durch Fremdkörper hervorgerufen wurden (Stahlsplitter, Nadeln), laut Krankenakten traten diese Verletzungen in den meisten Fällen als Folge von Unfällen auf. Selbstverstümmelungen waren unter diesen Verletzungen in zwei Fällen dokumentiert (zwei Patienten fanden sich mit einer Nadel im Unterarm bzw. Oberarm).

Ansonsten gehören in diese Gruppe viele Verletzungen, die nicht näher bezeichnet sind und in den Krankenakten nur der Vermerk „Handverletzung“, „Fußverletzung“, „z.B. innere Verletzungen“ usw. dokumentiert wurde.

Auch wurden z.T. genauere Diagnosen verzeichnet, die aufgrund der Mannigfaltigkeit jedoch in diese Kategorie zusammengefasst wurden. So wurden z.B. Patienten mit „Sehndurchtrennung des Unterarmes“, „Schnittwunde des Ringfingers mit Sehndurchtrennung“ usw. behandelt.

In vielen Fällen der „sonstigen Verletzungen“ finden sich offene Wunden, so z.B. Platz-Riss- oder Quetschwunden als Folge von Unfällen, welche stationär behandelt wurden, z.T. auch über einen langen Zeitraum, wie bei dem 28jährigen militärischen Strafgefangenen Hans K., der aufgrund einer „großen Wunde“ am linken Knöchel nach einem Unfall 150 Tage im Hauptlazarett verblieb und am 12.02.1944 infolge von Platzmangel in das Lagerrevier zurückverlegt wurde.

Ebenso der 21jährige militärische Strafgefangene Albert B., der zum ersten Mal wegen einer „Meniskusverletzung“ vom 22.09.1941 bis zum 21.11.1941 konservativ behandelt wurde (61 Tage) und dann ebenfalls aus Platzmangel in das Lagerrevier verlegt wurde. Am 23.01.1942 erfolgte eine erneute Aufnahme mit derselben Diagnose. Hier wurde wiederum lediglich eine konservative Therapie durchgeführt, bis er schließlich am 25.06.1942 (nach 209 Tagen!) auswärts in eine „Spezialklinik“, einer chirurgischen Abteilung in eines würzburger Krankenhauses, verlegt wurde.

Da Art und Schwere der Verletzungen so unterschiedlich sind in dieser unter „sonstige Verletzungen“ zusammengefassten Kategorie, wurde auf eine statistische Auswertung,

wie sie in den anderen Kapiteln in Bezug auf die Liegedauer und die Verteilung über die einzelnen Jahre vorgenommen wurde, verzichtet.

4.9.4 Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Diese Art der Verletzungen werden in diesem Kapitel gesondert behandelt, es handelt sich hierbei um Verletzungen, die ebenfalls durch äußere Einwirkungen hervorgerufen werden. Jedoch handelt es sich hierbei nicht um von außen auf den Körper einwirkende Gewalt (in jeglicher Form), sondern um thermische bzw. chemische Einflüsse, die letztlich zu Verletzungen oder Erkrankungen führen. Je nach Stärke und Dauer des Einflusses entstehen dadurch Läsionen der Haut, jedoch sind auch schwerwiegendere Verletzungen der darunter liegenden Strukturen möglich:

Die Hautschäden durch thermische bzw. chem. Einwirkungen werden in drei Gradstufen eingeteilt:

„Hyperämie, Blasenbildung und Schorfbildung (Combustio erythematosa – bullosa – escharotica)“, welche jedoch zurücktreten „in ihrer Bedeutung [...] gegen die Folgen der Flächenausdehnung. Die Verkohlung ist der schwerste Grad der Verbrennung. Ist ein Drittel der Körperoberfläche von einer Verbrennung zweiten oder dritten Grades betroffen, so droht der Tod, bei über der Hälfte ist er unvermeidlich. [...]

Die örtlichen Schädigungen erlangen bei den ersten zwei Graden, wenn wir von der Flächenausbreitung absehen, keine allzu große Bedeutung. Rötung und schmerzhaftes Anschwellen der Haut mit geringer Ausschüttung von Serum, Blasenbildung der Oberhaut mit Freilegung des Rete Malpighii. [...]

Ohne eine Narbe zu hinterlassen, heilen diese Verbrennungen ab; nur wenn eine dazutretende Infektion zerstörend auf das Corium übergreift, hinterbleibt eine pigmentierte flache Narbe. [...]

Der dritte Verbrennungsgrad zeigt in sich und in seinem Verlauf die größten Verschiedenheiten, je nachdem der Gewebstod nur die Haut allein oder dazu noch Muskeln und Sehnen oder gar auch den Knochen mitbetroffen hat. [...] Unter geringerer oder stärkerer Eiterung grenzen sich die Schorfe ab, stoßen sich ab, kräftige Granulationen treten an die Stelle des Gewebsverlustes. [...] Die Heilungstendenz granulierender Brandwunden lässt oft zu wünschen übrig. [...] Nach abgeschlossener, glatter und kosmetischer tadelloser Heilung bildet sich die Narbe nicht selten (besonders nach Verätzungen) in ein hässliches Keloid um. [...] Alte, nicht heilende Geschwüre in Verbrennungsnarben führen nach Jahrzehnten nicht ganz selten zu Geschwürskrebsen.“³²⁴

³²⁴ Garrè [u.a.]. 1942. S. S. 564ff.

Die Therapie beschränkt sich in den ersten beiden Graden auf lokale Wundversorgung durch Verbände mit Zusätzen, die antiseptisch wirken und eine Wundheilung fördern. Bei Verbrennungen dritten Grades sind meist chirurgische Maßnahmen notwendig, darüber hinaus später eine lokale Wundversorgung im Bereich der Defekte.

Bei größeren Verbrennungen (ca. mehr als 15% der Körperoberfläche) besteht zudem die Gefahr der „Verbrennungskrankheit“, einem schockähnlichen Zustand, der initial vor allem auf großen „Wasser- und Plasmaverlust“ beruht, in der Folge kann es zu Störungen der Nieren-, Lungen- und Darmfunktion kommen. Zudem besteht eine erhöhte Infektionsgefahr durch große Hautdefekte und allgemein geschwächte Abwehrlage³²⁵.

Verätzungen sind Schädigungen der Haut durch Säure oder Lauge. Hier bilden sich sog. Koagulationsnekrosen (Säuren) bzw. Kolliquationsnekrosen (Laugen) aller Schweregrade (siehe Verbrennungen). Die Therapie entspricht bei schwerwiegenderen Verätzungen denen der tiefen Verbrennungs- bzw. Erfrierungswunden.

Im Hauptlazarett Papenburg wurden fünf Strafgefangene aufgrund dieser Verletzungen behandelt. Zum einen waren dies zwei Strafgefangene, die sich Verbrennungen zugezogen hatten (einmal eine Verbrühung des Fußes ohne Beschreibung der näheren Umstände, er wurde für 18 Tage behandelt und zurück auf das Außenkommando entlassen, zum anderen eine Verbrennung im Bereich des Rückens als Folge eines Arbeitsunfalls, dieser Häftling wurde 49 Tage behandelt und ebenfalls in das Arbeitskommando zurück entlassen).

Erfrierungen traten ebenfalls in zwei Fällen auf. Einmal waren diese bei dem 18jährigen Felix H. der Grund zur Aufnahme, bei ihm war es auf der Flucht zu einer Erfrierung eines Zehs gekommen, der nun amputiert werden musste (Juni 1943). Die Dauer des Aufenthaltes betrug bei ihm neun Tage.

In einem anderen Fall wurde eine Amputation vorgenommen, da es hier zu „Erfrierungen mit Gangrän“ des Fußes gekommen war. Dieser Häftling wurde 40 Tage im Hauptlazarett behandelt, bevor er in das Lagerrevier verlegt werden konnte (April 1940).

Ungewöhnlich erscheinen hier die Jahreszeiten, in denen die Erfrierungen auftraten: einmal im April und, dies verwundert insbesondere, im Juni, also im Frühjahr/Sommer

³²⁵ Vgl. Hirner, A. Weise, K. 2008. S. 261ff.
Pschyrembel. 2011. S. 2210ff.

des Jahres 1943. Für Erfrierungen sind jedoch nicht alleine die Temperaturen ausschlaggebend:

„Beachtenswert ist, daß Erfrierungen aller Grade, selbst Gangrän, bei Wärmegraden über Null eintreten können, wenn die Betreffenden gezwungen sind, längere Zeit im Nassen ohne viel Bewegung der Füße zu stehen und gleichzeitig Schuhe oder feuchte Gamaschen die Blutbewegungen hindern.“³²⁶

Da es bei diesem Strafgefangenen keinen Hinweis auf die Ursache der Erfrierung gab, die so schwerwiegend waren, daß eine Amputation durchgeführt werden musste, kann diese oben angegebene Erläuterung eine Erklärung für diese Verletzung sein. Die Strafgefangenen hatten stundenlang bei schlechtem Schuhwerk im nassen Moor zu arbeiten:

„Monatelang standen wir im Moor, oft versacken wir bis zu den Knien im Sumpf.“³²⁷

„Endlich beginnt der Abmarsch zur Arbeit. Jetzt erst merkt man richtig, wie schlecht einem die Holzschuhe sitzen. Die Hälfte der Leute hinkt, dauernd werden die Riemen der Holzschuhe zurechtgezogen. [...]

Ein Gehen ist wirklich nicht möglich, die ersten Tränen fließen, aber desto mehr [Schläge] gibt es. Viele ziehen die Schuhe aus und laufen barfuß auf den noch feuchten, von Nebel und Regen aufgeweichten Straßen weiter.“³²⁸

„Nach ein paar Wochen solchen Lebens sind die Schwachen fertig, seelisch und körperlich nicht mehr widerstandsfähig. Das erste, was eintrifft, sind aufgescheuerte Füße durch die Riemen der Holzschuhe. Die Wunden wollen und wollen nicht zuheilen. Sie verschlimmern sich jeden Tag. [...] Draußen kommt das Moorwasser der Kuhle wieder hinzu. [...] Die Wunde scheuert immer mehr und fängt an zu eitern.“³²⁹

In einem in den Krankenakten dokumentierten Fall war es zu Verätzungen gekommen, hier wurde der 35 jährige Strafgefangene Heinrich S. am 6. Januar 1936 mit einer Wunde „auf der vorderen Schienbeinfläche des linken Unterschenkels“ eingeliefert. Das

³²⁶ Garrè [u.a.]. 1942. S. 568.

³²⁷ Langhoff, Wa. 1975. S. 166.

³²⁸ Frese, H. Bremsklötze am Siegeswagen der Nation. Erinnerungen eines Deserteurs an Militärgefängnisse, Zuchthäuser und Moorlager in den Jahren 1941-1945. Edition Temmen. Bremen 1989. S. 51

³²⁹ Ebd. S. 58f.

„Gewebe und die Muskulatur [waren] bis auf den Knochen zerstört.“³³⁰ Der Patient berichtete im Laufe seines Aufenthaltes, wie er die Selbstverstümmelung durchführte:

„Danach hat S. die Säure – es handelt sich um Salpetersäure – von einem Schiff auf der Arbeitsstelle in Brual-Rhede entwendet, den H. zur Selbstbeschädigung überredet und einige Tage später diese bei sich selbst vorgenommen. Das geschah in der Art, daß mit Salpetersäure getränkte Lappen auf die beschriebenen Körperstellen aufgelegt und dort bis zu zwei Stunden fixiert wurden.“

Der Patient wurde am 03.03.1936 nach 58 Tagen zurück in das Lager verlegt. In einem Zwischenbericht vom 21.02.1936 berichtet der Lazarettleiter, Dr. Teigeler, an die Zentralverwaltung in Papenburg über diesen Vorfall und wagt eine Prognose:

„Über die Folgen ist zu sagen, daß derartige Wunden sehr schlecht heilen. Der Heilungsprozeß wird sich also über Wochen und Monate erstrecken. [...] Auch bei S. ist die spätere Dienstfähigkeit [im Moor] in Frage gestellt, da selbst, wenn es zur völligen Heilung der sehr großen Geschwürflächen kommen sollte, erfahrungsgemäß in der schlecht ernährten Narbe immer wieder kleinere Geschwüre aufbrechen und ihn im Gebrauch des linken Beines stark behindern werden.“³³¹

Bei der Entlassung findet sich kein Zusatz der Moorunfähigkeit, es erfolgte eine reguläre Rückverlegung in das Lager Brual-Rhede (Lg. III).

4.9.5 Schussverletzungen

In diesem Kapitel wird die wohl massivste Form der Verletzungen von Häftlingen der Emslandlager behandelt, die Schussverletzung. Zum einen entstehen durch diese Art der Gewaltanwendung gegenüber dem Verletzten in nicht unerheblichem Maße lebensgefährliche Verletzungen, zum anderen spiegelt die Anwendung der Schusswaffe gegenüber wehrlosen Gefangenen das Weltbild der Täter wider (sofern die Schussverletzungen von den Wachmannschaften herrühren).

³³⁰ Staatsarchiv Osnabrück Rep. 947 Lin I Nr. 308.

³³¹ Ebd.

Infolge von Schussverletzungen wurden 82 Häftlinge in den Jahren 1934-1945 im Hauptlazarett behandelt, diese Art der Verletzung durch Gewalteinwirkung stellt damit die zweithäufigste Gruppe nach den Knochenbrüchen dar (neben der unspezifischen Kategorie der „sonstigen Verletzungen“, in denen seltenere Verletzungen zusammengefasst wurden)³³².

Ätiologie der Schussverletzungen

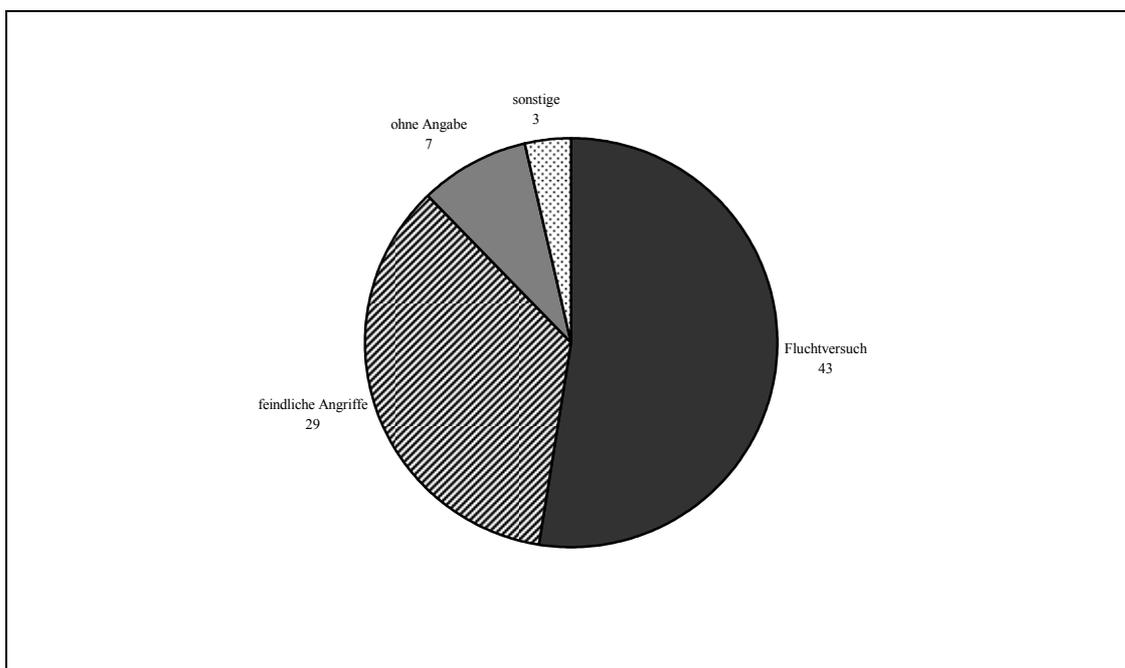


Abbildung 34: Ätiologie der Schussverletzungen

Dieses Diagramm zeigt eine Auflistung der Ursachen für die Schussverletzungen. So waren in mehr als der Hälfte ein (gescheiterter) Fluchtversuch, auf dem der Häftling angeschossen wurde, Ursache für die Einlieferung in das Hauptlazarett. Infolge dieses Versuchs, den Emslandlager zu entkommen, wurden 43 Häftlinge ($\cong 52,4\%$) mit Schussverletzungen in das Krankenhaus eingeliefert.

³³² Frakturen und andere Verletzungen (z.B. intraabdominelle Verletzungen), die aufgrund von Schussverletzungen herrührten, habe ich, obwohl ungenau und keine Diagnose im eigentlichen Sinne, unter den Schußverletzungen zusammengefaßt und nicht unter der Kategorie der eigentlichen Diagnose.

Durch feindliche Angriffe und Feindbeschuss erlitten 29 Strafgefangene Schussverletzungen ($\cong 35,4\%$), so daß sie in das Hauptlazarett Papenburg gebracht wurden.

In zwei Fällen war als Ursache der Schussverletzung ein „Unfall“ angegeben, einmal war die Ursache eine „Verletzung durch Sprenggeschoß“ ohne Angabe der Lokalisation, zum anderen eine „Schußverletzung des Oberschenkels“, jedoch auch ohne nähere Angabe zum Unfallhergang.³³³

Ein Patient wurde angeschossen, als ein „Warnschuß bei drohender Meuterei“ im Lager Walchum abgegeben wurde. Verwunderlich ist hier die Lokalisation der Schussverletzung, der Patient hatte die Schusswunde im Bereich des 4. Lendenwirbelkörpers erlitten.

In 7 weiteren Fällen findet sich keine nähere Angabe zu den Umständen der Schussverletzung ($\cong 8,5\%$).

Verletzungen infolge von Fluchtversuchen

In den Jahren 1934-1945 wurden mindestens 43 Strafgefangene infolge von Fluchtversuchen angeschossen und in das Hauptlazarett Papenburg gebracht.

Ich möchte jedoch zunächst einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Einlieferungen von Patienten geben, die bei einem Fluchtversuch angeschossen und in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert wurden:

³³³ Wilhelm Henze, ein ehemaliger politischer Strafgefangener des Lagers Brual-Rhede (Lg. III) berichtet nach einem Gespräch mit einem Kalfaktor des Hauptlazarets, „dass mehrere Gefangene eingeliefert worden seien, die durch Unvorsichtigkeit der Beamten angeschossen wurden. Da hat ein Wachtmann meist an seiner Knarre herumgespielt, bis das Ding losgegangen ist und irgendeinen getroffen hat.“
Henze, W. Hochverräter raus! Geschichten, Gedichte und Zeichnungen eines Moorsoldaten. Knoch, H. (Hrsg.) Edition Temmen. Bremen 1992. S. 121.

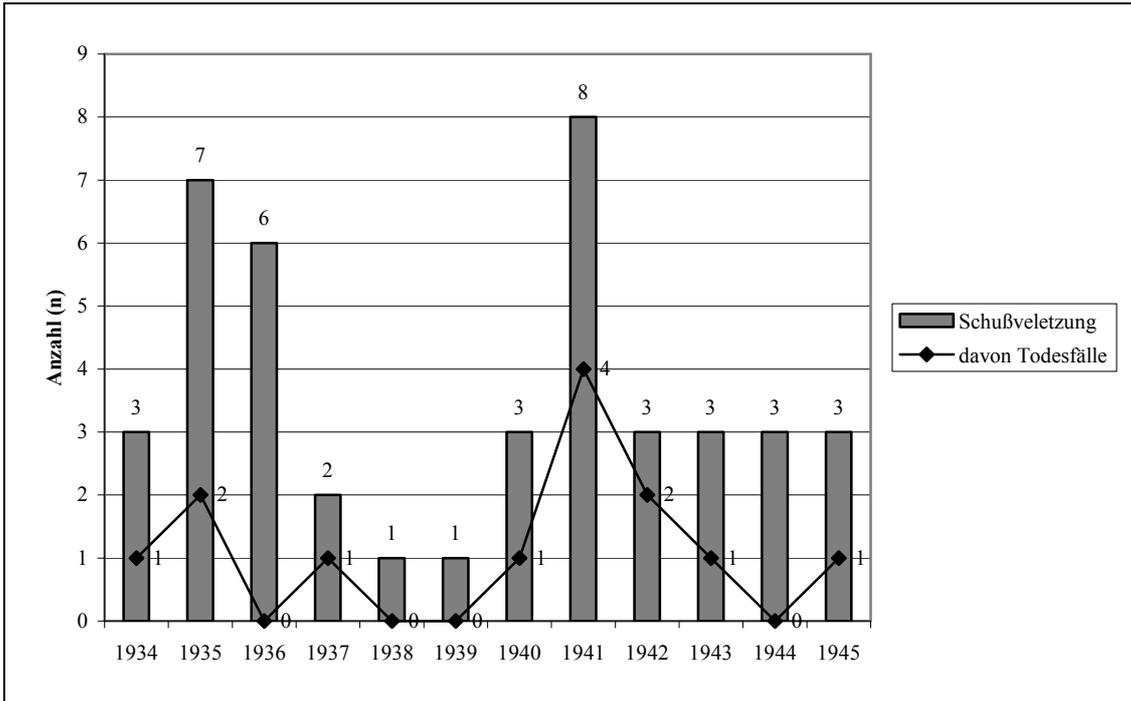


Abbildung 35: Schussverletzungen infolge von Fluchtversuchen

In diesem Diagramm sind die einzelnen Fälle der infolge von Fluchtversuchen verwundeten Häftlinge, die in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert wurden, nach Jahren aufgetragen (Balken). Zusätzlich wurden die Todesfälle als Liniendiagramm aufgezeichnet.

Es zeigen sich in diesem Diagramm zwei Anhäufungen von Behandlungen auf Grund gescheiterter Fluchtversuche in den Jahren 1935/1936 mit sieben und sechs Fällen sowie, deutlich herausragend, im Jahr 1941 mit acht Schussverwundungen, jeweils erlitten auf einem Fluchtversuch. Für das Jahr 1934 lag die Zahl, wie nahezu in den übrigen Jahren (1940, 1942-1945) bei drei verletzten Strafgefangenen. Lediglich für die Jahre 1937 und 1938/1939 war diese etwas geringer mit nur 2 bzw. einem Fall pro Jahr.

Die Kurve der aufgetragenen Todesfälle gleicht sich in etwa der der Fallzahlen an, sie schwankt konstant zwischen null und zwei. Lediglich im Jahr 1941, in der acht Häftlinge nach einem Fluchtversuch eingeliefert wurden, verstarben vier infolge ihrer Verletzungen.

Insgesamt starben infolge von Fluchtversuchen 13 Strafgefangene im Hauptlazarett Papenburg. Die Zahl der Fluchtversuche (geglückt wie unglücklich) mag ungleich höher liegen; im Hauptlazarett Papenburg wurden lediglich die Strafgefangenen verbracht, die

auf der Flucht verletzt wurden (in der Art, daß sie stationärer Krankenhausbehandlung bedurften). Strafgefangene, die nicht oder nur leichter verletzt wurden, mussten nicht im Hauptlazarett ärztlich behandelt werden. Ebenso wurden Strafgefangene, die auf der Flucht zu Tode kamen, ebenfalls nicht mehr in das Krankenhaus verbracht.

„Nach den Untersuchungen der Gerichte wurden bis zum Jahre 1942 35 Gefangene auf der Flucht erschossen.“³³⁴ Wertet man die vorliegenden Krankenakten für diesen Zeitraum (1934 bis Mai 1942) nach Verletzungen infolge Fluchtversuchen aus, so finden sich 31 Häftlinge, die in dieser Zeitspanne behandelt wurden, die Zahl ähnelt also der von den Gerichten ermittelten Zahl [35], obwohl in diesen Ermittlungen von Todesfällen infolge Fluchtversuchen gesprochen wird. Von den 31 in das Hauptlazarett verbrachten Häftlingen nach Fluchtversuchen verstarben im Zeitraum 1934 – Mai 1942 neun Strafgefangene ($\cong 29,0\%$ der in diesem Zeitraum aufgrund von Verletzungen infolge Fluchtversuchen behandelten Häftlingen). Gehen die Ermittlungen zu den Emslandlagern von 35 Toten aus, so sind mindestens 26 weitere Häftlinge in diesem Zeitraum auf der Flucht erschossen worden; die Strafgefangenen müssen relativ schnell ihren Verletzungen erlegen sein, ansonsten wären sie in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert worden.

Vergleicht man das Diagramm zum Auftreten der Schussverletzungen infolge Fluchtversuchen (Abbildung 35) und das zur Inzidenz der Selbstverstümmelungen (Abbildung 38), so fällt eine Ähnlichkeit im Verlauf der auftretenden Häufigkeiten auf. In beiden Fällen traten zu Anfang des Bestehens der Emslandlager (1934 bis 1936) gehäuft sowohl Fluchtversuche als Versuche der Selbstverstümmelungen auf. Anschließend kam es zu einem geringen Abebben dieser Versuche, ab dem Jahre 1938 konnte jedoch wieder ein vermehrtes Auftreten von Selbstbeschädigungsmanövern beobachtet werden (eine „zweite Welle“ von Selbstverstümmelungen, zumeist durch Verschlucken von Fremdkörpern). Diese erreichte ihren Höhepunkt 1939 mit 46 Fällen. Daraufhin kam es zu einem Abflachen der Kurve bis in das Jahr 1942, ab dem Jahre 1943 wurden keine Fälle von Selbstverstümmelungen mehr im Hauptlazarett behandelt.

Diesen wellenförmigen Verlauf der Kurve der Selbstverstümmelungen mit ihren zwei Peaks zeigt auch die Kurve, welche das Auftreten der Fluchtversuche wiedergibt. Zum

³³⁴ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S.3549.

einen ein gehäuftes Auftreten in den Anfangsjahren, dann eine zweites gehäuftes Auftreten im Jahre 1941, wobei die Kurve der Selbstverstümmelungen in diesem Jahr bereits wieder abfiel.

Aus diesen beiden Verläufen lässt sich eine Reaktion der Häftlinge gegenüber den Lagern erkennen:

Zum einen waren sie nicht mehr nur passiv ihrem Schicksal ergeben, sie versuchen aktiv entweder durch Flucht oder einem Selbstbeschädigungsmanöver dem Lager zu entkommen (nach der Automutilation wurden sie in das Lazarett verbracht und entflohen so – wenigstens zeitweise – dem Lageralltag). Bei dem Versuch der Flucht nahmen sie sogar billigend den Tod in Kauf, da ihnen bewusst war, daß auf Flüchtlinge geschossen werden würde; dieses auch ohne vorheriger Warnruf oder Warnschuss.³³⁵ So berichtet der Strafgefangene S. nach einem Fluchtversuch:

„Ich war in einer derart gedrückten Stimmung, daß ich am leben keine Freude mehr hatte. Mir kam daher plötzlich der Gedanke, daß der Posten schiessen würde, wenn ich mich entferne und alles wäre aus.“³³⁶

Hier zeigt sich die andere Seite von Gefangenen, wie sie der ehem. Strafgefangene Hans Frese in seinen Erinnerungen beschreibt:

„Es gibt zwei Typen von Menschen in den Lagern: Die einen, die das Leben bejahen, die Aktivisten; überall haben sie die besten Pöstchen inne, meistens sind es die kriminellen, pfiffig und schlau erspähen sie sofort ihren Vorteil. Von den Wachtmeistern werden sie uns gegenüber bevorzugt. Die anderen sind die Leidenden. Sie verhalten sich passiv, sie sind der Amboß, auf den der Hammer der anderen herniedersaust.“³³⁷

Diese Mitgefangenen haben sich ihrem Schicksal ergeben und flüchteten nicht aus dem Willen zur Erlangung der Freiheit heraus, sondern fingierten eine Flucht mit dem Ziel des Suizids:

„Ich sehe Leute, die aus Verzweiflung in den mit tausend Volt geladenen, jedes Lager umzäunenden Drahtzaun laufen.“³³⁸

„Wäre mir recht gewesen, wenn ich auf der Flucht erschossen worden wäre. Ich bin nicht schnell, sondern langsam gelaufen und habe mich nach dem ersten

³³⁵ Ebd. S.2401.

³³⁶ Ebd S.2404.

³³⁷ Frese, H. 1989. S. 80.

³³⁸ Ebd. S. 75.

Schuß zu dem Posten umgedreht. Bin darauf sogar im Schritt gegangen. Bekam dann einen Streifschuß am Hals.³³⁹

In diesem Zusammenhang sollen die Schussverletzungen genauer betrachtet und herausgefunden werden, inwieweit die Schüsse, die auf flüchtende Strafgefangene abgegeben wurden, dem Ziel dienten, diese nur zu stoppen und eine weitere Flucht zu verhindern, oder ob Schüsse auf die fliehenden Häftlinge abgegeben wurden, wobei schwerste Verletzungen oder der Tod des Fliehenden billigend in Kauf genommen wurde.

Schlüsselt man die Schussverletzungen nach Lokalisation auf, so ergibt sich folgendes Bild:

Bei 24 Häftlingen ($\cong 55,8\%$) fanden sich die Einschussstellen im Bereich des Körperstammes (Bauch 13, Thorax 6, Becken 3, Rücken 2), in 16 Fällen ($\cong 37,2\%$) im Bereich der oberen (8) oder unteren (8) Extremität und in 3 Fällen im Kopf/Halsbereich.

In mehr als der Hälfte der Fälle zeigten sich die Schussverletzungen im Körperstammbereich; bei derartigen Verletzungen musste auch der wachhabende Posten davon ausgehen, daß dies für den Häftling schwerwiegende (innere), potentiell tödliche Verletzungen mit sich bringt. Erschwerend hinzu kommt, daß die Schüsse teilweise ohne Warnruf oder Warnschuss abgegeben worden sind (s.o.).

Auch fand sich bei zwei der Häftlinge, die Schusswunden im Bereich des Körperstammes davontrugen, der Hinweis, daß es sich dabei um multiple Schusswunden handelte; es wurde somit mehrfach auf den Häftling geschossen. Beide Strafgefangene, die mehrfache Schusswunden erlitten, erlagen ihren Verletzungen.

Andererseits mag es schwierig sein, die Schusswaffe in der Form einzusetzen, dass hierdurch gezielt die Flucht lediglich gestoppt werden konnte.

Demgegenüber standen jedoch auch etliche Fluchtversuche, bei denen es zu keiner Anwendung der Schusswaffe gekommen war. Ein Entkommen selber aus den Lagern gestaltete sich aufgrund der dort herrschenden Umstände „so gut wie unmöglich: Elektrisch geladener Zaun und intensive Bewachung bei Tag und Nacht ließen kaum

³³⁹ Aussage eines flüchtigen Strafgefangenen. Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S.2399.

Möglichkeiten, eine Flucht zu organisieren.³⁴⁰ Deswegen versuchten viele Häftlinge, auf den Arbeitskommandos zu fliehen:

„Etwas besser war die Chance bei der Arbeit außerhalb des Lagers. Doch wegen der flachen, kaum bewachsenen Moorlandschaft war ein Flüchtender noch lange zu sehen. Am ehesten war eine Flucht von einem großen Arbeitskommando möglich, bei dem das Fehlen eines Einzelnen nicht so schnell auffiel. Auf Außenkommandos gab es wegen geringerer Bewachung überproportional Fluchtversuche.“³⁴¹

Wurde ein flüchtiger Strafgefangener gefasst, so hatte er mit verschärften Haftbedingungen im Lager zu rechnen, zumeist wurde dem Häftling Arrest auferlegt, zusätzlich erfolgte eine Verlegung in eine Strafkompagnie.³⁴²

Neben diesen Maßnahmen erfolgten jedoch häufig auch Misshandlungen durch Wachmannschaften. Diese waren allgegenwärtig. Hierüber möchte ich im nächsten Abschnitt berichten:

³⁴⁰ Bührmann-Peters, F. Ziviler Strafvollzug für die Wehrmacht. Militärgerichtlich Verurteilte in den Emslandlagern 1939-1945. Dissertation Universität Osnabrück. 2002. S. 286

³⁴¹ Ebd.

³⁴² Laut Suhr existieren mehrere Unterformen der Arreststrafe;

zum einen der „gewöhnliche“ Arrest, welcher in „Fällen von Arbeitsverweigerung oder Ordnungswidrigkeiten“ verhängt wurde. Dieses Einzelhaft, Verpflegung in Form von Brot und Wasser sowie ein Verbot von Lesen und Korrespondenz. Arrest konnte von einer Dauer von bis zu 28 Tagen verhängt werden, eine Ausdehnung auf bis zu drei Monaten war möglich. Der „verschärfte Arrest“ bedeutete „schwere Arbeit in der Strafkompagnie und Einzelhaft“ und durfte für 7-14 Tage verhängt werden. Es war jedoch „üblich geworden“, die Strafe nach 2-3 Tagen zu wiederholen, so daß Gefangene oft sechs Wochen lang bei Wasser und Brot hart arbeiten mußten.“

„Dunkelarrest“ war bis zu 28 Tagen bei „beschränkter“ Verdunkelung“ möglich, wobei an jedem dritten Tag eine vollständige Verdunkelung der Zelle stattfand. Gleichzeitig fand eine Kürzung der Essensration statt.

Die *Strafkompagnie* bedeutete die „schwerste Strafe“ in den Emslandlagern und konnte „bis zu drei Monaten ausgedehnt werden“. Sie hatten außergewöhnlich schwere Arbeiten zu leisten, wobei das tägliche Pensum über die gewöhnlichen Arbeitszeiten hinausragen konnte. Während der Arbeit „suchte der Kommandoführer sie ‚auf das heftigste zu schikanieren‘ und auf jede nur mögliche Art zu mißhandeln.“ Ferner existierte die „U.A.-(Unter Aufsicht)Kolonnie“, welche sich als Strafeinrichtung erwies, obwohl sie „eigentlich nur als besondere Form der Sicherung für fluchtverdächtige Gefangene“ gedacht war.

Vgl. Suhr, E. Die Emslandlager. Bremen 1985. S. 106f.

In späteren Jahren der Emslandlager existierte daneben eine weitere Strafabteilung, der Häftlinge nach einem Fluchtversuch zugeteilt wurden oder wenn sie als fluchtverdächtig galten. Diese Strafgefangenen „wurden mit einem großen weißen ‚F‘ auf dem Rücken gekennzeichnet und von den Moorsoldaten als ‚Flitzerkompagnie‘ bezeichnet. ‚F-Träger‘ wurden vor allem mit schwersten Moorarbeiten beschäftigt. Bei dem geringsten Verdacht dass einer von ihnen fliehen wollte – und dazu konnte bereits ein Schritt in die falsche Richtung zählen–, sollten die Posten sofort schießen.“

Bührmann-Peters, F. 2002. S. 273.

4.9.6 Misshandlungen durch Wachmannschaften und Mitgefangene

Misshandlungen waren im Leben der Strafgefangenen an der Tagesordnung. Dies begann schon mit der Ankunft am Bahnhof, welche der ehem. Strafgefangene Wilhelm Henze in seinem Buch „Hochverräter raus!“ eindringlich beschreibt:

„Neugierige Menschen standen hinter dem Zaun, und auf dem Bahnsteig liefen Wachleute, die in die Uniform der preußischen Hilfspolizei gekleidet waren, in grosser Zahl umher. Ihre Waffen glänzten und drohend richteten sie ihre Gewehre auf die Gefangenen.

Ein Zittern ging durch die Körper der Sträflinge, sie erschraken und erbleichten, als sie diese Wachmannschaften sahen. Einige hielten sich krampfhaft fest, um nicht vor innerer Erregung zusammenzubrechen. Das waren die, die schon einmal in den Händen solcher Wachmannschaften gewesen waren. – Rufen, Fluchen und Schimpfen begann auf dem Bahnsteig.

Die ersten Gefangenen wurden von den Trittbrettern der Wagen an den Beinen heruntergerissen. Einige, die ihre Entrüstung durch eine Gebärde auszudrücken wagten, wurden von den SS-Leuten geohrfeigt, dass es nur so klatschte.

Die Gefangenen drängten zu den Türen hinaus. Niemand wurde sich eigentlich recht klar, was geschah. Georg war mit den ersten zur Tür hinausgestossen. [...]

Auf dem Bahnsteig drängten sich die Gefangenen wie verschüchterte Tiere aneinander. Wer außen stand, wurde mit dem Kolben gestoßen oder getreten. Jeder drängte in das Rudel hinein. [...]

Die Justizbeamten standen abseits, sahen dem unsinnigen Treiben mit verständnislosen Gesichtern zu.³⁴³

„Auf der Arbeitsbaracke ist gerade, da wieder ein neuer Transport angekommen ist, großes Remmidemmi. Die Neuen sollen sich gleich an den richtigen Ton gewöhnen. Mit Bettbrettern werden sie geschlagen, angeschrien, gestoßen, und so geht es in einem fort.“³⁴⁴

Im Lageralltag waren die Strafgefangenen ebenso tagtäglich Schikanen von Seiten der Wachmannschaften ausgesetzt, schon beginnend morgens mit dem Aufstehen:

„Morgens, um sechs Uhr ertönt ein Pfiff. Mit einem Ruck ist man aus dem Bett, alles geht so schnell, wie man nur kann, aber trotzdem schwirrt schon der Gummiknüppel über unseren Köpfen, das gehört dazu. [...]

Es wird dann eine Schnur gespannt, damit alle Strohsäcke und Kopfteile in der gleichen Höhe und Richtung sind. Wehe dem, bei dem die Karolinie nicht richtig verläuft! Unweigerlich wird das Bett eingerissen, und man fängt wieder von vorne an. Die Arbeit für das Bett allein dauert eine Stunde. Resultat: Man erhält die Morgensuppe kalt oder überhaupt nicht.“³⁴⁵

³⁴³ Henze, W. 1992. S. 49.

³⁴⁴ Frese, H. 1989. S. 67.

³⁴⁵ Ebd. S. 56.

Anschließend geht es hinaus zu den verschiedenen Arbeitskommandos oder zu den Arbeiten ins Moor. Zum Teil mussten die Häftlinge kilometerlange Wege zurücklegen, bevor sie ihre Arbeitsstelle erreichten. Bei karger Kost hatten sie dann schwerste, ungewohnte Arbeiten im Moor zu verrichten:

„Wieder bei der Arbeit, werfen wir den schweren Moorboden von unten nach oben. ‚Kuhlen‘ nennen wir das, es ist wohl die schwerste Arbeit, die es im Moor gibt. Es geht ins Mark und zehrt an den Kräften, viele gehen daran kaputt. Andere stechen Torf ab, wieder andere ziehen Kanäle zur Entwässerung, planieren den Boden, stellen Torf zum Trocknen auf, alles ist sehr schwere Arbeit. Wo man hinsieht, fehlt es an Kraft, weil das schlechte Essen und die Witterung uns allmählich aushöhlen.“³⁴⁶

Wäre dies noch nicht genug, die Häftlinge haben zudem während dieser schweren Arbeit noch die Schikanen der Wachtmannschaften oder deren Vorarbeiter zu ertragen:

„Ich beobachtete, wie einer von dem Posten in einen tiefen Graben gestoßen wird, wegen irgendeiner Kleinigkeit. Triefend vor Nässe krabbelt er daraus hervor. Er hat Humor und macht die Bemerkung, er wolle den Posten wegen dieser Heldentat zum Ritterkreuz vorschlagen, da bekommt er noch welche mit dem Gummiknüppel.“³⁴⁷

Neben diesen Schindereien im Moor finden sich ebenso solche Vorgänge innerhalb der Lager, in denen die Häftlinge gequält werden. So wurden ohnehin demütigende Arbeiten, wie etwa das Säubern der Latrinen, zu menschenunwürdigen Schindereien genutzt:

„Latrine wurden mit Pumpe geleert. Gefangene mußten nackt brusttief in Kot steigen. Ein dicker Wachtmeister von der Strafkompagnie stieß an einen Eimer, sodaß sich Kot über Gefangene ergoß. [...] In Esterwegen wurde erzählt, daß ein Beamter Gefangene gezwungen hätte, Exkremete zu essen.“³⁴⁸

Etliche Aussagen zu Misshandlungen finden sich in den Prozessen gegen den Kommandeur der Strafgefangenenlager, Werner Schäfer. Die Misshandlungen nahmen in den ersten Jahren des Bestehens der Emslandlager solche Ausmaße an, daß es, auch im Zusammenspiel der beiden Wellen von Selbstverstümmelungen, bereits 1938 zu einem Dienststrafverfahren beim Oberlandesgericht in Celle gegen Schäfer kam.

³⁴⁶ Ebd. S. 55.

³⁴⁷ Ebd.

³⁴⁸ Aussage des Strafgefangenen D. im Rahmen des Prozesses gegen den ehem. Kommandeur der Emslandlager Schäfer. Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945. Nr. 49. Beiakte 248

Das Gericht kam nach Ende der Beweisaufnahme zu dem Schluss, „daß zweifellos Gefangenenmißhandlungen, in erheblichem Umfange und auch schwerer Art vorgekommen seien.“ Dennoch war das Gericht der Ansicht, „daß dem Beschuldigten [Schäfer] eine Pflichtwidrigkeit nicht nachzuweisen sei, wenn auch seine Maßnahmen nicht durchweg als sachlich zweckmäßig bezeichnet werden könnten.“³⁴⁹

So verwies das Gericht auf 45 wegen Gefangenenmisshandlungen eingereichte Strafverfahren, von denen „, nicht eines zur Erhebung einer Anklage geführt’ habe“:

„Nach dem Verlauf dieser Strafsachen’, die alle eingestellt worden seien (aufgrund eines Straffreiheitsgesetzes oder einer Beschwerde), habe er demnach davon ausgehen können, daß die Angaben der Strafgefangenen über Mißhandlungen übertrieben, zum Teil wohl erlogen waren und daß es deshalb genügen würde, die Mannschaften öfter darauf hinzuweisen, daß Mißhandlungen auf jeden Fall unterbleiben müßten’. Das habe er bei seinen häufigen Lagerbesuchen getan. In seinen schriftlichen Kommandanturbefehlen sei zwar kein ausdrückliches Mißhandlungsverbot formuliert worden, indirekt hätten sie ein solches aber enthalten. Wenn der Beschuldigte dennoch nicht jede übermäßige Mißhandlung habe verhindern können, so sei ‚die Größe und Unübersichtlichkeit der Lager mit ihren 1500 Wachmannschaften und reichlich 10000 Gefangenen, auch die mangelnde Schulung des Wachpersonals zu seinen Gunsten zu berücksichtigen’“.³⁵⁰

Somit änderte sich nichts an den Verhältnissen in den Lagern nach dem Prozess, was zahlreiche Zeugenaussagen von Häftlingen im Nachkriegsprozess gegen Schäfer aus dem Jahre 1950 vor dem Osnabrücker Schwurgericht bestätigten.

Insbesondere nach Fluchtversuchen hatten ergriffene Strafgefangene mit drastischen Strafmaßnahmen zu rechnen. Zum einen mit Arrest und der Strafkompanie als regulärer Strafe:

„Am schlimmsten hatte man die Menschen behandelt, die es gewagt hatten, diesen Höllen zu entfliehen. Wochenlang lagen sie in Dunkelarrest, ohne dass man ihnen, wie es sonst Brauch ist, einen guten Tag mit Licht und Mittagessen gewährte. Tagsüber waren ihre Hände nach vorn gefesselt, des Nachts waren sie über den Rücken geschlossen, dass die Handgelenke wund wurden und bluteten. Sie litten körperliche Schmerzen und seelische Pein, wurden geschlagen und getreten, litten Hunger und Durst, erhielten trockenes Schwarzbrot und oft, sehr oft, Salzwasser.

³⁴⁹Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 418f.

³⁵⁰Ebd. S. 419.

Überstanden sie diese Qualen, ohne vorher ernstlich zu erkranken, dann wurden sie für drei bis sechs Monate der Strafkompagnie zugeteilt. Wenn sie aus dem Arrest kamen, sahen sie blaß und elend aus, wandelten wie Tote neben ihren Kameraden her und mußten dennoch mit ihrem geschwächten Körper die schwere Arbeit leisten, die ihnen täglich aufgebürdet wurde. Die Gefangenen der Strafkompagnie waren durch breite weiße Streifen, die quer über Jacke und Hose gingen, deutlich gekennzeichnet. Sie mußten jeden Wochentag dreizehn bis vierzehn Stunden arbeiten. Und sonntags wurden sie zum Kartoffel- oder Brenntorffahren für Küche, Wäscherei und Beamtenbaracken herangeholt. Sie mußten exerzieren, springen und laufen, hatten also praktisch keine Minute Selbstbesinnung und Ruhe.“³⁵¹

Zu diesen Maßnahmen gesellten sich noch die Misshandlungen durch die Wachmannschaften selbst, wenn ein Häftling auf der Flucht gescheitert war. So wurden entflozene Strafgefangene, „die nicht tatsächlich auf der Flucht erschossen worden sind, [...] heimlich umgebracht. Da waren David und Ochs, die beiden Juden. Peter erinnerte sich an die Szene, als der Wachtmeister Bertram mit dem Gummiknüppel auf den armen Kameraden Ochs einschlug, bis er besinnungslos auf dem Boden lag. Nachts hat man die beiden aus der Baracke geholt, niemand hat sie wiedergesehen, niemand kennt ihr Schicksal.“³⁵²

Diese Misshandlungen nach Fluchtversuchen stellten keine Seltenheit dar, so berichtet ein ehemaliger Strafgefangener über ähnliche Ereignisse im Lager Esterwegen (Spätherbst 1939):

„Da die ins Freie führende Tür der Arrestbaracke einen schmalen Spalt offen gestanden hätte, hätte er bei der Lagerbeleuchtung erkennen können, daß draußen einige SA-Männer mit Holzlatten bewaffnet gestanden hätten. Darauf hätte er den Angeklagten befehlen hören ‚An die Stirnseite des Lagers, marsch, marsch.‘ Dieser Befehl hätte B. [einer der gefaßten Flüchtlinge] gegolten. Er hätte dann Klatschen und das furchtbare Schreien von B. gehört, das schließlich in ein Wimmern übergegangen sei. Nach einer Weile hätte er den Angeklagten sagen hören: ‚Jetzt aufhören‘. Er hätte nach diesem Vorfall B. nicht mehr gesehen, da dieser ständig unter Verschuß gehalten worden sei.“³⁵³

Andere Misshandlungen waren sogar aktenkundig geworden und es kam auch zu einer Anklage, so auch im Fall des Strafgefangenen Wilhelm H., der am 13.09.1940 während seines Arbeitskommandos einen Fluchtversuch unternahm:

³⁵¹ Henze, W. 1992. S. 100.

³⁵² Frese, H. 1989. S. 120.

³⁵³ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin I Nr. 60.

„Gefangener H. am 13.9.40 beim Entladen eines Lastkahnes bei der Siedlung A beschäftigt. Ihm wurde vom Wachtmann Magers erlaubt, auszutreten. Ging auf andere Seite des Kanals in eine Schonung. Lief durch die Schonung in ein Kartoffelfeld und versteckte sich. Nach Wiederergreifung wurde H. zum Siedlungshof gebracht und dem dortigen Kommandoführer, Halbzugführer J., übergeben gegen 13.30 Uhr.

H. arbeitete zunächst. Stellte dann aber Arbeit ein ohne ersichtlichen Grund. Da er Arbeit trotz Aufforderung nicht wieder aufnahm, schlug Kommandoführer J. H. einige Schläge mit Gummiknüppel auf den Rücken, worauf er weiter arbeitete. Als Kommando nach Arbeitsschluß die Feldbahn zur Zurückbeförderung ins Lager besteigen wollte, brach H. zusammen und mußte auf den Wagen getragen werden. Nach Ankunft im Lager gegen 17.30 Uhr wurde H. vernehmungsunfähig von 2 Gefangenen gestützt ins Lazarett gebracht. Dort ist er trotz ärztlicher Behandlung um 21.45 Uhr verstorben, ohne Bewußtsein wieder erlangt zu haben. Leiche am 17.9.40 in Papenburg gerichtlich geöffnet. Todesursache Lungenentzündung. Diese durch Eindringen von Speisebrei nach Erbrechen hervorgerufen. Erbrechen [hat] seinen Grund in Verletzung [der] Hirnhäute, die auf stumpfe Gewalt zurückzuführen ist.“³⁵⁴

Aufgrund der mehrfach vorgekommenen Misshandlungen wurden Strafprozesse gegen die betreffenden Personen durchgeführt, in vielen Fällen wurden die Strafverfolgungen jedoch ausgesetzt (so wurde im Prozess gegen den Kommandeur der Emslandlager im Jahr 1938 diesem zugute gehalten, „daß von den 45 eingeleiteten Strafverfahren wegen Gefangenenmisshandlungen in der Zeit von 1935-1937 [...] ‚nicht eines zur Erhebung einer Anklage geführt‘ habe“).³⁵⁵

Im Falle des Strafgefangenen H. wurden die beiden Wachmänner nach dem Vorfall zunächst vorläufig beurlaubt (30.09.1940), nach Anhörung von Zeugen war mit einer Anklage zu rechnen, so daß zum 1.2.1941 die Zahlung der Dienstbezüge eingestellt wurde und beide Wachmänner entlassen wurden. Die Staatsanwaltschaft Osnabrück teilte jedoch am 1.5.1941 mit, daß das Verfahren eingestellt worden sei. Die „Schädelverletzung sei wahrscheinlich durch Gewehrkolben von Ma. und Lo. beigebracht. Die Darstellung von Ma. und Lo., daß He³⁵⁶ sie angegriffen habe, lassen sich mangels anderer Zeugen nicht widerlegen. Falls Notwehrüberschreitung hierin liegt, so durch Bestürzung oder Schrecken gerechtfertigt.“

³⁵⁴ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin I Nr. 49. (Beiakte 3)

³⁵⁵ Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 419.

³⁵⁶ Bei den Abkürzungen von „Ma.“ und „Lo.“ handelt es sich um die beiden Wachmänner, „He.“ war der getötete Strafgefangene.

Trotz eines Einwandes eines vor Ort eingesetzten Juristen als Beauftragtem des Reichsjustizministeriums³⁵⁷ entschied der Reichminister der Justiz, „von einer Beschwerde abzusehen.“³⁵⁸

Ein besonders drastischer Fall von Misshandlungen ereignete sich im Juli 1942. Der Leiter des Hauptlazarets Hillmann schreibt an den Kommandeur der Strafgefangenenlager:

„Nach tel. Bericht des Med. Rats Dr. Orth wurde gestern der Strafgefangene Ku., Lager IV, nach Arbeitsschluß in erschöpften Zustand ins Lager gebracht, wo er um 21 Uhr verstarb. Gefangener habe einen Fluchtversuch unternommen. Schußverletzungen waren nicht vorhanden, dagegen am Körper Anzeichen äußerer Gewalteinwirkung. Bis zur Klärung der Todesursache durch eine Sektion sieht Dr. Orth sich außerstande, die Todesbescheinigung auszustellen.“³⁵⁹

Eine gerichtliche Leicheneröffnung vom 31.07.1942 ergab folgende Todesursache:

„Tod Lungenentzündung als Folge von Gewalteinwirkung gegen Brustkorb, und höchstwahrscheinlich Fettembolie (Verschleppung von Fett nach Knochenbrüchen auf dem Blutwege). Weiterhin fanden sich 8 Rippenbrüche, sowie starke Blutaustritte in das Unterhautfettgewebe des gesamten Oberkörpers und des Gesäßes. Dicht unterhalb des rechten Schulterblattes breite Hautabschürfung und grubige Vertiefung.“³⁶⁰

In diesem Fall schrieb der Beauftragte des Reichsjustizministeriums am 10.08.1942 an den Justizminister, dass der Vorgang zudem von Zivilpersonen beobachtet worden sei. Aus diesem Grunde seien weitere Maßnahmen unumgänglich, um die Emslandlager nicht in Misskredit zu bringen. Am 25.09.1942 antwortet der Reichminister der Justiz, er „habe [dem] O. St. [Oberstaatsanwalt] Anweisung erteilt, gegen die beteiligten Wachtmänner Haftbefehl zu beantragen.“³⁶¹

Bereits vier Tage später, am 29.09.1942 wurden die beiden Wachtmänner in Untersuchungshaft genommen, ab Oktober wurden Gefangene als Zeugen vernommen.

³⁵⁷ Nach dem Prozeß gegen Schäfer wurde ein Beauftragter des Reichsjustizministeriums nach Papenburg entsandt, der zu der Beaufsichtigung der Papenburger Kommandantur und der Lager eingesetzt war.

³⁵⁸ Auszüge aus Beiakte 15 zum Prozeß gegen Schäfer und andere im Jahre 1950. Zitiert nach E. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 2387-2390.

³⁵⁹ Brief Hillmanns an den Kommandeur Schäfer vom 20.07.1942. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin I. Nr. 49.

³⁶⁰ Zitiert nach Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 2395.

³⁶¹ Ebd.

Letztlich wurden vier Wachmänner angeklagt und zu Gefängnisstrafen zwischen fünf und neun Monaten verurteilt worden. Auch wurden die Wachmannschaften nochmals auf die Unzulässigkeit der Gefangenenmisshandlungen hingewiesen:

„Ich habe bei Vorkommnissen, insbesondere Entweichungen, Erhebungen bis ins Einzelne angeordnet, ob auch Misshandlungen vorgekommen seien, damit das Wachpersonal weiß, daß solche Dinge nicht geduldet werden.“³⁶²

Bereits jedoch ein Jahr später traten wiederum ähnliche Fälle auf, so daß Schäfer vom damaligen Leiter des Hauptlazaretts Papenburg wiederholt auf Misshandlungen durch Wachmannschaften hingewiesen wurde, aufgrund dessen Folgen Patienten sich im Hauptlazarett bzw. im jeweiligen Lagerlazarett befanden:

„An den Herrn Kommandeur der Strafgefangenenlager Papenburg
Bei meiner heutigen Krankenvsichte im Lager II stellte ich bei dem Gefangenen K., Walter ausgedehnte Haematome an beiden Oberschenkeln und am Hodensack fest. Der letztere ist dick geschwollen und droht zu vereitern. Nach Angaben des K. ist er bei der Arbeit vom Anweiser geschlagen worden. Wenn diese Angaben zutreffen, muss eine starke Misshandlung vorgelegen haben, da K. seitdem schon über 8 Tage im Revier behandelt wurde. K. war nach seinem jetzigen Befund seinerzeit nicht arbeitsfähig, es bestehen unabhängig von den beschriebenen Symptomen starke Oedeme. Beide Erscheinungen zusammen werden voraussichtlich den Tod des K. herbeiführen.“³⁶³

Weiter setzt er in diesem Brief den Kommandeur in Kenntnis, daß Hinweise auf Misshandlungen gemeldet werden sollten:

„Nachdem ich von Med.-Rat Dr. v. Engeln gestern auf diesen Fall aufmerksam gemacht wurde, wies ich ihn darauf hin, dass er als Arzt dazu verpflichtet sei, derartige Fälle zu melden, da er dadurch nicht, wie er annimmt, sein gutes Verhältnis zur Wachtruppe stört, sondern diese nur vor Unannehmlichkeiten schützen kann.“³⁶⁴

Handschriftlich findet sich der Vermerk, daß der Patient am 08.06.1943 verstorben war, also einen Tag nach Fertigstellung dieses Briefes.

³⁶² Brief des Beauftragten an den Reichsjustizminister vom 10.08.1942. In Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 2395.

³⁶³ Brief des Leiters des Hauptlazaretts Papenburg an den Kommandeur der Strafgefangenenlager vom 07.06.1942. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin I Nr. 46.

³⁶⁴ Ebd.

Daß es dennoch weiter Misshandlungen gegeben haben dürfte, zeigt eine Mitteilung des Kommandeurs an Hillmann vom 03.07.1944:

„Ich bitte, wiederergriffene Gefangene persönlich oder durch den Revierbeamten daraufhin zu untersuchen, ob sie geschlagen worden sind. Die Lagervorsteher habe ich angewiesen, die Gefangenen in solchen Fällen stets den Revierbeamten namhaft zu machen.“³⁶⁵

Wohl aufgrund dessen Anweisung finden sich in den Akten zum Schäferprozeß einige Meldungen zu Misshandlungen:

„An den Herrn Vorsteher Lager I. (Börgermoor, den 13.X.44)
Der Strafgefangene Rudolf T., 466/44 weist umfangreiche Hämatome am Gesäß auf. Er gibt[!] an, am 9.ds Mts. bei der Arbeit vom Kommandoführer geschlagen [!] worden zu sein.
gez. Hillmann, Reg.-Med.-Rat.“³⁶⁶

„An Kdr. Strafgefangenenlager Papenburg 11.1.45
Der gestern wegen einer Schußverletzung auf der Flucht von Lager II hier eingelieferte Strafgefangene Richard M., Nr. 973/44 weist umfangreiche Haematome am Gesäss und Rücken auf, die angeblich von Schlägen herrühren.
gez. Hillmann, Reg.-Med.-Rat.“³⁶⁷

Auch weist Hillmann am 30.01.1945 erneut auf die Meldepflicht bei V.a. stattgehabten Misshandlungen hin:³⁶⁸

„An die San.-Beamten der Lager I-V und VII Pbg, den 30.I.45
Betr. Misshandlungen
Werden Anzeichen von Misshandlungen bei Gefangenen, sei es von Mitgefangenen oder anderen Personen, festgestellt, ist umgehend Meldung an der Vorsteher des Lagers zu erstatten. Wenn erst nachträglich vom Arzt solche Anzeichen festgestellt werden, ist er angewiesen, den unterlassenden Beamten zur Meldung zu bringen.
gez. Hillmann, Reg.-Med.-Rat.“³⁶⁹

³⁶⁵ Brief des stellv. Kommandeurs an Hillmann. Beiakte 3 zum Schäferprozeß 1950.
Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin I Nr. 46 und Nr. 49. Hier findet sich handschriftlich der Vermerk Hillmanns „Abschrift an Reviere! Gefertigt 5.7.44. Hillmann“.

³⁶⁶ Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945 Lin I Nr. 46.

³⁶⁷ Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945 Lin I Nr. 45.

³⁶⁸ siehe hierzu die kurze Darstellung der medizinischen Verhältnisse in den Lagern. Hier wird des öfteren berichtet, daß sich viele Strafgefangene nur in dringendsten Fällen im Lagerrevier vorstellten, da es hier auch gehäuft zu Schikanen durch die hier arbeitenden Beamten und Kalfaktoren kam.

³⁶⁹ Staatsarchiv Osnabrück Rep. 945 Lin I Nr. 46.

Letztlich lässt sich aus den zahlreichen Zeugenaussagen und auch dem erhaltenen Aktenmaterial sagen, daß Misshandlungen an der Tagesordnung standen, in einigen Fällen wurden sie geahndet (z.B. durch Versetzung oder Entlassung des bzw. der beteiligten Wachmänner), strafrechtliche Verfolgungen waren jedoch eher die Ausnahme und nur in besonders schweren Fällen zu erwarten (z.B. im Fall der Misshandlungen mit Todesfolgen). Hier ist aber zu berücksichtigen, daß das Ansehen der Lager selber in der Bevölkerung nicht in Misskredit gelangen durfte, zumal Vorfälle von Misshandlungen z.T. von Außenstehenden beobachtet wurden (s.o.). Zudem fielen in diesen Prozessen die Strafen gegenüber dem Wachpersonal vergleichsweise gering aus.

4.10 Neurologische und psychiatrische Erkrankungen

Infolge neurologischer und psychiatrischer Krankheiten wurden im Zeitraum 1934 bis 1945 75 Strafgefangene aus dem Emslandlagerkomplex behandelt. Dieses entspricht bei Vorliegen von 2652 Krankenakten einem relativen Anteil von 2,8%.

Diese Krankheiten lassen sich in folgende Kategorien gliedern, dadurch ist gleichzeitig ein Überblick über die verschiedenen Arten der neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen möglich:

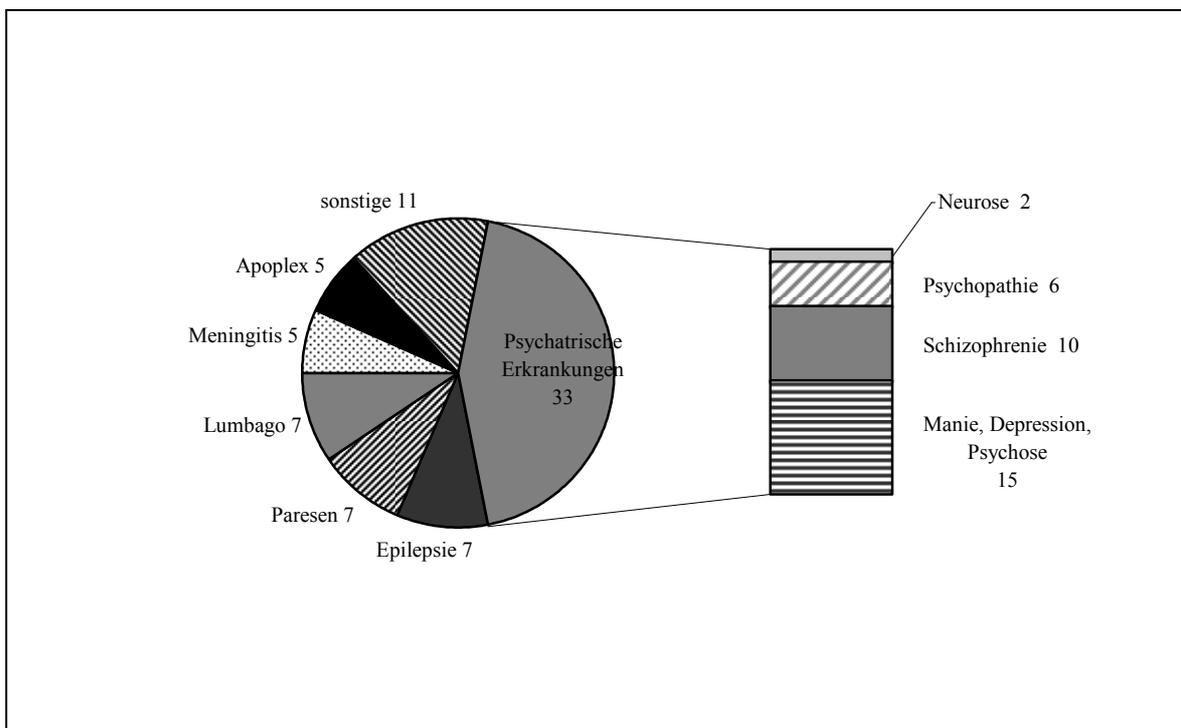


Abbildung 36: Differenzierung der neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen

Einen großen Teil stellen die psychiatrischen Erkrankungen mit 33 Fällen ($\cong 44,0\%$). Zu diesen gehören Diagnosen wie Schizophrenie (10), Manie, Depressionen und Psychosen (15), Neurosen (2), jedoch auch ungenaue Bezeichnungen wie „Psychopathie“, Halluzinationen und „Geistesstörung“ (6), die entweder ein Teilsymptom eines psychischen Syndroms bzw. einer psychiatrischen Erkrankung darstellen oder eine (durch den Wissensstand des Arztes nicht näher differenzierbare) psychische

Veränderung. Zum Teil erscheinen die Diagnosen aus heutiger Sicht abfällig wie z.B. „angeborener Schwachsinn“.³⁷⁰

Den übrigen Anteil (42 Fälle \cong 56,0%) stellen die neurologischen Erkrankungen, wobei sich die in einzelne Krankheiten aufteilen lassen:

So traten in den Jahren 1934-1945 jeweils 7 Fälle (\cong 9,3%) von Epilepsie, Paresen einer oder mehrerer Extremitäten sowie von akuten Lumbagoanfällen auf. In jeweils 5 Fällen (6,7%) wurden Strafgefangene aufgrund einer Meningitis oder eines Apoplex behandelt. Diese gesamten Krankheitsbilder überschneiden sich, so können die Paresen z.B. Folge eines (nicht erkannten oder eines leichten) Schlaganfalls oder einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) sein. Oder die Lumbagobeschwerden sind Ausdruck eines Bandscheibenvorfalles, welcher letztendlich auch mit schwerwiegenden Komplikationen wie eben wieder einer Parese einhergehen können. 11 neurologische Krankheitsfälle wurden unter „sonstige“ Krankheiten zusammengefasst, daß diese nur vereinzelt auftraten. Es sind die im einzelnen: Erkrankungen in Form einer Neuralgie (3), Multiple Sklerose (2) bzw. eine „Polyneuritis mit aufsteigender Rückenmarkslähmung“ (1), Comotio cerebri (2), eine Erkrankung durch „Veitstanz nach Influenza“ (Chorea) und einmal ein Verdacht auf einen Hirntumor, differentialdiagnostisch wurde jedoch eine Lues im Endstadium nicht ausgeschlossen (in der Krankenakte ist die Aufnahmediagnose mit „Gehirn-Tumor?, Gumma“ beschrieben).

³⁷⁰ Die Nomenklatur der psychiatrischen Erkrankungen in jener Zeit hat in unseren Ohren heute einen abwertenden Charakter wie z.B. der „Schwachsinn“ für eine angeborene oder erworbene Intelligenzminderung, „Dummheit“ oder „Beschränktheit“ für einen geringen Intelligenzrückstand, „Verblödung“ für eine im späteren Leben erworbene Intelligenzminderung (Demenz). Diese Begriffe waren auch noch nach dem Krieg in der medizinischen Terminologie geläufig, sind aber mittlerweile durch wertfreie Fachterminologie ersetzt (Demenz, mentale Retardation).

Unter dem „angeborenen Schwachsinn“ verstand man „einen erbten (anlagebedingten, endogenen) Intelligenzrückstand gegenüber durchschnittlich begabten Volksgenossen der gleichen sozialen Schicht.“ Weiter gehören zu den angeborenen Formen die intrauterin (durch z.B. Lues) oder perinatal erworbenen (durch z.B. Geburtstraumen) bedingten Intelligenzminderungen.

Vgl. Kloos, G. Grundriß der Psychiatrie und Neurologie unter besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik. München 1944. S. 354.

Ebenso gibt es Überschneidungen zwischen den psychiatrischen und den neurologischen Erkrankungen, so können z.B. Epilepsien auch zu Wesensveränderungen oder schizophrenen Psychosen führen.³⁷¹

4.10.1 Psychiatrische Erkrankungen

Im Folgenden sollen die aufgetretenen psychiatrischen Erkrankungen kurz umrissen werden:

Psychosen/Psychopathie: Die Bezeichnungen der Psychose und der Psychopathie waren zur damaligen Zeit nicht scharf definiert. Beide Begriffe beschrieben eine Seelenstörung, wobei die Psychose eine „innerhalb des Lebenslaufs zeitlich abgrenzbare Krankheit“³⁷² darstellte und zu deren Unterformen auch die Schizophrenie oder Paralyse zählten.

Im Gegensatz dazu bezeichnete die Psychopathie einen „abnormen Dauerzustand“ in Form „anlagebedingter Abartigkeit bzw. Mängel des Charakters.“ Diese „Abartigkeit der Wesensanlagen kann die einzelnen Seiten der Persönlichkeit in verschiedenem Maße betreffen“, aus der ergibt sich „eine fast unübersehbare Zahl psychopathischer Spielarten“ (u.a. hypomanische Psychopathen, depressive P., stimmungslabile P., Anankasten, asthenische Psychopathen).³⁷³

Schizophrenien: Auch zur damaligen Zeit wurde die Schizophrenie anhand bestimmter Symptommerkmale/Symptomkombinationen diagnostiziert (positive Begriffsbestimmung), jedoch wurde der Begriff der Schizophrenie für „jene Gruppe von Geisteskrankheiten, die nach Ausschluß der exogenen (symptomatischen, toxischen und cerebral-organischen), epileptischen, manisch-depressiven und psychogenen Psychosen (abnormen seelischen Reaktionen) übrig bleibt“, verwendet (negative Begriffsbestimmung).³⁷⁴

³⁷¹ Vgl. Kisker [u.a.] (Hrsg.) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Thieme-Verlag Stuttgart. 1987. S. 280f.

³⁷² Kloos, G. 1944. S. 2.

³⁷³ Ebd. S. 426f. Im klinischen Wörterbuch wird die „Psychopathia“ mit „Geistesstörung = Psychose“ beschrieben, psychopathisch wird als „geistig abnorm aus erbl. Anlage“ definiert. Die „Psychose“ bezeichnet eine „Geisteskrankheit“ welche in verschiedene Formen (Erschöpfungs-, Intoxikations-, Degenerations-, endogener und exogener Psychose) unterteilt wird. Vgl. Dornblüth, O. Pschyrembel, W. 1939. S. 460.

³⁷⁴ Kloos, G. 1944. S. 390

Die Therapie bestand in erster Linie in einer „Krampfschockbehandlung“ (durch Elektroschocks, Auslösung epileptischer Anfälle durch Azoman oder Cardiazol oder hypoglykämische Insulinschocks [„Insulinkur“]). Darüber hinaus wird eine Arbeitstherapie („Beschäftigung der Kranken mit Haus-, Werkstatt- oder Landwirtschaftsarbeiten“) empfohlen bei gleichzeitiger psychischer Führung. Zudem wurde eine „Meldung und Unfruchtbarmachung der diagnostisch einwandfreien Schizophrenen“ zur „Prophylaxe“ empfohlen.³⁷⁵

Die Schizophrenie wird heute definiert „durch ein Nebeneinander von gesunden u. veränderten Erlebnis- und Verhaltensweisen“. Die Diagnose wird gestellt durch das Zusammentreffen verschiedener Symptome, welchen selber eine unterschiedliche Wertigkeit zugewiesen wird (Symptome 1. und 2. Ranges, hierzu gehören u.a. Halluzinationen, Störungen des Gedankenablaufes, schizophrene „Ich-Störungen“). Die Therapie ist je nach Verlauf unterschiedlich und sowohl medikamentös (Neuroleptika, heute auch als Antipsychotika bezeichnet) als auch durch andere Verfahren (z.B. Elektrokonvulsionsbehandlung, Ergo- und Psychotherapie) möglich. Bei der Schizophrenie können die Verlaufsformen unterschiedlich sein, so daß Patienten mit leichten Formen selbständig leben können (unter ambulanter ärztlicher/psychologischer Betreuung), andere hingegen ständig in geschlossenen Abteilungen einer Psychiatrie leben müssen.³⁷⁶

Neurosen: Zur damaligen Zeit bezeichnete eine Neurose eine „abnorme, seelische Reaktion, [...] die hinsichtlich ihrer Art, Schwere oder Dauer vom gewohnten Durchschnitt“ abwich. Diese konnten weiter eingeteilt werden in „hysterische Reaktion“ (ein starker, z.Zt. nicht erfüllbarer Wunsch führt zu einer psychischen Störung), „reaktive Depression“ (ein „betäubendes Ereignis“ führt zu einer unverhältnismäßig langen oder tiefen Verstimmung), „paranoische Reaktion“ (übertriebenes Misstrauen oder wahnhaftige Beeinträchtigungsideen nach erlittener Benachteiligung, Beschämung oder Kränkung; häufig bei Schwerhörigkeit) usw. Entscheidende Merkmale der Neurose waren, daß sie in einem „zeitlichen, [...] ursächlichen [...] und verständlichen [...] Zusammenhang mit einem auslösenden Erlebnis stehen, [...] von diesem auch in ihrem Verlauf abhängig und [...] seelisch (psychotherapeutisch) beeinflussbar sind.“

Die Therapie erfolgte durch „Beseitigung der Anlässe (soweit möglich), vermittelndes Eingreifen, Führung und Unterstützung bei der Überwindung der seelischen Gleichgewichtsstörung, [...] in manchen Fällen Hypnose.“³⁷⁷

³⁷⁵ Vgl. Ebd. S. 390-413.

³⁷⁶ Vgl. Kisker [u.a.]. 1987. S. 365ff.

Fleischhacker, W. Hinterhuber, H. Lehrbuch Psychiatrie. Wien. 2012. S. 111ff.

³⁷⁷ Vgl. Kloos, G. 1944. S. 434 - 441.

Heute stellt die Neurose einen veralteten Oberbegriff dar für eine „anhaltende psychosoziale od. psychische Störung mit auslösenden od. andauernden Konflikten, ohne nachweisbare org. Grundlage u. ohne den für Psychose kennzeichnenden Verlust des Realitätskontakts“.³⁷⁸ Nach der Triebtheorie nach Freud³⁷⁹ haben alle Menschen Triebe, die nicht zu befriedigen sind und bedienen sich somit bestimmter Abwehrmechanismen (Verdrängung, Isolierung, Projektion usw.). Werden diese jedoch übermäßig gebraucht und entsteht daraus ein krankhafter Wert, ist eben dies die Ausprägung der Neurose. Diese kann unterschiedliche klinische Ausprägungen annehmen. (Angststörung, Zwangsstörung, somatoforme Störungen).

Die Therapie richtet sich nach Art und schwere der Störung und reicht dementsprechend von medikamentöser Therapie über Verhaltens- und Psychotherapie.³⁸⁰

³⁷⁸ Pschyrembel. 2011. S. 1453.

³⁷⁹ Zur näheren Erläuterung dient die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie (Drei-Instanzen-Modell) nach Freud. Hier steht zwischen dem Es (ein unbewusster Teil der Persönlichkeit und Sitz der primären Triebe) und dem Über-Ich (Sitz der Werte und moralischen Regeln und Normen, entspricht in etwa dem Gewissen) das Ich (das gegenwärtige Bewusstsein); dessen Handeln wird in der Art gesteuert, „die Impulse des Es [zu] befriedigen, ohne unerwünschte Konsequenzen zu haben. [...] Wenn Es und das Über-Ich im Konflikt stehen, arrangiert das Ich einen Kompromiss, der beide zumindest teilweise. zufriedenstellt. Wenn sich jedoch der Druck durch das Es und das Über-Ich erhöht, wird es für das Ich zunehmend schwieriger, einen optimalen Kompromiss zu finden.“ Bei diesem Kompromiss kann das Es eingeschränkt werden; um das Es dennoch zu befriedigen, bedient sich der Körper bestimmter Abwehrmechanismen.

Vgl. Zimbardo, P. G. Gerrig, R. J. Psychologie. München. 2008. S. 518..

³⁸⁰ Vg. Tölle, R. Windgassen, K. Psychiatrie. Heidelberg 2009.. S. 48ff.

Im folgenden Diagramm soll ein Überblick über das zeitliche Auftreten der neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen gegeben werden:

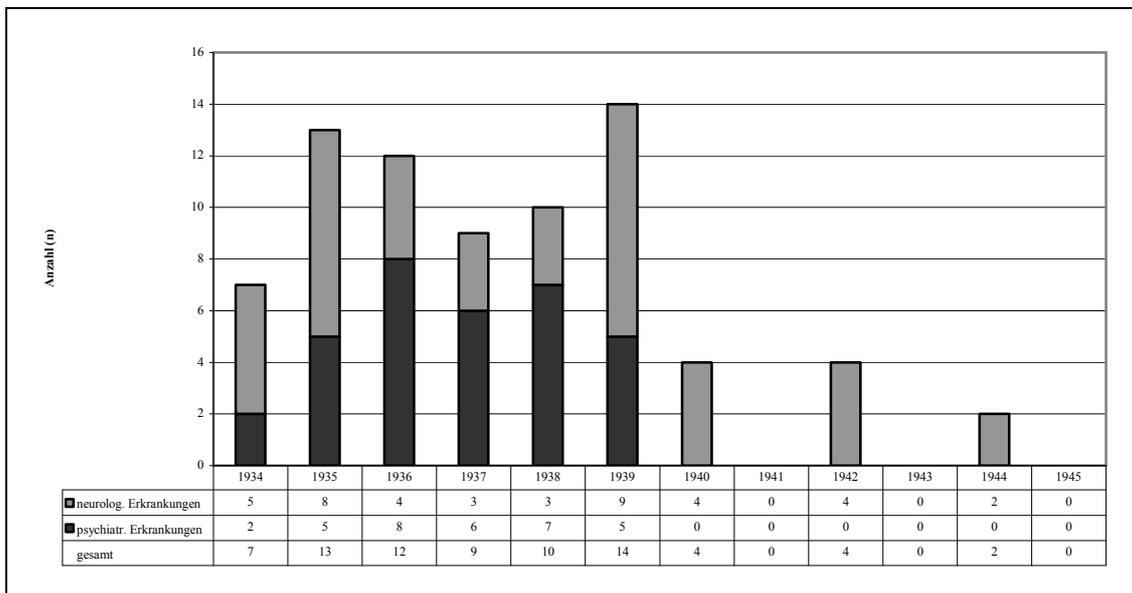


Abbildung 37: Inzidenzen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen

In der Abbildung ist das Auftreten sowohl der neurologischen als auch der psychiatrischen Erkrankungen zeitlich aufgetragen. Es wurden, aufgrund der insgesamt nur geringen Fallzahlen, die Krankheiten nicht weiter differenziert.

Zum einen fällt auf, daß in den Jahren 1934 bis 1939 die Fallzahlen insgesamt deutlich größer waren als in den nachfolgenden Jahren 1940-1945. Zum anderen zeigt sich, daß ab dem Jahr 1940 einschließlich kein Fall einer psychiatrischen Erkrankung im Hauptlazarett Papenburg behandelt wurde. Diese traten lediglich in den Jahren 1934-1939 auf mit einer Fallzahl zwischen zwei (1934) und acht (1936) Strafgefangenen pro Jahr. Insgesamt wurden in den Jahren des Auftretens 33 Häftlinge aufgrund einer solchen Erkrankung in Papenburg therapiert.

Ähnlich ist es mit den neurologischen Erkrankungen, so liegen hier auch die Fallzahlen in den ersten Jahren des Bestehens der Emslandlager (1934-1939) insgesamt höher, die Fallzahl liegt hier zwischen drei und neun Häftlingen pro Jahr (durchschnittlich 5,3 Patienten im Jahr). Aber auch hier fallen diese Zahlen in den Jahren 1940-1945 deutlich ab, die jährliche Fallzahl beträgt nur noch zwischen null und vier Strafgefangene im Jahr, der rechnerische Mittelwert liegt hier bei 1,7 Patienten pro Jahr.

Die durchschnittliche Liegedauer der 33 an einer psychischen Erkrankung leidenden Häftlinge liegt bei 17,1 Tagen, wobei diese bei den beiden häufigsten Unterformen, Psychose und Schizophrenie, etwas geringer ist mit 13,5 und 11,5 Tagen. Bei ihnen erstreckt sich die Bandbreite der Verweildauer von wenigen Tagen (1-3 Tage) bis hin zu langen Aufenthalten von bis zu 61 Tagen. Bei den übrigen Unterformen der psychiatrischen Erkrankungen erübrigt sich aufgrund der geringen Fallzahlen eine statistische Auswertung. Die zwei Strafgefangenen, die aufgrund einer Neurose in das Hauptlazarett verlegt wurden, lagen 16 bzw. 93 Tage in stationärer Behandlung. Häftlinge mit einer „Geistesstörung“ ohne nähere Umschreibung verbrachten jeweils 10, 16 und 21 Tage im Marienkrankenhaus Papenburg. Ebenso wurden die beiden Patienten, bei denen ein „angeborener Schwachsinn“ diagnostiziert wurde, nach 8 Tagen entlassen.

Auffällig bei der Auswertung der Erkrankungen ist, daß von den 33 an einer psychiatrischen Krankheit leidenden Strafgefangenen 28 moorunfähig direkt in andere Anstalten verlegt bzw. in das Lager mit der Vorgabe einer Verlegung entlassen wurden ($\cong 84,9\%$). Zum einen wurden sie durch die Erkrankung selber moorunfähig, zum anderen bot das Krankenhaus Papenburg auch nicht die Kapazitäten, sowohl von medizinisch-fachlicher und pflegerischer Seite als auch von den räumlichen Gegebenheiten. So war eine ständige Betreuung bzw. Beaufsichtigung z.B. suizidaler Strafgefangener nicht zu leisten. Weiter waren diese Leiden zumeist chronisch, so daß, auch nach vorübergehender Restitution ein Rückfall beinahe schon zu erwarten war. Nur ein Patient mit „angeborenem Schwachsinn“ wurde arbeitsfähig in das Lager zurück überwiesen; in fünf Fällen war keine Angabe zum weiteren Procedere dokumentiert.

Ein Großteil dieser in auswärtig verlegten Patienten (20 der 28 moorunfähig entlassenen Strafgefangenen) wurde in die „Strafanstalt Münster“ verlegt. In den übrigen Fällen, mit Ausnahme eines Patienten, der nach Elberfeld verlegt wurde, waren die Angaben ungenau zu den nächsten (Haft-)Anstalten, in denen u. U. eine psychiatrische Betreuung gewährleistet werden konnte; so finden sich dort lediglich Angaben wie „Verlegung in Irrenabteilung“ oder „zurück in Mutteranstalt“.

Lediglich ein Patient, der 47 jährige Strafgefangene Wilhelm L., der sich vom 20. Januar bis zum 08. Februar 1939 in stationärer Behandlung befand, wurde dezidiert aufgrund einer Haftpsychose in das Hauptlazarett Papenburg überwiesen. Hierbei handelt es sich um eine psychiatrische Störung, die infolge bzw. während der Haftzeit in Erscheinung tritt. Die Ursachen dieser Erkrankung sind umstritten; in frühen Jahren des letzten Jahrhundert wurden verschiedene Ansätze diskutiert, hierbei existierten z.T. konträre Meinungen (die Haftpsychose sei u.a. genetisch begründet und ergäbe sich aus dem Lebensweg; „sie entspringe aus einer Simulation und baue sich zu einer Psychose aus“; sie sei eine „psychogene Psychose“).³⁸¹ In neuerer Zeit wurde die Haftpsychose als eine „persönlichkeitsspezifische, stets durch die Haftsituation provozierte Reaktion“ beschrieben, die durch „Hartnäckigkeit im Fortbestehen und die im Laufe der Zeit fortschreitende ‚Ausgestaltung unterschiedlicher Symptome‘“ erkennbar wird. „Das Erscheinungsbild sei grotesk und differentialdiagnostisch von einer Schizophrenie schwer zu unterscheiden.“³⁸² In den heutigen Klassifikationen der Krankheiten (ICD-10 und DSM-IV für die psychischen Störungen) existiert die Diagnose der Haftpsychose nicht.³⁸³

Es erscheint verwunderlich, daß lediglich ein Patient aufgrund einer solchen Haftpsychose in das Hauptlazarett überwiesen wird, da es doch zwei Wellen von Selbstverstümmelungen gegeben hat und aus ärztlich-psychiatrischer Sicht „die Fremdkörperschlucker fast ausnahmslos Hysteriker und Psychopathen sind“.³⁸⁴ Hier stellt sich dann die Frage, warum 28 der 33 Patienten, die an einer psychiatrischen Erkrankung litten, moorunfähig entlassen wurden ($\cong 84,9\%$), dieses war jedoch von den 164 Patienten, die eine Selbstverstümmelung begingen, nur bei 25 Strafgefangenen der Fall ($\cong 15,2\%$).

Die Ursache liegt wohl darin, daß ein solches Vorgehen (Verlegung der Patienten in eine psychiatrische Abteilung und damit Entlassung des Strafgefangenen aus den Emslandlagern) ein noch größerer Anreiz wäre, eine Selbstverstümmelung zu begehen,

³⁸¹ Gößling, J. Konrad, N. Zur Entität der so genannten Haftpsychose. In: Recht und Psychiatrie 22. Jahrgang. Heft 3. 2004. S. 123.

³⁸² Gößling, J. Zur Entität der sogenannten „Haftpsychose“. Diss. Univ. Berlin. 2004. S. 12.

³⁸³ Gößling, J. Konrad, N. 2004. S. 123.

³⁸⁴ Goedel, R. Zur Mentalität der Fremdkörperschlucker, speziell der Gefängnisinsassen. Deutsche Zeitschrift für gerichtliche Medizin. 19. 1932. S. 75.

da ja gerade dies (die Entlassung aus dem Lager) das Ziel eines solchen Unternehmens gewesen ist. Somit hätten die beiden Selbstverstümmelungswellen, die in den Lagern auftraten, ein noch wohl ungleich größeres Ausmaß angenommen.

4.10.2 Neurologische Erkrankungen

Wie bereits oben erwähnt, wurden 42 Patienten aufgrund neurologischer Erkrankungen bzw. neurologischer Störungen im Hauptlazarett Papenburg behandelt. Hierbei handelte es sich eine breite Streuung neurologischer Krankheiten und Krankheitsbilder, wobei jede nur mit einer geringen Fallzahl vertreten war. Im Einzelnen möchte ich die häufigsten aufgetretenen Erkrankungen kurz erläutern:

Epilepsie: Die Epilepsie (auch M. sacer oder Fallsucht) beschreibt verschiedenartige Erkrankungen, deren führendes Symptom der cerebrale Krampfanfall ist. Die *idiopathische Epilepsie* stellt eine chronisch fortschreitende Erbkrankheit dar, welche durch wiederholt auftretende Krampfanfälle, psychischen Ausnahmezuständen letztlich zu Wesensveränderungen führt. Alle übrigen Krampfleiden werden als *symptomatische Epilepsie* zusammengefasst.

Hauptmerkmal der Erkrankung ist der epileptische Anfall, welcher generalisiert („grand mal“) die gesamte willkürliche Muskulatur erfasst, als fokaler Anfall oder abortiver Anfall („petit mal“) auftritt. Hierbei können nur kleine Zuckungen oder sensorische Störungen auftreten.

Die Pathogenese der Anfälle ist noch nicht völlig geklärt, andere Krankheiten (Hirntumor, -blutung oder -infarkt, Traumata, Alkoholismus) können mit einer Epilepsie einhergehen.

Diagnostische Hilfe bietet das Encephalogramm; im Anfall ergeben sich abnorme Potentialschwankungen, in Intervall sehr träge Wellen.

Die Therapie besteht in Gabe von Prominal (einem Barbiturat), auch in Kombination mit Belladonna oder Bor-Präparaten. Im Status epilepticus empfiehlt sich eine Lumbalpunktion (20ccm Liquor), oder hypertonische Traubenzuckerlösung.³⁸⁵

³⁸⁵ Vgl. Kloos, G. 1944. S. 358ff.

Heute erfolgt die Diagnose ebenfalls nach einem Anfall vor allem durch das (Provokations-)EEG, zusätzlich wird die heutige bildgebende Diagnostik (CT, MRT/MRI und PET/SPECT) genutzt. Standardtherapie ist eine Monotherapie mit Valproinsäure (Mittel der ersten Wahl bei generalisierter Epilepsie), aber auch weitere Antiepileptika (ggf. in Kombination) sind möglich. Auch sind hirnchirurgische Eingriffe möglich.³⁸⁶

Aufgrund einer Epilepsie wurden im Hauptlazarett Papenburg sieben Patienten³⁸⁷ behandelt, wobei auffällig ist, daß sechs von ihnen in den Jahren 1934 (2) und 1935 (4) sich in stationärer Behandlung befanden. Lediglich im Jahr 1940 wurde erneut ein Strafgefangener aufgrund dieser Krankheit aufgenommen. Die in den ersten beiden Jahren aufgenommenen Häftlinge wurden allesamt moorunfähig entweder direkt in auswärtige Anstalten entlassen oder zunächst in das Lager zurückverlegt, um von dort aus eine Verlegung aus den Moorlagern zu organisieren. Jener Strafgefangene, der sich im Jahre 1940 in stationärer Behandlung befand, wurde in das Lagerrevier zurückverlegt; in der Akte findet sich kein Vermerk, ob aus seiner Erkrankung eine Moorunfähigkeit resultiert.

Die Liegedauer dieser sieben Patienten betrug zwischen 7 und 22 Tagen, wobei sich eine mittlere Verweildauer 14,1 Tagen ergab.

Es ist anzunehmen, daß deutlich mehr Strafgefangene unter einem regelmäßigen Anfallsleiden litten. In der Literatur wird angegeben, daß 2% der Bevölkerung von solch einer Krankheit betroffen ist.³⁸⁸ Geht man von einer Zahl von ca. 70.000 Strafgefangenen für die Jahre 1934-1945 aus³⁸⁹, so ergibt sich rechnerisch eine Zahl von 1400 Häftlingen, die unter Anfällen leiden mussten.

³⁸⁶ Vgl. Sitzer, M. Steinmetz, H. Lehrbuch Neurologie. München. 2011. S. 75ff.

³⁸⁷ Die Diagnose einer Epilepsie kann sich schwierig gestalten, da die Fremdanamnese (Beobachtung der Myoklonien durch Außenstehende) oft wegweisend ist. So können epileptische Anfälle als solche verkannt werden als „Schwächeanfall“, umgekehrt wird der kurzfristige Kreislaufkollaps (Synkope) als Anfall bezeichnet.

Vgl. Schmitt-Halin, E. Psychiatrische und neurologische Erfahrungen bei Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes, der Wehrmacht und der Westfront-Arbeitslager. Medizinische Welt. 14/1940. S. 242f.

³⁸⁸ Vgl. MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. MSD Sharp&Dohme GmbH (Hrsg). München. 2007. Online im Internet: <http://www.msd.de/msdmanual/secure/home.html> (Stand: 23.10.2012)

³⁸⁹ Vgl. Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Hrsg.: Landkreis Emsland. Sögel. 1986. S. 5.

Demgegenüber steht die Vermutung, daß ein Großteil dieser Häftlinge nicht als krank auffielen, da es Formen der Epilepsie gibt, die sich nur bei genauerer Betrachtung als solche äußern (z.B. wiederkehrende Absencen oder Formen wie etwa der „Versiv-Anfall“, bei dem es zu einer Kopf- oder Rumpfdrehung kommt oder der Jackson-Anfall, bei dem sensorische und/oder motorische Myoklonien (Muskelzuckungen) auftreten, welche über eine Körperhälfte wandern). Die Vigilanz ist bei dieser Art der Anfälle ungestört, weiter enden diese Anfälle nach einiger Zeit wieder. So ist es sogar möglich, daß einem Patienten selbst gar nicht bewusst ist, daß er unter einer Form der Epilepsie leidet.

Weiter dauert ein Anfall, auch ein Grand-mal-Anfall, nur wenige Sekunden bis Minuten, so daß die Patienten nach diesem Anfall (bzw. dem in einigen Fällen folgenden postiktalen Schlaf) wieder als völlig gesund erscheinen und augenscheinlich keine weitere Behandlung benötigen, so daß eine ärztliche Vorstellung unnötig erscheint, zumal die Patienten selber sich an dieses Ereignis nicht erinnern können.

Insoweit erscheint es wiederum nicht verwunderlich, daß lediglich sieben Patienten aufgrund einer Epilepsie behandelt wurden, hierbei hat es sich wohl um schwerwiegendere Fälle gehandelt (rezidivierend auftretende Anfälle in kurzen Abständen, Status epilepticus).

Lumbago: Dieser Ausdruck bezeichnet starke, z.T. plötzlich einsetzende („Hexenschuss“) Rückenschmerzen (ohne Trauma), die mit einer Schonhaltung und schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen einhergehen können. Die Ursachen sind mannigfaltig, so können Über- oder Fehlbelastungen des Bewegungsapparates, Schäden an der Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung und -vorfall) oder der Wirbelsäule (Spondylolisthesis, Spinalkanalenge) oder auch Tumore die Beschwerden auslösen. Diese rühren von Druck bzw. einer Irritation des Rückenmarks oder der Nervenwurzeln, welcher als (ausstrahlender) Schmerz empfunden wird (Lumboischialgie).

Die Therapie ist zunächst konservativ (Wärmeanwendungen, Stufenbett, analgetische Therapie), hierunter gehen die Beschwerden meist nach kurzer Zeit zurück.³⁹⁰

³⁹⁰ Vgl. Garrè [u.a.]. 1942. S. 259

Lumbago / lumboischialgieforme Beschwerden gehen meist auf Änderungen der Wirbelsäule zurück, zumeist auf Schäden der Bandscheibe mit Irritation der Nervenwurzel zurück. Daher werden heute bei therapieresistenten Beschwerden oder weiteren neurologischen Defiziten sensorischer oder motorischer Art weitere diagnostische Mittel (CT, MRT) zu Hilfe gezogen, bei therapieresistenten Beschwerden stehen mikrochirurgische Verfahren zur Wahl.

Ebenfalls sieben Patienten wurden mit der Diagnose einer Lumbago im Marienkrankenhaus Papenburg behandelt. Die Strafgefangenen, die an dieser Erkrankung litten, wurden jedoch nur vereinzelt aufgenommen, ebenfalls erfolgten diese Aufnahmen vor allen in den ersten (Vorkriegs-) Jahren des Bestehens der Lager (1934: 3, 1938: 1, 1939: 1, 1942: 1). Lediglich ein Patient ist aufgrund seiner Erkrankung als moorunfähig entlassen worden, in den anderen Fällen erfolgte eine Rückverlegung in das Lager (4) bzw. das Lagerrevier (2). Weiter findet sich in vier Fällen der explizite Zusatz „arbeitsfähig“.

Dennoch liegt die Liegedauer dieser Patienten zwischen 6 und 54 Tagen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 27,1 Tagen.

Apoplex: Dieser veraltete Sammelbegriff (deutsch: Schlaganfall) steht für einen „plötzlichen Funktionsausfall einzelner Gehirnteile, der sich in Bewußtlosigkeit, Lähmungen und Herdsymptomen äußert.“³⁹¹ Ursachen des Schlaganfalls sind zum einen die Hirnblutung und der häufigere Hirninfarkt durch Minderperfusion des Hirngewebes.

Die Symptome einer Blutung und Ischämie sind ähnlich (Paresen bis hin zur Tetraplegie, Vigilanzstörungen können bis hin zum Koma auftreten, Kopfschmerzen, Schwindel, Aphasie), je nach Ausprägung und Lokalisation treten sie zusammen in Kombination und chronologischem Verlauf auf.

Die Unterscheidung zwischen einer Ischämie und einer Blutung war zur damaligen Zeit schwierig und beschränkt: Hinweise lieferte das klinische Bild und die Anamnese des Patienten (Vorerkrankungen). Im Falle des ischämischen Insults konnte meist nur eine konservative, kreislaufunterstützende Therapie durchgeführt werden (durch z.B. Cardiazol, Coffein, Achetylcholin; Nitrite zur Gefäßerweiterung und damit Verbesserung der Durchblutung), bei Verdacht auf eine Blutung wurde eine Trepanation durchgeführt.³⁹²

³⁹¹ Kloos, G. 1944. S. 285.

³⁹² Vgl. Ebd. S. 285-292.

Eine genaue Diagnose ermöglicht heute eine Untersuchung im Computertomographen.

Dementsprechend unterschiedlich ist auch die Therapie der beiden Erkrankungen: bei der ischämischen Form ist eine Auflösung des Blutgerinnsels möglich (Fibrinolyse), zudem sollten später eine Thromboseprophylaxe und ggf. weitere Maßnahmen erfolgen (Einstellung eines Hypertonus, Behandlung einer Carotisstenose).

Im Falle einer Hirnblutung kann eine Ausräumung der Blutung und eine Versorgung des betroffenen Gefäßes unternommen werden (je nach Lokalisation).

In beiden Fällen sind nach Überstehen der akuten Phase bei bestehenden Residuen (Sprachstörungen, Lähmungen) rehabilitative Maßnahmen angezeigt.³⁹³

Fünf Häftlinge wurden wegen eines Schlaganfalls in das Marienkrankenhaus verlegt. Hierbei handelte es sich naturgemäß um schon ältere Strafgefangene, der Altersdurchschnitt weicht mit 41,8 Jahren deutlich vom übrigen Altersspektrum ab (das durchschnittliche Alter der im Hauptlazarett behandelten Strafgefangenen ermittelt aus den Krankengeschichten beträgt 31,9 Jahre), wobei die Altersspanne von 32 bis 48 Jahren reicht. Auffällig ist wiederum, daß diese Erkrankungen wiederum nur aus den Vorkriegsjahren (1935-1939) stammten, aus dem Zeitraum 1940-1945 wurde kein Häftling wegen einer derartigen Erkrankung behandelt.

Von den fünf Patienten verstarben drei an den Folgen der Krankheit, die übrigen zwei wurden moorunfähig in die jeweilige Mutteranstalt verlegt.

Die Liegedauer schwankte erheblich zwischen den einzelnen Fällen und lag zwischen 7 und 84 Tagen, wobei diejenigen Patienten, die verstarben, längstens 12 Tage im Hauptlazarett verweilten. Die zwei Patienten, die letztlich auswärts verlegt wurden, sind 26 und 84 Tage im Krankenhaus behandelt worden.

³⁹³ Vgl. Sitzer, M. Steinmetz, H. 2011. S. 117ff.

MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. MSD Sharp&Dohme GmbH (Hrsg). München. 2007.
Online im Internet: <http://www.msd.de/msdmanual/secure/home.html> (Stand: 23.10.2012).

Parese: Bei der Parese handelt es sich um eine motorische Störung, die mit Lähmung von Muskeln oder Muskelgruppen einhergeht. Oftmals sind Extremitäten betroffen, bei einer vollständigen Lähmung spricht man von Plegie oder Paralyse (wobei im medizinischen Sprachjargon außerhalb des neurologischen Fachkreises die Unterscheidung der Begriffe Paralyse, Plegie und Parese unscharf ist). Die Ursache der Parese kann zum einen durch eine Schädigung eines Nerven oder/und einer Muskelgruppe herrühren (periphere Parese, z.B. durch ein Trauma), oder aber durch Schädigung höhergelegener Nervenstrukturen (Rückenmark, Gehirn; Schädigung ebenfalls durch Trauma, Hirninfarkt/ -blutung oder Tumor). Dementsprechend äußert sich die Symptomatik in einer schlaffen (atrophische) und spastischen (krampfartigen) Lähmung, auch das Verteilungsmuster (Monoparese [Lähmung einer Gliedmaße], Paraparese [Lähmung beider Beine], Hemiparese [Lähmung einer Körperhälfte] und Tetraparese [Lähmung aller vier Gliedmaßen]) und auftretende sensible Störungen lassen einen Rückschluss auf den Ort der Störung zu. Die Parese ist somit keine Krankheit im eigentlichen Sinne, sondern als ein Symptom für eine Erkrankung/Schädigung aufzufassen. Je nach Art der Krankheit bzw. Schädigung kann die Parese reversibel, persistierend oder fortschreitend sein. Die Therapie richtet sich nach der jeweiligen Ursache.³⁹⁴

Sieben Patienten wurden mit der Diagnose einer Parese in das Hauptlazarett Papenburg eingeliefert. Nähere Ursachen zu der Parese (siehe Definition) sind in den Akten selber nicht verzeichnet, in drei Fällen bestand eine Lähmung im Bereich des Gesichts, in zwei Fällen im Bereich der unteren Extremität. Bei zwei Häftlingen finden sich keine näheren Angaben zur Lokalisation.

Drei dieser Patienten wurden moorunfähig geschrieben (unter diesen befanden sich die beiden Strafgefangenen, die unter einer Lähmung in Bereich der unteren Extremität litten), die anderen vier wurden zurück in das Lager entlassen.

Im chronologischen Auftreten dieses Krankheitssymptoms lassen sich keine Häufungen erkennen, diese trat über die Jahre 1935-1944 wiederholt sporadisch auf (1935: 1; 1938: 1; 1940: 1; 1942: 3; 1944: 1).

³⁹⁴ Vgl. Kloos, G. 1944. S. 45-49.
Sitzer, M. Steinmetz, H. 2011. S. 40ff.

Meningitis: Unter einer Meningitis versteht man die Entzündung der Hirnhäute (Meningen), klassisch hervorgerufen durch Meningokokken, welche durch Tröpfcheninfektion übertragen werden.

Die Klinik zeigt sich, je nach Ursache, in unterschiedlicher Ausprägung; allgemeine Anzeichen einer Meningitis sind Fieber, starke Kopfschmerzen u. U. mit Bewusstseinsstörungen (bis zum Koma). Charakteristisch ist die Nackensteifigkeit (Meningismus)³⁹⁵, die bis hin zu einer Überstreckung des Kopfes und Rumpfes (Opisthotonus) führen kann. Zudem können Erbrechen, Lichtscheu und motorische/sensorische Störungen auftreten.

Wertvolle Hinweise liefert eine Liquorpunktion im Hinblick auf die Erreger.

Die Therapie der Meningitis erfolgte durch Sulfonamide, zur intracerebralen Druckentlastung wurde „jeden oder jeden zweiten Tag Liquorentnahme“ empfohlen. Die Prognose der epidemischen Meningitis wurde mit ca. 50% angegeben; die eitrige Hirnhautentzündung verlief „sehr häufig tödlich“.³⁹⁶

Heute besteht die Therapie der Meningitis in einer sofortigen breitgewählten Antibiose, nach Resistogramm dann gezielter Antibiose. Ggf. sind weiterführende Maßnahmen intensivmedizinischer Art notwendig sowie eine prophylaktische Isolierung des Patienten.

Neben der klassischen bakteriellen Meningitis sind Viren als Ursache einer „aseptischen Meningitis“ bekannt. Die Prognose viraler Meningitiden ist meist günstig. Dennoch liegt die durchschnittliche Letalität der Meningitis unabhängig der Genese bei 10-20%. Die Erkrankung kann sich ausbreiten und übergreifen auf das Gehirn (Encephalitis) und zu weiteren Komplikationen führen (Hirnabszess). Spätfolgen einer Meningitis können eine Epilepsie, Taubheit, ein Hydrocephalus sowie Paresen sein.³⁹⁷

Bei der Meningitis/Enzephalitis handelt es sich um eine schwerwiegende Krankheit, aufgrund derer fünf Patienten in das Hauptlazarett eingeliefert wurden. Drei dieser Patienten erlagen ihrer Erkrankung, wobei bei zweien der Tod bereits nach zwei Tagen eintrat. In einem Fall war die Meningitis die Folge einer „Kopfschwartenverletzung“. Der dritte Patient, der infolge der Hirnhautentzündung verstarb, wurde zuvor 30 Tage im Krankenhaus behandelt.

Die übrigen zwei Häftlinge wurden nach 28 und 29 Tagen moorunfähig entlassen, zu Folgeschäden finden sich jedoch keine weiteren Angaben in den Krankenakten.

³⁹⁵ daher stammt der deutsche Begriff „übertragbare Genickstarre“ für die Meningitis cerebrospinalis epidemica.

³⁹⁶ Vgl. Kloos, G. 1944. S. 300-307.

Wolf, H. J. Einführung in die innere Medizin. Leipzig. 1941. S 508f.

³⁹⁷ Vgl. Masuhr, K. F. Neumann, M. Neurologie. Stuttgart. 2007. S. 265ff.

An anderen neurologischen Erkrankungen waren in drei Fällen Neuralgien zu verzeichnen. Mit einer Neuralgie werden heftige Schmerzen bezeichnet, die sich auf den Versorgungsbereich eines oder mehrerer Nerven beschränken.³⁹⁸ Die Ursachen dieser Neuralgien sind mannigfaltig (z.B. Gifte wie Blei, Arsen; Medikamente; aber auch Erkrankungen wie Diabetes, Multiple Sklerose; häufig ist die Ursache jedoch auch unklar)³⁹⁹. Die wohl häufigste Neuralgie ist die Trigeminusneuralgie, bei der sich die Schmerzattacken im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes⁴⁰⁰ erstrecken und durch bestimmte Reize getriggert werden können (Kauen, Berührungen, Kälte). Die Therapie ist langwierig und erfolgt durch Ausschalten der Noxe (wenn bekannt), zudem wird eine symptomatische Therapie empfohlen (Wärme, galvanische Reizungen, Schwitzprozeduren, Vit. B1, Antineuralgica).⁴⁰¹

Heute zeigen Carbamazepine oder Thymoleptika eine gute Wirkung. Auch kommen in Einzelfällen operative Verfahren in Betracht.⁴⁰²

Die im Hauptlazarett aufgrund einer Neuralgie behandelten Strafgefangenen wurden konservativ behandelt, die Entlassung erfolgte relativ rasch in einem Zeitraum zwischen vier und acht Tagen. Allesamt wurden arbeitsfähig zurück in das Lager entlassen. Auch war diese Erkrankung ebenfalls nur in den ersten Jahren (1936 und 1937) im Aktenbestand vertreten.

Zwei Patienten mit einer Diagnose einer Multiplen Sklerose befanden sich ebenfalls kurzfristig (2 und 6 Tage) in Behandlung des Marienkrankenhauses Papenburg, wurden dann aber aufgrund ihrer Erkrankung für moorunfähig erklärt und beide 1936 auswärts verlegt. Die Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata) ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung des ZNS unklarer Genese, die mit herdförmigen

³⁹⁸ Pschyrembel. 2011. S. 1445.

³⁹⁹ Vgl. Kloos, G. 1944. S. 175.

⁴⁰⁰ Der Trigeminus ist nach der anatomischen Nomenklatur der 5. der 12 Hirnnerven und teilt sich im Verlauf in 3 Äste (N. ophthalmicus (N. V₁), N. maxillaris (N. V₂) und N. mandibularis (N. V₃). Die Äste V₁ und V₂ sind rein sensibel, der dritte Ast (N. mandibularis) enthält sensible und motorische Äste. Durch die sensiblen Anteile des Nerven wird nahezu die gesamte Gesichtshälfte innerviert, der motorische Anteil versorgt die Kaumuskulatur.

Vgl. Schiebler, T. H. Schmidt, W. Anatomie. 5. Auflage. Springer-Verlag Berlin. 1991. S. 490ff.

⁴⁰¹ Kloos, G. 1944. S. 174ff.

⁴⁰² Vgl. Sitzler, M. Steinmetz, H. 2011. S. 74.

Entmarkungen der Nerven einhergeht. Die Erkrankung äußert sich in motorischen und sensiblen Störungen, ebenfalls charakteristisch ist ein schubweiser Verlauf.⁴⁰³

Wegen einer Comotio cerebri (Gehirnerschütterung) wurden zwei Häftlinge im Jahre 1939 für 4 bzw. 14 Tage im Hauptlazarett Papenburg überwacht. Zur Ursache dieser Erkrankung finden sich keine Angaben.

Ein Patient wurde wegen „Veitstanz nach Influenza“ in das Marienkrankenhaus überwiesen (1935). Hier wurde er 39 Tage behandelt (in diese Zeit fällt jedoch auch die Behandlung der Influenza mit hohen Fieberschüben), bevor er moorunfähig verlegt wurde. Hierbei handelte es sich vermutlich um eine Chorea minor (M. Sydenham); eine Krankheit, die auftritt infolge von Immunreaktionen nach Streptokokkeninfekt. Sie äußert sich in unwillkürlichen, blitzartig einschließenden Bewegungsabläufen der Gesichtsmuskulatur und der unteren Extremität.⁴⁰⁴

Die zeitgenössische Therapie bestand in „Ruhigstellung und Absonderung“, Verabreichung antirheumatischer Mittel und Arsentinkturen.⁴⁰⁵

Ein 51 jähriger Strafgefangener verstarb 1939 aufgrund eines benignen Hirntumors, differentialdiagnostisch konnte jedoch auch eine Lues nicht ausgeschlossen werden.

Neurologische und psychiatrische Erkrankungen waren im Hauptlazarett Papenburg eher spärlich vertreten, wobei sich die psychiatrischen Krankheiten grob in drei Diagnosegruppen zusammenfassen lassen; die neurologischen Erkrankungen treten durch viele verschiedenartige Krankheitsbilder in Erscheinung, wobei diese einzelnen jeweils auch nur in geringer Fallzahl auftraten. Die Patienten, die unter einer psychiatrischen Erkrankung litten, wurden nur in den Jahren 1934-1939 aufgenommen, in den folgenden Jahren wurden derartige Krankheiten nicht mehr im Hauptlazarett Papenburg behandelt. Zudem wurde ein Großteil dieser Patienten moorunfähig entlassen.

⁴⁰³ Vgl. Ebd. S. 198ff.

⁴⁰⁴ Ebd. S. 256.

⁴⁰⁵ Kloos, G. 1944. S. 253f.

Im Falle der neurologischen Erkrankungen zeigt sich, daß die Fallzahl der nicht akuten, minderschweren Erkrankungen (Neuralgien, Lumbago, Epilepsie) in den Jahren 1934-1938 häufiger vertreten sind als in den Kriegsjahren selbst. Auch wurden diese oft arbeitsfähig in das Lager zurück entlassen, Verlegungen in andere Anstalten waren selten. Dennoch wurden auch schwerwiegende Krankheiten im Hauptlazarett behandelt (Meningitiden, Schlaganfälle), diese gingen mit einer im Vergleich zu anderen Krankheiten hohen Letalität einher. Wurden diese Krankheiten überlebt, so war doch in den meisten Fällen eine Moorunfähigkeit gegeben, so daß die Patienten schlussendlich aus den Emslandlagern verlegt werden mussten.

4.11 Simulanten

Sieben Strafgefangene wurden während ihres Aufenthaltes im Hauptlazarett Papenburg als Simulanten bezeichnet. Diese Häftlinge befanden sich in dem Zeitraum von 1934 bis 1940 im Hauptlazarett, wobei sechs Aufenthalte im Krankenhaus zu der Zeit erfolgten, als Dr. Teigeler die Leitung des damaligen Hauptlazaretts innehatte. Dieser galt „als Inhaber des Goldenen Parteiabzeichens [als] ‚alter Kämpfer‘“⁴⁰⁶

In einem Fall berichtet er der Zentralverwaltung in Papenburg am 22.10.1935 über einen behandelten Patienten⁴⁰⁷:

„Der Strafgefangene Wilhelm K. aus Lager V war vom 7.7.1934 bis 9.7.1934 zur Beobachtung im Krankenhaus Papenburg. Die Untersuchung ergab zwei absolut reizlose, kleine, äußere Hämorrhoidalknoten, die einen operativen Eingriff nicht rechtfertigen. Innere Knoten waren nicht vorhanden. Es wurde Behandlung mit Fissan-Zäpfchen eingeleitet und weitere ambulante Behandlung im Lager empfohlen. Er wurde arbeitsfähig aus dem Krankenhaus entlassen.“

Bis dahin ist dieser Bericht noch relativ sachlich zu lesen. Im folgenden Absatz fährt Teigeler dann aber fort:

„Die angeblichen Beschwerden werden vorgetäuscht mit dem Ziele aus dem Lager V heraus zu kommen.
K. ist Querulant.
gez. Dr. Teigeler. Strafanstalts-Medizinalrat.“⁴⁰⁸

Dieser Bericht muß noch als „harmlos“ eingestuft werden, in einer weiteren Krankenakte finden sich folgende Worte für den Gefangenen I., welcher aufgrund von Magenbeschwerden in das Hauptlazarett eingeliefert wurde:

„Der Gefangene I. wird heute aus dem Lazarett entlassen. Der schwer Magenranke, hat wohl keine überwältigende Arbeitslust und strebt zur Anstalt zurück oder möchte Innenarbeit im Lager. (Er ist Frisör). Ein Halbfeiner, dem die Zigarette besser schmeckt als die Arbeit. I. bot hier im Krankenhaus den Eindruck eines arbeitsscheuen Drückebergers als die eines schwer kranken[!]. Zugegeben daß gewisse Magenstörung vorhanden sind und schwere Speisen schlecht vertragen werden, so kommen diese jedoch nach der hiesigen Beobachtung derart erheblich sein, daß I. bei gutem Willen Moorarbeit leisten

⁴⁰⁶ Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland (Hrsg). Sögel. 1986. S. 56.

⁴⁰⁷ Vermutlich handelte es sich um eine Anfrage der Zentralverwaltung der Lager, da der Aufenthalt des Patienten bereits mehr als ein Jahr zurücklag.

⁴⁰⁸ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin. I. Nr. 314.

kann.[!] Jedenfalls empfiehlt sich den Herrn unter die Lupe zu nehmen und sich nicht von ihm[!] nase[!] führen zu lassen. Ich empfehle[!] zunächst Diätkost evtl. wenn nötig mit einer Zulage von 30 Gr. Fett oder Milch. I. ist ins Moor zu schicken. Da kann er seinen guten Willen zeigen.“⁴⁰⁹

Auch konnte die Entlassung aus dem Lazarett als Simulant Folgen nach sich ziehen. Es war sogar möglich, daß Dr. Teigeler Arrest für Häftlinge seiner Krankenabteilung anordnete (29.02.1936):

„Der Strafgefangene Heinrich H. wird dem Lager wieder zugeführt. H. ist in Haft zu verlegen. H. ist ein gewalttätiger Mensch mit Wutanfällen explosiver Natur, kennt keine Selbstdisziplin und keine Hemmungen. Ausgesprochene Neigung zum Querulieren und Nörgeln, selbst seinen Mitgefangenen gegenüber. Ganz minderwertiger Charakter, pathologischer Lügner und Simulant.“⁴¹⁰

In einem Schreiben des Strafanstaltshauptwachtmeisters aus dem betreffenden Lager an das Hauptlazarett wurde die Verlegung des Häftlings in den Arrest bestätigt (03.03.1936).

Die Liegedauer der „Simulanten“ erstreckte sich über eine Zeitdauer von 1 bis 8 Tagen, die durchschnittliche Liegedauer dieser 7 Häftlinge betrug 4,7 Tage.

Über Strafmaßnahmen, die aufgrund der (vermeintlichen) Simulationen sich im Lagerleben ergaben, ist den Krankenakten des Hauptlazaretts - bis auf den einen Fall der Verlegung in den Arrest - nichts zu entnehmen.

⁴⁰⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin. I. Nr. 311.

⁴¹⁰ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin. I. Nr. 310.

5 Selbstverstümmelungen in den Emslandlagern

Ebenso wie Misshandlungen an der Tagesordnung waren, kam es in den Lagern bis 1942 wiederholt zu Selbstverstümmelungen von Häftlingen. Während der Jahre 1937 und 1939 wurden, vor allem aus dem Lager Esterwegen (Lg. VII), gehäuft Vorfälle von Selbstbeschädigungen berichtet.⁴¹¹ Kosthorst und Walter berichten über „Massenverstümmelungen von Häftlingen in der Zeit vom 13. Juli 1937 bis zum 1. Februar 1938 und im Zeitraum von November 1939 bis zum 1. Januar 1941[...]. Im ersten Fall haben sich 42 Gefangene durch Abhacken einzelner Finger an der linken Hand, durch Beibringen von Schnittwunden, durch Verschlucken von Gegenständen, durch Einbringen von Säure oder Kopierstiftmine in die Augen, im zweiten Fall 157 Häftlinge in gleicher Weise schwere Gesundheitsschädigungen zugefügt“.⁴¹² 199 Häftlinge haben sich somit in diesen beiden Selbstverstümmelung-Wellen Schaden zugefügt.

In den Krankenakten des Marienhospitals Papenburg sind 163 Fälle von Selbstverstümmelungen (von denen in 139 Fällen [\cong 85,3%] diese durch Schlucken von Fremdkörpern vorgenommen wurde) dokumentiert (Suhr berichtet von 12 Fällen von Fremdkörperinkorporationen⁴¹³), der Anteil der aufgrund der Selbstverstümmelungen behandelten Häftlinge im Hauptlazarett lag somit bei 6,1%.

Es ist hinzuzufügen, daß die folgenden Aussagen und Berechnungen nur auf dem Datenmaterial der Krankenakten des Zentralkrankenhauses für die Emslandlager beruhen. Es sind sicherlich noch weitere Fälle von Selbstverstümmelungen vorgekommen, welche aber nicht so schwerwiegend waren, daß sie einer Einweisung in das Krankenhaus bedurften, sondern in den jeweiligen Lagerlazaretten behandelt werden konnten. Insbesondere bei Fremdkörperschluckern war, je nach Art und Größe des

⁴¹¹ Suhr, E. 1985. S. 138.

⁴¹² Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 375.

⁴¹³ Suhr, E. 1985. S. 138.

Gegenstandes, zunächst eine konservative Behandlung angezeigt, soweit der Patient keine klinischen Symptome bot.⁴¹⁴

Die erste Verstümmelung ist datiert auf den 29. Mai 1935, ein Gefangener des Strafgefangenenlagers Börgermoor (Lg. I); die letzte Selbstverstümmelung stammt vom 11. September 1942, ein Fremdkörperschlucker aus dem Lager Neusustrum (Lg. V).

Da in dem Zentralkrankenhaus der Emslandlager in Papenburg zum größten Teil Strafgefangene behandelt wurden, wird die Zahl der dort verzeichneten Fremdkörperschlucker in Relation zu der von Kosthorst und Walter ermittelten Gesamtzahl an emsländischen Strafgefangenen von ca. 70.000 gesetzt.⁴¹⁵

Die Inzidenz des Fremdkörperschluckens betrug somit in den Jahren 1934-1945 bei 70.000 Strafgefangenen 2,0 ‰.

In einem Aufsatz aus dem Jahre 1932 beschreibt A. Schlegel, der Fälle von Selbstverstümmelungen durch Fremdkörperschlucken in preußischen Strafanstalten über einen Zeitraum von drei Jahren untersuchte, die Inzidenz mit 1‰.⁴¹⁶

Somit liegt die Rate, unter der Annahme der Vollständigkeit des Aktenmaterials, nahezu doppelt so hoch, wie Schlegel sie in seiner Arbeit angegeben hat.

⁴¹⁴ A. Schlegel rechnet nach Schlucken eines Fremdkörpers „bei einem glatten Durchgang [...] durch den Magendarmkanal mit 4-8 Tagen bis zu ihrem Abgang aus dem Mastdarm. [...] „Die Länge von 12cm [dürfte] die Grenze sein, bei der der Fremdkörper gerade noch die fixierten Biegungsstellen des Darmes bei einigem Aufenthalt unter langsamem Vorschieben passieren kann. Unter solchen Umständen ist ein zuwarten von 4 Wochen bis zum Empfehlen der Operation zweckmäßig, um mit ziemlicher Sicherheit einen natürlichen Abgang des Fremdkörpers verneinen zu können. Von ganz besonderer Bedeutung ist natürlich in dieser Gruppe die Röntgenkontrolle des Fremdkörpers im Magendarmkanal.“

Schlegel, A. Fremdkörperchirurgie. 1933. S. 63ff.

⁴¹⁵ Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefangenenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland (Hrsg). Sögel. 1986. S. 6f.

⁴¹⁶ Schlegel, A. Fremdkörperchirurgie. 1933. S. 57ff.

5.1 Inzidenz der Selbstverstümmelungen

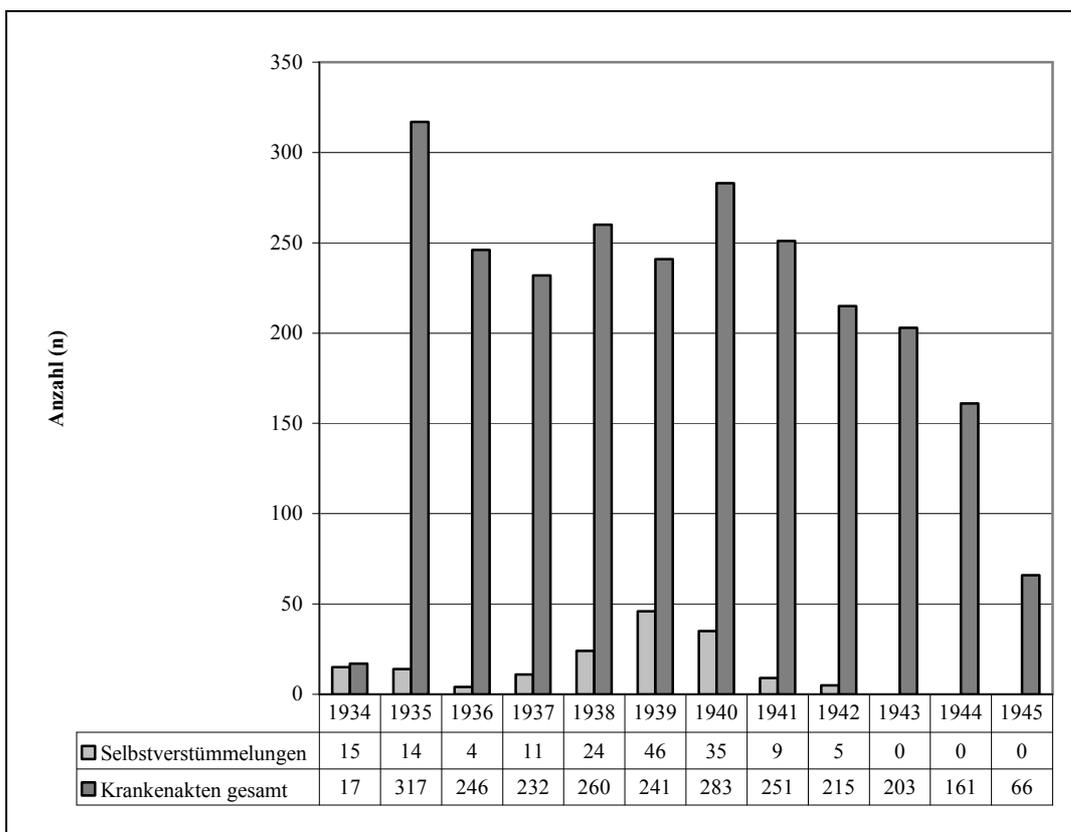


Abbildung 38: Inzidenz der Selbstverstümmelungen

Die Abbildung 38 zeigt das Aufkommen von Selbstverstümmelungen anhand des Krankenaktenbestandes des Marienkrankenhauses Papenburg. Hierbei sind zum einen die Anzahl der Häftlingsakten aufgetragen, welche aufgrund eines Selbstverstümmelungsversuchs aufgenommen wurden (hellgrauer Balken), zum anderen die Gesamtzahl der Krankenakten des Hauptlazarets Papenburg für das jeweilige Jahr.

In den ersten beiden Jahren (1934 und 1935) lag die Zahl der Selbstverstümmelungen bei 15 bzw. 14 Fällen (aus dem Jahre 1934 sind 17 Krankenakten erhalten, 15 der 17 behandelten Häftlinge wurden wegen Selbstverstümmelung eingewiesen, dieses entspricht 88,2%, 1935: 14 von 317 Akten \cong 4,4%).

1936 fiel die relative Anzahl auf 1,6% (4 von 246 Akten), ab 1937 stieg dann die Zahl der Selbstverstümmelungen zunächst auf 4,7% (11 Fälle in 232 Krankenakten), wuchs dann aber rapide an auf 24 Fälle (\cong 9,2) 1938 und erreichte 1939 mit 46 Fällen von 241 Krankenakten (\cong 19,1%) den absoluten Höhepunkt.

Im folgenden Jahr ebte die Welle der Selbstverstümmelungen ab, im Jahr 1940 finden sich in den 283 Akten noch 35 Fälle (immerhin noch 12,4%), 1941 und 1942 waren es nur noch 9 bzw. 5 Fälle (\cong 3,6% und 2,3%). Im Zeitraum von 1943-1945 ist keine Selbstverstümmelung in den Krankenakten verzeichnet.

Inzidenz der Selbstverstümmelungen, aufgeschlüsselt nach Lagern

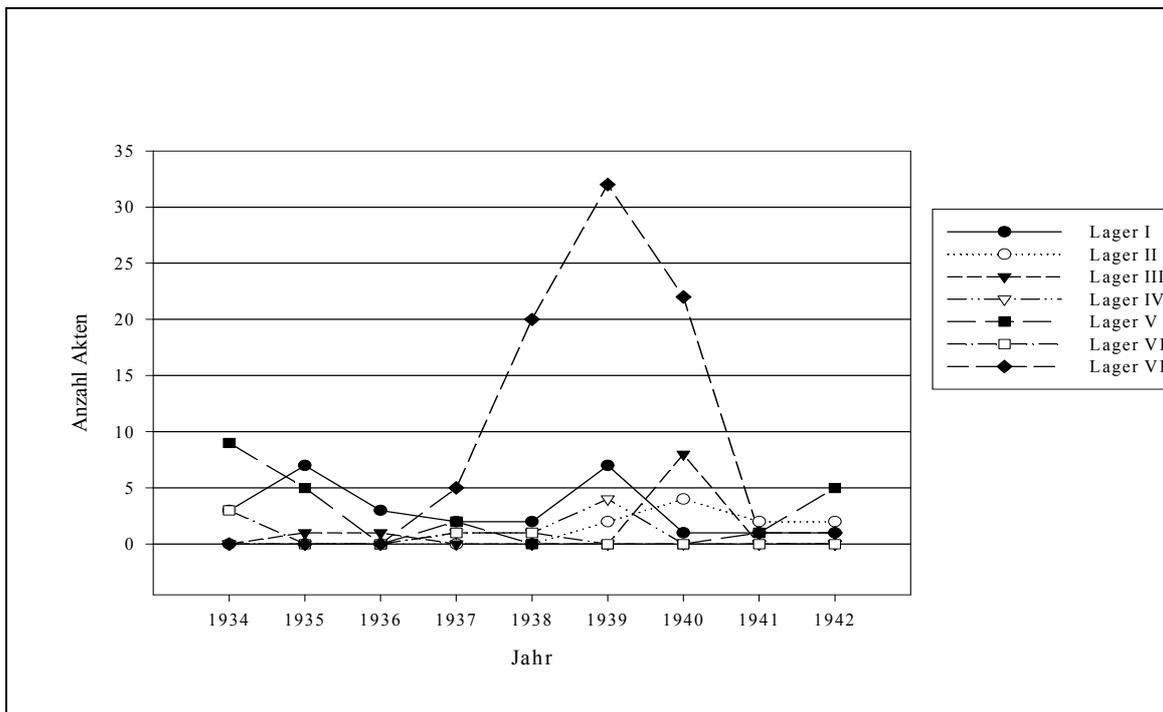


Abbildung 39: Inzidenz der Selbstverstümmelungen nach Lager

Das Diagramm Abb. 39 zeigt das Aufkommen der Selbstverstümmelungen, jedoch nunmehr aufgeschlüsselt nach den einzelnen Lagern.

Erkennbar ist in diesem Diagramm für die Lager I-VI beinahe eine „Basis“, in den Lagern kamen in den Jahren 1934 bis 1942 eine bestimmte Anzahl an Selbstverstümmelungen vor (ab 1943 sind keine Fälle von Selbstbeschädigung mehr zu verzeichnen), diese Zahl bewegt sich zwischen null und neun pro Jahr.

Deutlich hebt sich in dieser Grafik das Lager Esterwegen heraus (Lg. VII). Gab es bis 1936 keine Fälle von Selbstverstümmelungen, so sind es 1937 fünf Fälle. Die Zahl stieg sprunghaft an, 1938 wurden 20 Fälle registriert und 1939 sogar 32. Im Jahre 1940 fiel

die Zahl der Selbstverstümmelter wieder auf 22 ab, 1941 und 1942 wurde jeweils nur noch ein Fall beobachtet.

Kosthorst und Walter beschreiben zwei „Wellen“ von Selbstverstümmelungen; die erste vom 13. Juli 1937 bis zum 01. Februar 1938, sowie eine zweite beginnend im November 1939 bis zum 1. Januar 1941. Es verstümmelten sich 42 bzw. 157 Häftlinge „durch Abhacken einzelner Finger an der linken Hand, durch Beibringen von Schnittwunden, durch Verschlucken von Gegenständen, durch Einbringen von Säure oder Kopierstift in die Augen“.⁴¹⁷

Im ersten o. g. Zeitraum wurden 13 Fälle von Selbstverstümmelungen in das Marienkrankenhaus Papenburg eingeliefert (davon acht aus dem Lager Esterwegen, dies entspricht 61,5%), sieben von ihnen verschluckten Fremdkörper (\cong 53,8%), in sechs Fällen bestand eine Indikation zur operativen Entfernung des Fremdkörpers; in zwei Fällen amputierten sich Häftlinge eine Hand oder brachten sich Verletzungen bei.

Zwei weitere Häftlinge verätzten sich die Augen mittels eines Kopierstiftes, bei den letzten beiden Fällen ist überdies die Rede von Suizidversuchen, einmal durch Erhängen, in dem anderen Fall durch Zufügen von Schnittwunden am gesamten Körper.

In der zweiten Phase, vom 01. November 1939 bis zum 01. Februar 1941, finden sich unter den Akten des Hauptlazarets der Emslandlager in Papenburg 65 Fälle von Selbstverstümmelungen (51 Häftlinge entstammen dem Lager VII, Esterwegen [\cong 78,5%]). Diesmal verschluckten 61 dieser 65 Häftlinge Fremdkörper (\cong 93,8%), wobei in 45 Fällen ein operativer Eingriff notwendig wurde. In den anderen vier Fällen kam es wiederum zur Beibringung von Selbstverletzungen bzw. zum Verätzen der Augen durch Einbringen von Kopierstift.

Anhand der Krankenakten lässt sich ein Anstieg der Selbstverstümmelungen nachweisen, auch fällt dieser Anstieg in die von Kosthorst und Walter genannten Zeiträume (im Jahre 1937 existierten zwei Fälle von Selbstverstümmelungen bis zum 12. Juli, ab dem 13. Juli traten bis zum Ende des Jahres weitere neun Selbstbeschädigungen

⁴¹⁷ Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 375.

auf; ähnlich verhielt es sich 1939: von 46 Fällen entfielen 16 auf die Monate Januar bis Oktober, weitere 30 Fälle traten im November und Dezember 1939 auf).

Auch geben die Akten den immensen Anstieg der Selbstverstümmelungen vor allem im Lager Esterwegen (Lg. VII) wieder (s.o.).

Anhand des Datenmaterials können die beiden Wellen, insbesondere letztere, nur eingeschränkt nachvollzogen werden. Im erstgenannten Zeitintervall finden sich von den angeblichen 42 Selbstverstümmelungen nur 13 in den Krankenakten wieder ($\cong 31,0\%$), in der zweiten Phase von 157 Selbstbeschädigungen wiederum nur 65 ($\cong 41,4\%$). Dieses könnte bedeuten, daß nur ein kleiner Teil der Häftlinge sich durch die Selbstverstümmelungen so massiv geschädigt hat, daß eine Einweisung in das Krankenhaus notwendig wurde (schließlich wurde während der zweiten Phase der Selbstverstümmelungen in 47 Fällen von 65 ein operatives Eingreifen notwendig, $\cong 72,3\%$), leichtere Fälle konnten durch konservative Therapie in den Lagerlazaretten oder in den Schonungsbaracken behandelt werden.

Eine weitere Möglichkeit ist die Unzulänglichkeit des Datenmaterials, d.h. daß nicht alle Akten des Hauptlazaretts der Emslandlager erhalten sind und vorliegendes Material nur bruchstückhaft einen Einblick in die damaligen Verhältnisse bietet.

5.2 Ursachen der Selbstverstümmelungen

„Diese unsozialen Elemente werden vor nichts haltmachen – sogar nicht vor den schrecklichen Selbstverstümmelungen, um denen Schwierigkeiten in den Weg zu legen, die mit ihrer Erziehung und Betreuung vom Staat betraut sind. Während die Besten der deutschen Männer verwundet an den Fronten liegen, manchmal ohne den Vorteil zeitlicher ärztlicher Hilfe, bringen diese Verbrecher sich selbst Verletzungen bei, nur um der Arbeit aus dem Wege zu gehen und das Aufbauwerk des Führers zu sabotieren. [...]

Nach dieser Erkenntnis, zögere ich nicht, zu behaupten, dass es ein Verbrechen gegen das deutsche Volk sein würde, wenn diesen Selbstverstümmelungen und Verschluckern von Fremdkörpern nur ein Atom Hoffnung gelassen würde, dass sie jemals wieder in die deutsche Volksgemeinschaft aufgenommen werden. Im

Gegenteil, ich bin in aller Aufrichtigkeit der Überzeugung, dass jene Menschen, die hier als besonders verbrecherisch gesinnt auffallen, indem sie einem im Interesse der Allgemeinheit auferlegten Urteilsspruch unterworfen sind, rücksichtslos ausgemerzt werden. [...] Es würde deshalb im Interesse des Staates sein, ein Gesetz mit dem Inhalt zu machen, dass Gefangene, die Selbstverstümmelungen und Selbstverletzungen verübten, entweder in ein Irrenhaus gebracht oder aber völlig ausgemerzt werden.“⁴¹⁸

Dieses Zitat bringt nicht nur die Einstellung Schäfers zu den Vorfällen im Lager Esterwegen zutage, es gibt darüber hinaus einen Einblick in sein nationalsozialistisches Weltbild⁴¹⁹.

In eben dieser Vernehmung äußert Schäfer auch seine Mutmaßungen darüber, welche Ursachen zu der Selbstverstümmelungswelle ab November 1939 geführt haben können:

„Rauchwolken und Flammen quollen aus den Baracken. Gefangene verbrannten ihre Sachen. Gefangene kamen meinen[!] Befehl, sofort Baracke zu verlassen, nicht nach. Sah den Fall als Meuterei an. [...] Habe sofort Raucherlaubnis entzogen und Verkehr auf Lagerstrasse verboten. [...] Bei 2. Besichtigung teilte mir Vorsteher mit, daß die Strafkompagnie [...] faul bei der Arbeit sei, sodaß der Vorsteher Strafexerzieren angeordnet hätte. [...] Ich befahl, [...] das Exerzieren ohne Rücksicht, notfalls unter Anwendung des Gummiknüppels, durchzuführen.“⁴²⁰

Als man Schäfer nach einem Berlinaufenthalt von den Selbstverstümmelungen berichtet, fährt er fort:

„Ich ging sofort zum Lager. Ich befahl Selbstverstümmeler, vor Lagervorsteher, Lagerarzt und Assessor S. anzutreten und fragte sie nach der Ursache der Verstümmelung. [...] Einige sagten, sie seien von Mitgefangenen aufgestachelt. Einer sagte, nachts im Schlafsaal sei beschlossen worden, Fremdkörper zu schlucken, um so das Rauchen zu erzwingen.“⁴²¹

⁴¹⁸ Aus der Vernehmung des Kommandeurs der Emslandlager, Schäfer, am 02.01.1940 zu den damaligen Massenverstümmelungen im Lager Esterwegen. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 47.

⁴¹⁹ Im späteren Schwurgerichtsprozeß in Osnabrück gibt Schäfer auf einen von Dr. Teigeler an die Militärregierung geschickten Brief, in dem er von Zuständen im Lager berichtet, die Antwort: „Dr. Teigeler habe kein Recht gehabt, so etwas zu behaupten. Teigeler sei zudem ein Trinker gewesen und er, Schäfer, sei erschüttert, daß ein Träger des goldenen Parteiabzeichens der NSDAP einen solchen Brief an die Militärregierung richten konnte.“ Ausschnitt aus der Nordwestdeutschen Rundschau. 4. Jahrgang, Nr. 277 vom 28. November 1950. S. 3. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 53. Diese Zeilen stammen, wohlgemerkt, aus dem Jahre 1950, fünf Jahre nach Zusammenbruch der nationalsozialistischen Diktatur!

⁴²⁰ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 49.

⁴²¹ Ebd.

Bisher handelte es sich bei Selbstverstümmelungen um Einzelfälle; Häftlinge beschädigten sich selbst aufgrund verschiedener Ursachen. In einem Bericht des Medizinalrates Dr. Hillmann an den Kommandeur Schäfer kommen 21 Häftlinge zu Wort und gaben ihre Motive für die Selbstverstümmelung an; Hauptmotive waren Misshandlungen, ungerechte Behandlung, Überlastung durch Arbeit, Entziehung des Tabaks, aber auch Misshandlung durch Mithäftlinge, Angst sowie familiäre Probleme. Hillmann fasst jene Aussagen so zusammen:

„Zusammenfassend möchte ich bemerken, die Schlucker weigern sich, die verlangte Arbeit zu verrichten und da es ihnen nicht gelingt, dieser Weigerung mit gewöhnlichen Mitteln zu entgegen [!], schlucken sie.⁴²² Die meisten geben die Durchsuchung der Baracken und die daran anschließende Entziehung des Tabaks als letzte Ursache für diese Schluckerwelle an“⁴²³.

In der zeitgenössischen Literatur stellen sich die Ursachen für Selbstverstümmelung folgendermaßen dar:

„Abgesehen von den wenigen Fällen mit wirklicher Geisteskrankheit handelt es sich bei den Selbstbeschädigern um Menschen, die durchwegs als geistig gesund anzusehen sind, jedoch seelisch zweifellos minderwertig sich darstellen. Gewisse erbliche Belastung und eine sehr schwere Zugänglichkeit bei allen Erziehungsversuchen sind meistens nachzuweisen. Es sind haltlose, seelisch kranke Menschen, die hemmungslos und affektbetont ihrem Ziele nachjagen. Bei den Strafgefangenen sind diese Handlungen eher verständlich, da bei ihnen die Absicht klar zutage tritt, daß sie eben der Haft sich entwinden wollen und so versuchen, durch Krankheit in ein Krankenhaus überführt zu werden, um dort zu entfliehen.“⁴²⁴

Goedel sieht den Zweck der Selbstverstümmelungen mit anderen Augen:

„Es ist beachtenswert, daß gerade Gefangene immer wieder Fremdkörper verschluckten, obwohl sie oft dabei nur mit knapper Not dem Tode entronnen sind. Sie neigen zur gewollten Selbstbeschädigung in einem Maße, wie man es sonst nirgends findet. Sie setzen mit erstaunlichem Leichtsinne ihr Leben mehrmals aufs Spiel, erdulden große Schmerzen und Beschwerden, nur um für einige Zeit der Monotonie [!] des Gefängnislebens zu entgehen. Die allerwenigsten haben, wie wir feststellen konnten, von vornherein die Absicht, nach ihrer Genesung aus dem Krankenhaus zu entfliehen, gehabt.“

⁴²² In den 21 Aussagen der Häftlinge beklagten sich 10 Häftlinge, daß sie u.a. aufgrund des nicht zu schaffenden Arbeitspensums die Fremdkörper geschluckt hätten. Nicht aufgrund des fehlenden Arbeitswillens.

⁴²³ Dr. Hillmann an den Kommandeur am 02.01.1940. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 49.

⁴²⁴ Schlegel, A. Fremdkörperchirurgie. 1933. S. 60

[...]

Sie haben meist so viel logisches Denkvermögen, daß sie aus den Krankenhäusern nicht entfliehen, obwohl die Gelegenheit reichlich dazu vorhanden wäre. Sie lassen sich größtenteils ruhig wieder ins Gefängnis zurückbringen, verfallen aber da häufig wieder ihrer Veranlagung zur Selbstschädigung, vielleicht in psychotischen Zuständen, in denen Triebe wach werden, die in der Freiheit nie zum Ausbruch gekommen wären.⁴²⁵

Er kommt in seinen Betrachtungen über die Häftlinge, die in selbstzerstörerischer Absicht Gegenstände verschluckten, zu dem Schluss:

„Im großen und ganzen dominiert die Affekthandlung ohne Fluchtgedanken. Es ist ihnen um die Abwechslung zu tun und um die ‚Luftveränderung‘, wie es einer unserer Patienten treffend sagte.“⁴²⁶

Tschamper hingegen ist anderer Ansicht:

„Als gemeinsames Merkmal fand Kaldewey [...] in seiner Arbeit über die Psychologie der Fremdkörperschlucker Schwachsinn und asozialen Charakter mit starken Affektschwankungen. Primitivreaktionen und Infantilismen körperlicher und geistiger Natur sind bei allen Fremdkörperschluckern nachweisbar. [...] Bei Gefängnisinsassen muß allerdings eine gewisse Zweckmäßigkeit im Vorgehen zugegeben werden.“⁴²⁷ [letzter Satz stellt jedoch lediglich eine Einschränkung der vorgenannten Aussage dar!]

Alle drei Autoren stimmen darüber ein, daß Fremdkörperschlucker bzw. sich selbst verstümmelnde Menschen eine gewisse Pathologie der Psyche aufweisen; sie sehen die Sache jedoch auch differenziert und unterscheiden zwischen „herkömmlichen“ Fremdkörperschluckern oder Selbstbeschädigern und Häftlingen, die sich, ungenannt welchen Motivs, selber verletzen.

⁴²⁵ Goedel, R. 1932. S. 64.

⁴²⁶ Ebd. S. 65.

⁴²⁷ Tschamper, M. Ueber Fremdkörperschlucker
Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 71. (1941). S. 1607.

Marx schreibt in seiner Arbeit „Selbstbeschädigung im Gefängnis“:

„Ich halte es für zweckmäßig, die Selbstbeschädigungen nach Motiven zu sondern, und bin dabei auf folgendes Schema gekommen.

Selbstbeschädigungen geschehen aus dreierlei Trieben heraus:

1. aus dem Spieltrieb,
2. aus dem Selbstvernichtungstrieb,
3. aus dem Selbstbehauptungstrieb.“⁴²⁸

Er führt diese These weiter aus; zu der Kategorie der Selbstverstümmelungen aus dem Spieltrieb heraus zählen Fälle, „in denen Gefangene aus einer Art müßigen Zeitvertreibs heraus“ sich selbst beschädigten oder Fremdkörper schluckten. Auch Tätowierungen zählt er, im weitesten Sinne, zu den Beschädigungen.

Zu den Selbstbeschädigungen aus dem Selbstvernichtungstrieb heraus verliert Marx keine großen Worte, zu dieser Kategorie gehörte vor allem der Suizid bzw. Suizidversuch.

Die Kategorie der Verstümmelungen, begangen aus dem Selbstbehauptungstrieb heraus, führt Marx weiter aus:

Er „verstehe unter Selbstbehauptung im Grunde nichts anderes, als eine Art von Selbstverteidigung oder von Abwehr einer unbehaglichen Situation, sei diese Situation durch innere Momente, also durch Affekte, oder sei sie durch äußere Momente bedingt. [...] Der Gefangene will seine Situation verbessern, er will etwa zum Zwecke einer Operation in ein Krankenhaus gebracht werden, um entweder die mildere Disziplin des Krankenhauses gegen die straffe Disziplin des Gefängnisses einzutauschen, oder um aus dem Krankenhause schneller und leichter entweichen zu können.“⁴²⁹

Er fährt weiter fort:

„Ebenso wie unter den jungen Männern, die sich Selbstverstümmelungen beibringen, um vom Militärdienst befreit zu werden, es Burschen genug gibt, die in geistiger Beziehung als intakt anzusehen sind, so finden wir auch unter den Gefangenen, die zum Zwecke einer Verbesserung ihrer Lage sich selbst körperliche Schäden zufügen, Personen, an denen in seelischer Hinsicht kaum etwas besonderes Auffälliges entdeckt werden kann.“⁴³⁰

⁴²⁸ Marx. Über Selbstbeschädigungen im Gefängnis. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung. Jg. 19. 1913. S. 353f.

⁴²⁹ Ebd. S. 354.

⁴³⁰ Ebd.

Marx widerspricht hier eindeutig der Behauptung Schäfers und auch Hillmanns, daß es sich bei Selbstverstümmelern um „Drückeberger und Psychopathen“⁴³¹ handle, es liege an den Lebensumständen, in denen sich die Häftlinge befänden; diesen versuchten sie durch die Selbstbeschädigung zu entfliehen.

Diese These gilt auch noch heute. In dem Buch „Automutilation“ berichtet

„ein 24-jähriger Gefängnisinsasse [...] von euphorischen Gefühlen, wenn er sich jeweils selbst schneidet; er fühle sich gelangweilt, wenn er es nicht tun könne; bisher habe er keinen gleichwertigen Ersatz gefunden (Favazza 1989b). Hier dient Automutilation der Erregung und Stillung des Stimulationshungers – analog gefährlichen Sportarten und Thrill-Seeking zur Sättigung des Reizhungers wie Eis-Klettern, Free Climbing, Air-Surfing, Bungy-Jumping, S-Bahn-Surfen, Reality-TV und vieles mehr.“⁴³²

Für den oben genannten Insassen stehen jene o.g. Möglichkeiten nicht zur Verfügung, die Automutilation übernimmt die Funktion, „den Stimulationshunger zu sättigen bzw. das Erregungsdefizit auszugleichen“.⁴³³

Diese Thesen sind natürlich nicht ohne weiteres auf die Selbstverstümmelungen in den Emslandlagern übertragbar. Sie gelten für den regulären Haftvollzug. Die Häftlinge benutzen die Selbstverstümmelungen, um durch eine erhoffte Aufnahme in das Krankenlazarett bzw. in das Krankenhaus der grausamen Realität zu entfliehen.

So heißt es auch in der Urteilsbegründung nach der Hauptverhandlung gegen Schäfer durch die große Strafkammer des Landgerichts Osnabrück vom 27.04.1953:

„Wohl aber sind die ersten Fälle von Selbstverstümmelungen durch die Zustände in den Lagern ausgelöst worden, sei es durch ausgesprochene Mißhandlungen, sei es durch sonstige Härten oder Unbequemlichkeiten, bedingt durch das Leben in den Lagern und die Arbeit in den Mooren, denen die Gefangenen durch Verlegung in die Anstalten wegen Moorunfähigkeit entgehen wollten.“⁴³⁴

Wenig später wird in der Urteilsbegründung ein großes Problem angesprochen:

„Ursache für diese weiteren Selbstbeschädigungen war einmal, daß einige der Gefangenen, die sich selbst verstümmelt hatten, den erstrebten Erfolg erreichten und wieder in die Anstalt zurücktransportiert worden waren. Als die bekannt wurde, sind auch andere Gefangene, ohne daß sie durch besonders schlechte

⁴³¹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 50.

⁴³² Hänsli, N. Automutilation. Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis. Bern. 1996. S. 133.

⁴³³ Ebd. S. 147.

⁴³⁴ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 60.

Behandlung zu diesem Schritt getrieben wurden, ebenfalls der Versuchung erlegen und dem Beispiel der anderen gefolgt in der Erwartung, ebenfalls in die Anstalten zurückkehren zu können.⁴³⁵

Dieses Problem spricht Schäfer selbst auch in einem Bericht vom 02.01.1940 an:

„Ich konnte es aber nicht zulassen, daß er auf dem Wege der Selbstverstümmelung seine Rückführung durchsetzte. Seine Mitgefangenen waren zum größten Teil Sicherungsverwahrte. Wenn diese erfuhren, daß S. mit seinen hartnäckigen Selbstverstümmelungen seine Rückführung erzwungen hatte, so bestand die Gefahr, daß er viele Nachahmer finden würde.“⁴³⁶

Gleiches berichten auch Schlegel und Goedel in ihrer Arbeit:

„Es finden sich schwere Verbrecher neben Tätern mit verhältnismäßig harmlosen Vergehen, die alle mehr oder weniger einer gewissen Epidemie verfallen. Diese Epidemie ergreift dann eben in einer Hauptsache die psychopathisch veranlagten Persönlichkeiten. Ganz besonders heftig treten diese Epidemien auf, wenn bekannt wird, daß irgendeiner dieser Fremdkörperschlucker sein Ziel erreicht hat, und sie flauen ebenso rasch wieder ab, wenn die Patienten merken, daß sie nichts erreichen, bzw. daß der eine oder der andere bei diesen Handlungen sein Leben lassen mußte.“⁴³⁷

Ebenso schreibt Hänslı:

„Durch das Miterleben des automutilativen Verhaltens und seiner Wirkung bei anderen wird u.U. Selbstverletzung überhaupt zum ersten Mal als eine praktikable und zudem sehr vorteilhafte Verhaltensmöglichkeit erkannt. Ist ein Verhalten in seiner Wirkung erfolgreich, ist der Anreiz der Nachahmung besonders hoch. Auf diese Weise kann das – in Gruppensituationen oft beobachtete – massierte, ja gar epidemische Auftreten von selbstbeschädigendem Verhalten erklärt werden.“⁴³⁸

Gleichermaßen schnell ebbten diese Epidemien dagegen wieder ab, wenn sich Todesfälle ereignen, die den Sinn und das Risiko der Automutilation in Frage stellen:

„Er [Weichert] spricht direkt von einer Mode des Fremdkörperschluckens, bei der es einer dem anderen nachmacht, besonders wenn es zur Kenntnis kommt, daß mehrfach auch schwere Magen- und Darmoperationen glücklich überstanden wurden. [...] Durch die Beobachtung, daß nach dem letalen Ausgang eine ganze

⁴³⁵ Ebd.

⁴³⁶ aus der Vernehmung Schäfers am 15.12.1949. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Nr. 50.

⁴³⁷ Schlegel, A. Fremdkörperchirurgie. 1933. S. 61.
Hänslı, N. 1996. S. 162.

⁴³⁸ Hänslı, N. 1996. S. 162.

Weile keine Fremdkörperschlucker aus demselben Gefängnis zur Behandlung kamen, wurden wir in unserer Ansicht bestärkt.⁴³⁹

Der erste in den Krankenakten des Hauptlazarets verzeichnete Tote infolge von Selbstverstümmelung starb am 25. Januar 1938. Somit kann man Goedel Recht geben mit seiner Mutmaßung, daß nach Auftreten von Todesfällen die Epidemie von Selbstverstümmelungen zunächst abbricht, da die erste Welle der Selbstverstümmelungen im Lager Esterwegen im Februar 1938 abebbte (der Tote entstammte ebenfalls dem Lager Esterwegen und verstarb infolge von Verschlucken eines Fremdkörpers).

Während der zweiten Folge der Fremdkörperschlucker vom November 1939 bis zum Januar 1941 starben zwei Häftlinge an den Folgen ihrer Tat, zunächst bei Beginn der Epidemie (am 06. Januar 1940; der Häftling wurde am 21.11.1939 eingeliefert nach Fremdkörperschlucken, dann operiert und zunächst am 02.12.1939 in das Krankenrevier des Lagers Esterwegen entlassen. Die Operation blieb dagegen nicht folgenlos; es bildete sich eine Fistel, so daß er am 27.12.1939 erneut in das Hauptlazarett in Papenburg aufgenommen und operiert werden musste, er verstarb dann aber am 06. Januar 1940.

5.3 Folgen der Selbstverstümmelungswellen

Die Wellen der Automutilation forderte die Leitung der Emslandlager zum Handeln auf, wollten sie die Disziplin in den Lagern aufrechterhalten. Ein nun eingefügtes Beispiel aus der Vernehmung Schäfers vom 15.12.1949 zeigen die damaligen Umstände auf, unter welchem Druck die Lagerleitung stand; das Beispiel kann weiter einen Eindruck vermitteln, welche bizarren Ausmaße die Selbstverstümmelungen annahmen:

„Fr[age]. Das Urteil stellt weiter fest, daß der Gefangene S. sich am 13.7.37 zunächst einzelne Finger und am 21.10.37 die ganze linke Hand abgehackt habe. Dr. Teigeler habe ihn daraufhin für moorunfähig erklärt und den Abtransport vorgeschlagen. Sie hätten darauf in der Personalakte von S. verfügt:

⁴³⁹ Goedel, R. 1932. S. 65.

S. hat im Lager zu verbleiben und mit der rechten Hand zu arbeiten. 28 Tage Arrest wegen Selbstverstümmelung mit allen Schärfungen. S. wird mit der gesunden Hand zweckentsprechend beschäftigt. Kein Pardon diesem asozialen Burschen. Kommt unter keinen Umständen in die Anstalt. Sicherungsverwahrung beantragen.

gez. Schäfer.

A[ntwort]. Der Gefangene S. hatte schon bei Eintreffen seines Transportes im Lager vor allen Häftlingen erklärt, er habe in seinem Leben noch nicht gearbeitet, er würde es auch hier nicht tun, er würde schon die entsprechenden Wege finden. Darauf war S. in Arrest gelegt worden. Ich habe ihn dann im Lager mir vorführen lassen, in die Baracke zurückverlegen lassen und ihm aufgegeben, die[!] Mitgefangenen zu sagen, er käme jetzt aus dem Arrest heraus, ich hätte aber gesagt, hier würde der verbrecherische Wille gebrochen, wer sich weigere zu arbeiten, gegen den würde entsprechend vorgegangen werden. Nach einer gewissen Zeit kam ein Bericht aus dem Lager, daß ein Gefangener sich mit einem Beil den Finger abgehackt hätte. Er bekam dann nach der Ausheilung seine Disziplinarstrafe. Nach einer gewissen Zeit später hatte S. sich dann 2 Finger durch den Lorenzug abfahren lassen. Ich traf ihn dann mit seiner verbundenen Hand im Revier an. Er hielt mir den Stumpf aus dem Bett entgegen und sagte: ‚Nun werden Sie ja wohl zugeben, daß ich moorunfähig bin und in die Anstalt zurück muß.‘ Später, als diese Verletzung ausgeheilt war, kam dann die Nachricht, daß S. sich mit einem Beil die linke Hand abgehackt hatte. Gleichzeitig wurde berichtet, daß Dr. Teigeler S. für moorunfähig erklärt und seine Rückführung vorgeschlagen hätte. Ich habe demgegenüber angeordnet, daß S. da bliebe. Dr. Teigeler hat dann unter Umgehung meiner Dienststelle dem Justizministerium über den Fall S. berichtet. S. war, wie ich zugeben muß, moorunfähig. Ich konnte es aber nicht zulassen[!], daß er auf dem Wege der Selbstverstümmelung sein[e] Rückführung durchsetzte. Seine Mitgefangenen waren zum größten Teil Sicherungsverwahrte. Wenn diese erfuhren, daß S. mit seinen hartnäckigen Selbstverstümmelungen seine Rückführung erzwungen hatte, so bestand die Gefahr, daß er viele Nachahmer finden würde.

Die Sicherungsverwahrung habe ich deswegen beantragt, weil ich gesehen hatte, daß S. seinen verbrecherischen Willen auf grausamste Weise an sich selbst betätigt hatte und daher der Überzeugung war, daß er dazu gegenüber seinen Mitmenschen in der gleichen Weise fähig war.⁴⁴⁰

Die Lagerleitung war zum Handeln gezwungen, denn sie konnte die Verstümmelungswellen in den Lagern nicht geheim halten bzw. verdecken; das Reichsjustizministerium in Berlin nahm Kenntnis und forderte eine Erklärung der Fälle. Zu diesem Zwecke setzte es, noch während der zweiten Welle der Selbstverstümmelungen, einen „Beauftragten“ ein, der die Vorkommnisse in den

⁴⁴⁰ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 50.

Emslandlagern klären sollte. Der Beauftragte schreibt am 29.11.39 an das Reichsjustizministerium:

„Wenn auch einzelne vom Kommandeur vernommene Selbstverstümmeler erklärt haben, daß sie sich nicht wegen Mißhandlungen verletzt hätten, so betrachte ich die Angelegenheit doch bisher nicht für hinreichend geklärt. Die Untersuchungen wegen der vom Kommandeur am 4. und 7.11.39⁴⁴¹ getroffenen Maßnahmen scheinen nicht abgeschlossen zu sein.“⁴⁴²

Das Reichsjustizministerium schien jedoch kein echtes Interesse an der Aufklärung dieser Selbstverstümmelungswellen zu haben; so wurden durch den Beauftragten des Ministeriums zunächst noch Aufstellungen über die auftretenden Selbstverstümmelungen eingereicht, am 24.07.1940 vermerkt dieser jedoch:

„Unterzeichneter [der Beauftragte] ist von Landgerichtsdirektor Müller telephonisch angewiesen worden, die Fälle bis 31.12.39 als erledigt zu betrachten. Kommandeur hat sorgfältige Untersuchungen in Fällen von Selbstverstümmelungen vorzunehmen, die seit dem 1.1.40 vorgekommen sind durch schlechte Behandlung und andere Unregelmäßigkeiten. Teilen Sie mit, wieviel Fälle von Selbstverstümmelungen in der Zeit von 1.4.40 bis zum 30.6.40 vorgekommen sind. Von Gefangenen behauptete Ursachen und wirkliche Ursachen sind festzustellen.“⁴⁴³

⁴⁴¹ Wenig später heißt es in einem anderen Brief des Beauftragten an das RJM, die Vorfälle haben sich am 07.11.39 und 11.11.39 und nicht, wie angegeben, am 04. und 07.11.39 ereignet. Gemeint sind wahrscheinlich Reaktionen Schäfers auf Vorfälle im Lager Esterwegen, die er in einem Brief an das RJM am 02.01.1940 selber erläutert:

„Betr. Maßnahmen im Lager VII.

Bei Besichtigung Lager VI am 6.11.39 erfuhr ich, daß Luftwaffenangehöriger (Horchgerät), der sich vorübergehend im Lager aufhielt, mit Gefangenen heimlich Beziehungen hatte. Ich begann mit Vernehmungen am Frühnachmittag des 6.11.39, konnte sie erst am nächsten Morgen beenden. [...] Hielt, unterstützt durch Platzmeister W., Appell ab. Sagte, daß jede Baracke innerhalb 15 Minuten sämtliche Sachen, die jeder unberechtigt besäße, auf Lagertreppe legen sollte. [...] Gefangene verbrannten ihre Sachen. Gefangene kamen meinem Befehl, sofort Baracke zu verlassen, nicht nach. Sah den Fall als Meuterei an. [...] Habe sofort Raucherlaubnis entzogen und Verkehr auf Lagerstrasse verboten. [...]

Bei 2. Besichtigung am 11.11.39 teilte mir Vorsteher mit, daß die Strafkompagnie...faul bei der Arbeit seien, sodaß [!] der Vorsteher Strafexerzieren angeordnet hätte. [...] Ich befahl Hpt. Wachtmstr. Weise und anderen Beamten, das Exerzieren, notfalls unter Anwendung des Gummiknüppels durchzuführen. [...] Als sich einige Gefangene beim Laufschrift zu Boden warfen, in der Absicht nicht mehr teilzunehmen und Mahnungen nicht halfen, befahl ich, Gummiknüppel anzuwenden. [...] Nach meiner Rückkehr aus Berlin, wohin ich gefahren war um zu berichten, wurde mir mitgeteilt, daß in Lager VII eine Seuche von Selbstverstümmelungen ausgebrochen sei.“

Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945. Nr. 49.

⁴⁴² Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 49.

⁴⁴³ Ebd.

In der Folge wurden wiederum regelmäßige Aufstellungen über die aufgetretenen Selbstverstümmelungen an das RJM weitergegeben. Als Ursache der Automutilation wurde „Drückebergerei, Lebensmüdigkeit oder Verzweiflung wegen Ablehnung des Gnadengesuches“ ermittelt.

„Mißhandlungen konnten nicht festgestellt werden. Meine persönliche Kontrolle ergab, daß es sich meist um Psychopathen handelt oder daß man der Lagerverwaltung den Willen aufzwingen oder Vorteile erreichen wollte. [...] Die Zahl der Fälle aus dem 2. Halbjahr 40 verhältnismäßig klein angesichts der Belegungsstärke von etwa 7500 Gefangenen. Da die Fälle im letzten Quartal sich beträchtlich verringert haben und im Jan., Febr., März 41 nur eine kleine Anzahl vorgekommen ist, ist anzunehmen, daß Selbstverstümmelungsseuche jetzt abflaut.“⁴⁴⁴

So wurde dann schließlich zum Ende des Jahre 1941 beschlossen:

„In der Zeit vom 3.-8.12.41 wurde in Gegenwart von Min.Rat Müller Bericht über Selbstverstümmelungen erörtert. Müller entschied, daß mit Rücksicht auf die geringe Anzahl kein Bedürfnis für Bericht mehr vorläge, soweit sich die Fälle nicht über das normale Maß vermehrte.“⁴⁴⁵

Das Problem der Selbstverstümmelungen in den Emslandlagern hatte sich somit ohne Eingreifen von Seiten der Lagerleitung oder des Reichsjustizministeriums von selbst erledigt.

In den vorliegenden Kapiteln ist eine Auswertung der einzelnen Krankheiten erfolgt. Im folgenden Kapitel werde ich nun einige krankheitsübergreifende Merkmale herausstellen und aufgrund derer, auch bezugnehmend auf einzelne Erkrankungen bzw. Krankheitsbilder, ein Bild der Verhältnisse im Hauptlazarett und auch der einzelnen Lager erstellen.

⁴⁴⁴ Brief des Beauftragten an das RJM vom 14.03.1941. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 49.

⁴⁴⁵ Aktenvermerk des Beauftragten vom 08.12.1941 nach Erörterung mit dem Ministerialrat Dr. Müller. Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 49.

6 Die Lebensbedingung in den Emslandlagern

In diesem Kapitel wird ein Abriss über den Lebensalltag der inhaftierten Strafgefangenen gegeben. Hierbei geht es, ebenso wie in dem Kapitel der Misshandlungen, um eine zusammenfassende Darstellung der dort herrschenden Umstände. Ausführliche Darstellungen des Lagerlebens finden sich zum einen in den bestehenden Dokumentationen zu den Emslandlagern⁴⁴⁶, zum anderen auch in den Schilderungen ehemaliger Häftlinge⁴⁴⁷. Ich gehe in diesem Abschnitt der Arbeit auf die Bedingungen ein, mit denen die Häftlinge während ihres Aufenthaltes zu kämpfen hatten, sei es die unzureichende Ernährung, die schlechten hygienischen Bedingungen oder die schwere Arbeit. Über die in den Lagern stattgefundenen Misshandlungen wurde bereits in einem eigenen Kapitel (Kap. 4.9. Erkrankungen infolge äußerer Einflüsse) berichtet.

Suhr betitelte den Vollzug in den Emslandlagern „als System von Belastungsfaktoren“, welche sich aus folgenden 4 Punkten zusammensetzt:

- „1. der Zwang zu schwerer, eintöniger und entfremdeter Arbeit, nie nachlassender Leistungsdruck und ein menschenunwürdiges Antreibesystem;
2. die Organisation des Lageralltags nach strengen Regeln militärischer Disziplin und Ordnung, verbunden mit einem System ‚alltäglichen Terrors‘;
3. die Einschüchterung der Gefangenen durch Schikanen, Lagerstrafen, Mißhandlungen und Tötungen;
4. die Nichterfüllen vitaler menschlicher Bedürfnisse bzw. deren Verringerung auf eine Überlebensminimum durch:
 - Unter- und Fehlernährung
 - Verschmutzungserkrankungen als Folge der schlechten hygienischen Verhältnisse
 - Infektionskrankheiten als Nachwirkungen von Hunger und Kälte
 - somatophysische Erschöpfung
 - Verminderung der Lebenskraft infolge von Mißhandlungen.“⁴⁴⁸

⁴⁴⁶ u.a.: Kosthorst, E. Walter, B. 1983.
Kosthorst, E. Walter, B. 1985.
Suhr, E. 1985.
Bührmann-Peters, F.. 2002.

⁴⁴⁷ u.a. Henze, W. 1992. S. 121.
Frese, H. 1989.
Langhoff, W. Die Moorsoldaten. 13 Monate Konzentrationslager. Essen. 1995.
Wittfogel, K. A. Staatliches Konzentrationslager VII. Eine „Erziehungsanstalt“ im Dritten Reich. Bremen. 1991.

⁴⁴⁸ Suhr, E. 1985. S. 80.

6.1 Die Arbeit und Arbeitsbedingungen in den Emslandlagern

Die Arbeit der Gefangenen war von Anfang an sowohl in den frühen Konzentrationslagern als auch später in den Strafgefangenenlagern des Emslands ein zentraler Punkt des Haftvollzugs. So heißt es in der „Besondere[n] Lagerordnung für das Gefangenen-Barackenlager“ vom 01.08.1934 unter Punkt 8:

„Pflicht zur Arbeit

Die Gefangenen sind ausnahmslos zur körperlichen Arbeit verpflichtet. Stand, Beruf und Herkunft bleiben außer Betracht. Wer die Arbeit verweigert, sich von ihr drückt, oder zum Zwecke des Nichtstuns körperliche Gebrechen oder Krankheiten vorschützt, gilt als unverbesserlich und wird zur Verantwortung gezogen.

Die Arbeitszeit im ganzen Lager bestimmt ausschließlich der Lagerkommandant.

[...]

Über die festgesetzte Arbeitszeit hinaus und an Sonn- und Feiertagen kann mit Genehmigung des Kommandanten jederzeit gearbeitet werden, wenn es die Bedürfnisse des Lagers erfordern.“⁴⁴⁹

Hier deutet sich bereits an, daß der Arbeit nicht nur den Stellenwert einer (sinnvollen) Beschäftigung gegeben wird, sondern daß die Arbeit auch als Instrument der Unterdrückung diene, da jeder sich dieser Zwangsarbeit unterwerfen musste ungeachtet Gesundheitszustand, Alter oder Körperkraft. Zudem konnten die Arbeitszeiten willkürlich nach Belieben des Lagerkommandanten ausgeweitet werden.

Aber auch in den Strafgefangenenlagern der Justiz hatte die Arbeit einen ähnlichen Stellenwert. So sei die „regelmäßige Beschäftigung der Gefangenen [...] die Grundlage eines geordneten Strafvollzugs. Alle Gefangenen sind zur Arbeit anzuhalten, soweit das Gesetz es zuläßt. [...] Es ist darauf hinzuwirken, daß jeder Gefangene dauernd mit nützlicher Arbeit beschäftigt werden kann.“⁴⁵⁰

Welche Auswucherungen diese Zwangsarbeit annahm, ist schon Berichten aus den frühen Phasen der Konzentrationslager zu entnehmen. Hier zählte vor allem die Moorkultivierung zu den härtesten Arbeiten, die die Gefangenen zu leisten hatten:

„Mit der stumpfen Schneide versuchen wir, durch das zähe Wurzelwerk des Heidekrautes zu stoßen. Der erste Stich ist der schwerste. Kaum durchzukommen. Mit beiden Händen packe ich den Spatengriff und haue ihn von oben mit voller Wucht ins Kraut. Die Handgelenke werden heiß und schwellen an. Sie sind wie verstaucht. [...]

⁴⁴⁹ Kosthorst, E. Walter, B. 1985. S. 86.

⁴⁵⁰ Grundsätze für den Vollzug von Freiheitsstrafen. RGBI II. 27.06.1923. S. 263.

Nach einer Stunde komme ich schon in Schweiß. Ich ziehe das Hemd aus und arbeite mit nacktem Oberkörper. Nach zwei Stunden schmerzt mein Rücken. Sobald ich mich aufrichte, um zu verschnaufen, brüllt der Vorarbeiter oder ein SS-Mann. [...]

Am Abend sind meine Hände voller Blasen. Die Glieder schmerzen mich, jeder Schritt tut weh. [...]

So geht es nun Tag für Tag. Wir arbeiten wochenlang mit fünf- bis sechshundert Mann an einem Stück Land, das mit zwei Dampfpflügen in vier Tagen bewältigt worden wäre. [...]

Wir schufteten monatelang bei brennender Hitze, die Haut hängt in Fetzen von unserem verbrannten Oberkörper, im Regen, der bis auf die Haut geht, später bei eisiger Kälte, Hagel und Schnee, wenn der scharfe Winde, der vom Meer her kommt und auf dem flachen Land keinen Widerstand findet, wie mit Messern durch die Kleider schneidet und der Moorboden gefriert und hart wie Stein wird. [...]

Monatelang stehen wir im Moor, oft versacken wir bis zu den Knien im Sumpf, oft kommen unsere Spaten kaum durch die riesigen Wurzeln und Baumstümpfe der versunkenen Wälder, die es in diesem Moor gibt, oft treten wir auf Kreuzottern, die im heißen Heidekraut züngeln, oft bricht einer von uns zusammen und wird von zwei Kameraden und einem Posten ins Lazarett gebracht. Und ewig die Antreibung, die demütigenden Beschimpfungen, das peinigende Gefühl, kein Mensch mehr – irgendein Tier zu sei.⁴⁵¹

Derartige Berichte finden sich auch in zahlreicher Form in Schilderungen ehemaliger Häftlinge der emsländischen Justizgefangenenlager. So auch bei Wilhelm Henze, politischer Häftling im Lager Brual-Rhede (Lg. III) vom Mai 1934 bis zum November 1935. Auch er berichtet über die schwere Arbeit im Moor und deren Folgen:

„ ‚Sieh mal meine Hände an, Blase an Blase, ich kann bald nicht mehr den Spaten halten.‘ Peter zeigte seine Hände, die Blasen waren aufgeplatzt. Wasser kam unter der Haut hervor. An einigen Stellen leuchtete das rote Fleisch durch.

‚Junge! Junge!‘ Karl verzog das Gesicht, er fühlte die Schmerzen nach, die Peter hatte. ‚Morgen werden dir die Pfoten erst richtig weh tun!‘

‚Die Hände tun mir jetzt nicht so weh, am meisten schmerzt mich das Kreuz. Es ist, als wäre es mir abgeschlagen. Ich kann mich kaum noch in gebückter Stellung halten.‘⁴⁵²

⁴⁵¹ Langhoff, W. Die Moorsoldaten. Berlin/Weimar. 1975. S. 166ff.

⁴⁵² Henze, W. 1992. S. 60.

Ähnlich berichtet Hans Frese, ein wegen Fahnenflucht verurteilter militärischer Strafgefangener, der vom 15.10.1942 bis zum 25.11.1943 einen Teil seiner Strafe ebenfalls im Lager Brual-Rhede (Lg. III) verbüßte:

„Endlich beginnt der Abmarsch zur Arbeit. Jetzt erst merkt man richtig, wie schlecht einem die Holzschuhe sitzen. Die Hälfte der Leute hinkt, dauernd werden die Riemen der Holzschuhe zurechtgezogen, so bewegen sie sich außerhalb des Gliedes und bleiben zurück. Aber am Ende des Gliedes gehen zwei kräftig genährte ‚Blaue‘ mit gezogenen Gummiknäppel und bringen sie wieder ‚auf Vordermann‘, ohne Mitgefühl wird reingeschlagen und gebrüllt. [...] Ein Gehen ist wirklich nicht möglich, die ersten Tränen fließen, aber desto mehr [Schläge] gibt es. Viele ziehen sich die Schuhe aus und laufen barfuß auf den noch feuchten, von Nebel und Regen aufgeweichten Straßen weiter. [...] Wieder bei der Arbeit, werfen wir den schweren Moorboden von unten nach oben. ‚Kuhlen‘ nennen wir das, es ist wohl die schwerste Arbeit, die es im Moor gibt. Es geht ins Mark und zehrt an den Kräften, viele gehen daran kaputt. Andere stechen Torf ab, wieder andere ziehen Kanäle zur Entwässerung, planieren den Boden, stellen Torf zum Trocknen auf, alles ist sehr schwere Arbeit. Wo man hinsieht, fehlt es an Kraft, weil das schlechte Essen und die Witterung uns allmählich aushöhlen.“⁴⁵³

Das Arbeitspensum, welches die Häftlinge tagtäglich zu leisten hatten, erhöhte sich auch im Laufe der Zeit, wie Suhr in ihrer Arbeit berichtet. Waren es in den ersten Jahren 10 cbm, die Strafgefangener im Kuhlkommando zu erledigen hatte, so wurde diese Leistung später auf 18cbm festgesetzt und mit Beginn des Krieges auf zunächst 23 und schließlich 25cbm pro Tag. Zudem wurde die tägliche Arbeitszeit auf „mindestens 12 Stunden festgesetzt.“⁴⁵⁴

Dieses blieb jedoch nicht ohne Folgen, Dr. Hillmann, der Leiter des Hauptlazarets Papenburg, schrieb am 01.03.1941 an den Kommandeur der Strafgefangenenlager:

„Seit Kriegsbeginn Gesundheitszustand so verschlechtert, daß Arbeitseinsatz im bisherigen Umfang nicht mehr möglich ist, sondern[!] seitdem Lager mit Kriegstätern belegt sind. Krankenbestand von durchschnittlich 3 – 4 % vor dem Kriege auf zeitweise bis auf weit über 10% gestiegen. Während 1939/40 in den Lägern[!] und im Hauptlazarett 22 Krankheitsfälle tödlich[!] endeten, liegen im laufenden Jahr schon 82 Todesfälle vor

⁴⁵³ Frese, H. 1989. S. 51ff.

⁴⁵⁴ Suhr, E. 1985. S. 85.

An Operationen die doppelte Anzahl als im letzten Vorkriegsjahre vorgenommen werden. Ich muß ärztlich beantragen, die Arbeitsleistung sofort von Beginn der Aussenarbeit auf höchstens 75% des früheren Arbeitspensums herabzusetzen. Auch dann muß erst die Zukunft zeigen, ob dieses Pensum noch geleistet werden kann.⁴⁵⁵

Die Arbeit in Mooren und deren Kultivierung war jedoch nur ein Zweig, in denen die Arbeitskraft der Häftlinge eingesetzt wurde. Bis ca. 1939 wurden die Arbeitskommandos ausschließlich zu Moorarbeiten herangezogen. So machte sich mit Kriegsbeginn das Fehlen von landwirtschaftlichen Kräften bemerkbar, „so daß Strafgefangene in größerem Umfang zunächst bei der privaten Feldarbeit eingesetzt wurden.“⁴⁵⁶ Eine detaillierte Auflistung der verschiedenen Arbeitskommandos zusammengestellt aus Häftlingen der Emslandlager findet sich in der Arbeit von Bührmann-Peters. So erfolgten Arbeitseinsätze in der Landwirtschaft, Privatwirtschaft, Beschäftigungen im öffentlichen Auftrag (z.B. beim Wasserwirtschaftsamt), und in der Rüstungsindustrie. Weiter existierten bestimmte Arbeiten, mit denen Häftlinge innerhalb des Lagers betraut wurden (in der Küche, Gärtnerei, als Handwerker in verschiedenen Bereichen usw.).⁴⁵⁷

Die oben von Dr. Hillmann monierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes rührt jedoch nicht allein von der Arbeit her, auch die Ernährung trägt einen erheblichen Teil zu dem hohen Krankenstand und der hohen Sterblichkeit bei. Dieses führt Hillmann zwei Jahre später in einem Schreiben weiter aus.

⁴⁵⁵ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin I. Nr. 53.

⁴⁵⁶ Bührmann-Peters, F. 2002. S. 200f.

⁴⁵⁷ Vgl. Ebd. S. 198-273.

6.2 Ernährung

Die Ernährung in den Emslandlagern war laut Suhr, nach Berechnung der den Häftlingen zustehenden Verpflegungssätzen in Relation zu der von den Strafgefangenen zu leistenden Arbeit, „von Anfang an schlecht, bis Kriegsbeginn aber ‚gerade noch ausreichend‘, um die Arbeitskraft der Häftlinge trotz der schweren körperlichen Belastung zu erhalten.“ Grund für diese Mangelversorgung war die Bestrebung, „die Vollzugskosten gering zu halten“.⁴⁵⁸

Diese Berechnung berücksichtigt jedoch nicht, daß „ein großer Teil dessen, was den Gefangenen offiziell zustand, [...] von den Wachmannschaften, die damit teilweise ihre Familien mitversorgten, und nicht zuletzt – und für die Häftlinge of auch klar sichtbar – den Funktionsgefangenen abgezweigt [wurde].“⁴⁵⁹

Auch in den Erinnerungen ehemaliger Häftlinge ist die unzureichende, schlechte Verpflegung häufig ein Gegenstand ihrer Betrachtungen. Das Essen spielte eine zentrale Rolle, sichert es doch das Überleben unter den harten Bedingungen. So kam es häufig unter den Gefangenen selber zu Streitereien:

„Als das Essen und Brot verteilt wurden, kam es zu tollen Auseinandersetzungen, ein Raufen, Schubsen und Schlagen begann. Hemmungslose Kerle stahlen ihren Kameraden das Brot unter den Händen weg. Und weil jeder den Nachbarn anschie und ihn verdächtigte, konnte sich niemand durchsetzen.“⁴⁶⁰

Das Essen selber bestand oft nur aus einer dünnen Suppe, verbunden mit einem Stückchen Brot:

„Das Essen aber enthält nur Wasser: wässriger Spinat, wässrige Kohlrüben, Sauerkraut, Sägemehlsuppe. Mengenmäßig ist es genug, aber alles nur Wasser. Eine Spezialität sind Erbsen, meistens nur sonntags, aber auch dann sättigend, wenn sie dick sind.“⁴⁶¹

Da die Gefangenen unter dieser Kost ständig Hunger litten, versuchten sie, auf anderem Wege zu Nahrung zu gelangen, z.B. durch besondere Posten wie das Latrinenreinigen. Jedoch wurden auch aufgrund des großen Hungers verdorbene Lebensmittel zu sich genommen, was wiederholt zu Erkrankungen oder Lebensmittelvergiftungen führte:

⁴⁵⁸ Suhr, E. 1985. S. 118.

⁴⁵⁹ Bührmann-Peters, F. 2002. S. 283f.

⁴⁶⁰ Henze, W. 1992. S. 54.

⁴⁶¹ Frese, H. 1989. S. 59.

„Jede schmutzige Wurzel und Rübe, die auf dem Felde gefunden wird, dient in der übergroßen Gier dem Essen, wodurch sie [die Häftlinge] die Krankheitskeime in sich hineinbringen.“⁴⁶²

„Verschiedene Beobachtungen weisen daraufhin, dass einer der Erkrankten Speiseabfälle aus einer Abfalltonne gegessen hat. Mehrere Erkrankte sollte einige Tage zuvor heimlich[!] rohe Lupinen gegessen haben.“⁴⁶³

„Manche von denen, die sich nicht mehr zusammenzunehmen wussten, stöberten in der Nähe der Küchenbaracke in den Abfallbottichen und ergatterten stinkende Kartoffeln, Möhrenschnitzereien oder Reste von Knochen, an denen sie gierig nagten: es war entsetzlich, sie hatten die Aura des menschlichen verloren.“⁴⁶⁴

Die Ernährung der Gefangenen wurde zunehmend schlechter, so daß bereits 1937 „die Gefangenenverpflegung in einer Lagerleiterbesprechung von einzelnen Lagerleitern als nicht ausreichend bezeichnet“ wurde:

„Die auf *Lagerkost angewiesenen Gefangenen*⁴⁶⁵ litten unter ständige[!] Hunger. Die Folge davon war, dass sie nur alles halbwegs Eßbare, gleichgültig ob gekocht oder roh, verschlangen. Küchenabfälle[!] aus der Küche, die bereits vergraben worden waren, wurden nach Tagen von den Gefangenen wieder aus der Erde gegraben und verzehrt. Die Häftlinge waren so ausgehungert, dass sie häufig von den Kehrrichthaufen der Küche vertreiben werden mußten, da sie sich sonst über die Abfälle gestürzt hätten. Der Hunger trieb einzelne Gefangene dazu, sich über den von Hunden verschmähten Essensrest herzumachen. Nur mit Waffengewalt konnten sie daran gehindert werden, ihren Hunger mit dem Hundefress zu stillen.“⁴⁶⁶

Auch wurde 1937 erstmalig das Gesundheitsamt eingeschaltet, da die Qualität des aus einer ansässigen Bäckerei bezogenen Brotes sich zusehends verschlechterte:

„Wie sie sich erinnern können, sprachen wir schon verschiedene Male über die Brotlieferung des oben angegebenen Bäckers für die Gefangenen des Lagers III. Es wurden damals in diesen Broten nacheinander eine abgebrochene Stopfnadel, mit der sich ein Gefangener verletzte, gefunden, eine abgebrochene Messerklinge, Holzstücke, ein ausgespuckter Kautabakrest und Mäusekot, welch

⁴⁶² Ebd. S. 78.

⁴⁶³ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Nr. 413. Brief des Amtsarztes an den Regierungspräsidenten Osnabrück.

⁴⁶⁴ Lindenberg, W. 1988. S. 149.

⁴⁶⁵ Hervorhebung durch mich. In den Außenkommandos war die Verpflegung oft deutlich besser, da diese „stärker an einer guten Arbeitsleistung der Häftlinge interessiert [waren] [...] und besserten die Rationen in Eigeninitiative kurzerhand auf.“
Bührmann-Peters, F. 2002. S. 285.

⁴⁶⁶ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 55. Aus dem Verfahren gegen den SS-Wachmann Johann Peter K.

letzterer von mir mit der Lupe einwandfrei als solcher festgestellt wurde. Ich bat Sie damals durchzusetzen, dass diesem Manne die Brotlieferung entzogen würde. Ich war deshalb auch Zeuge eines Telefongesprächs, welches Sie, Herr Obermedizinalrat, mit Herrn Inspektor S. diesetwegen führten. Trotzallem ist dem Bäcker N. bis heute noch nicht die Lieferung entzogen worden. – Heute lieferte N. wieder Brote. Bei 10 wahllos herausgegriffenen Broten stellte ich ein Untergewicht fest von durchschnittlich 80 bis 100 g. Das Brot selbst (Graubrot) ist für menschliche Zwecke als ungenießbar zu betrachten. Von einem Ausbacken des Teiges ist nicht die Rede, herausgeklaubte Teigteile sind glitschig und werden nach einigen Rollbewegungen zwischen den Fingern beinahe wieder zum Teigausgangsmaterial.

Die gesamte Graubrotlieferung ist natürlich wieder sofort von uns aus rückgängig gemacht worden.

Ich beschwere mich deshalb über diese Brotlieferung und kann die Zumutung des Bäckers N. von Rhede nur als eine Unverschämtheit bezeichnen. Sollte es diesem Manne nicht möglich sein, ein genießbares Brot heruazubringen[!], genau wie andere Bäcker auch? Ich stelle deshalb den Antragn, dem Bäcker N. sämtliche Lieferungen ein für alle Male zu entziehen und bitte Sie, Herr Obermedizinalrat, den Lieferungsentzug durchzusetzen.

Heil Hitler!

gez. Dr. v. Engeln

Lagerarzt.⁴⁶⁷

Dr. Teigeler leitete diese Beschwerde offensichtlich an das Gesundheitsamt Aschendorf weiter, denn am 10.01.1938 berichtete der stellvertretende Amtsarzt des Gesundheitsamtes:

„Ich habe heute nachmittag im Beisein des zuständigen Gendameriebeamten die Bäckerei N. in Rhede ohne vorherige Anmeldung besichtigt. Der Zustand der Backstübe[!] wie auch der anliegenden Räume wies zwar erheblich Mängel bezgl. der Ordnung und Sauberkeit auf, konnte aber noch als ausreichend bezeichnet werden. Ich habe den Bäcker N. jun. auf die Unzulänglichkeiten des jetzigen Zustandes seines Betriebes energisch hingewiesen und ihn über die hygienischen Anforderungen, die an einen Nahrungsmittelbetrieb gestellt werden, eingehend belehrt.[...]

Bezgl. der in Lager III gemachten Beobachtungen stellte N. jegliche Schuld in Abrede und vertritt den Standpunkt, dass eine Verwechslung vorliegen müsse. Mäuse sind nach seiner Angabe in seinem Betriebe nicht vorhanden. Auch werden angeblich keine Tabakkauer beschäftigt, wie es ihm auch unerklärlich erscheint, dass Stopfnadel, abgebrochene Messer klingen, Holzstückchen usw. in das von ihm bearbeitete Brot gelangen könnten.

⁴⁶⁷ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Nr. 550. Brief des Lagerarztes Dr. v. Engeln an den Oberregierungsrat Dr. Teigeler (Leiter des Hauptlazarets der Strafgefangenenlager) vom 30.10.1937.

Ich habe den Eindruck, dass N. jun. sich ernstlich bemühen wird, die heute festgestellten Mängel abzustellen und seinen Betrieb den hygienischen Anforderungen anzupassen.

Heil Hitler !

K. stellv. Amtsarzt⁴⁶⁸

Weitere Unterlagen in Bezug auf diese Backstube finden sich nicht, die beanstandeten Mängel sind anscheinend behoben worden. Dieses war jedoch nicht die einzige Beschwerde, die an das Gesundheitsamt betreffend ungenügsamer Verpflegung eingereicht wurde. Auch Metzgereien, die die Strafgefangenenlager belieferten, gerieten in das Visier des Gesundheitsamtes. In einem Brief des Vorstands der Strafgefangenenlager an das Gesundheitsamt vom 17.3.38 heißt es:

„Es ist mehrfach Klage darüber geführt worden, dass die Metzgereien, die die Strafgefangenenlager I bis VII beliefern, nicht die nötige Sorgfalt in der Sauberhaltung ihrer Betriebe obwalten lassen. Ich bitte um gefl. Auskunft, ob diese Geschäfte regelmässig von dort kontrolliert werden.

Aus Anlass der Umorganisation der hiesigen Verwaltung erbitte ich eine einmalige sofortige Überprüfung der in Frage kommenden Metzgereien, sie sind nachstehen näher bezeichnet:

[aufgeführt sind die Namen und Ort von 10 Metzgereien]⁴⁶⁹

Auch hier schritt das Gesundheitsamt ein und kontrollierte die besagten 10 Metzgereien.

Das Ergebnis lag dem Kommandeur der Strafgefangenenlager am 30.04.1938 vor:

Bei der Untersuchung waren sechs der Betriebe „in Ordnung und entsprechen den hygienischen Anforderungen. Grobe Mängel waren nicht feststellbar“, wobei ein Betrieb „für die hiesigen Verhältnisse als mustergültig und hervorragend anzusehen“ war.

Zwei Schlachtereien aus Papenburg wurde jedoch deutlich bemängelt:

„Der Betrieb [vorangegangen ist Name und Ort der Metzgerei] entspricht nicht den hygienischen Anforderungen. Sowohl der Laden, wie auch das Schlachthaus, gleichzeitig Wurstküche, machen einen unsauberen und ungepflegten Eindruck. Die Wände sind schmutzig und ebenso wie die Decke mit dicken Spinnenweben behaftet. Im Schlachthaus ist der Boder[!] defekt und mit zahlreichen Wassertümpeln angefüllt. Die Instrumente und auch die Mohle waren bei der Besichtigung unsauber und ungepflegt. Als Trockenraum für Schinken und Wurstwaren [wurde] die Küchen und ein anschliessendes Wohnzimmer benutzt.“

⁴⁶⁸ Staatsarchiv Osnabrück. Rep 630 Nr. 550. Brief des stellvertretenden Amtsarztes Gesundheitsamt Aschendorf an Dr. Teigeler v. 10.01.1938.

⁴⁶⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Nr. 549.

„Der Betrieb [ebenfalls Nennung von Name und Ort der Schlachtere] macht einen ungepflegten Eindruck und wird den hygienischen Anforderungen nicht gerecht. [...] Die Wurstfüllmaschine war am Besichtigungstage nicht gesäubert, im Wurstkessel befand sich eine stinkende Brühe, aus der Vorwoche herrührend. Die Instrumente waren nicht gepflegt. Der Nebenraum (Schlachthaus) machte gleichfalls einen ungepflegten Eindruck. Auf dem Boden lagen Felle, ein Schmutzkübel war bis zum Rande gefüllt und offensichtlich eine Reihe von Tagen nicht entleert worden.
gez. K., stellv. Amtsarzt.“⁴⁷⁰

„Auf Antrag des Besitzers“ erfolgte in einem dieser zwei ausführlich bemängelten Betriebe eine erneute Kontrolle, hier waren laut Gesundheitsamt „seit der im April vorgenommenen Besichtigung des Betriebes [...] wesentliche Veränderungen und hygienische Verbesserungen[!] in den bisher als mangelhaft befundenen Betriebsräumen vorgenommen worden.“ Ein Antrag des Metzgers auf „Wiedererteilung der Fleischbelieferungen der Strafgefangenenlager“ wird, „da der jetzige Zustand seines Betriebes offensichtlich einen ehrlichen Willen zu Reinlichkeit aufweist [...] diesseits befürwortet.“⁴⁷¹

Es wirft sich die Frage auf, warum der Lagervorstand des Strafgefangenenlagers Brual-Rhede (Lg. III) sich über die mindere Fleischqualität beschwerte, war die Lagerleitung doch eher zurückhaltend in Bezug auf das Wohlergehen der Häftlinge und duldete Misshandlungen oder unzureichende hygienische Zustände. Ein Grund mag das Interesse an der Arbeitsleistung und der damit verbundenen Moorkultivierung sein, ein anderer,

„daß wertvolle Nahrungsmittel wie Milch oft gar nicht erst die Häftlingsküche erreichten, weil die Wachleute solche Lieferungen für sich behielten.“⁴⁷² [...] Die Verpflegung verschlechterte sich auch, weil die in der Baracke und Küche

⁴⁷⁰ Ebd.

⁴⁷¹ Ebd. Brief des stellvertretenden Amtsarztes an den Vorstand der Strafgefangenenlager in Papenburg vom 28.05.1939.

⁴⁷² Auch in der Bevölkerung Deutschlands kam es zu Einschränkungen in der Ernährung, so „daß sich eine Friedens-Ernährung und eine Kriegs-Ernährung nicht eindeutig voneinander trennen lassen. Qualitativ und quantitativ erlebten die meisten Menschen im Faschismus schon vor 1939 die Einschränkungen, die sich im Krieg fortsetzten, um sich erst gegen Kriegsende massiv zu verschlechtern.“

Höfler-Waag, M. Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945. Matthiesen Verlag Husum. 1994. S. 69.

beschäftigten Häftlinge, die für das Austeilen der Mahlzeiten zuständig waren, zunächst für sich selbst und ihre Anhängerschaft sorgten, das Fett von der Suppe schöpften und das Fleisch herausfischten.⁴⁷³

Dies erklärt, „warum eine große Zahl Moorsoldaten angibt, während ihrer gesamten Zeit im Emsland niemals Fleisch, Wurst oder Milch erhalten zu haben“⁴⁷⁴.

Nach gut eineinhalb Jahren geriet jedoch erneut eine Bäckerei in das Visier des Gesundheitsamtes. Der damalige „Vorsteher des Strafgefangenenlagers II [Aschendorfermoor]“ schrieb am 10.08.1939 dem Amtsarzt:

„Der Bäckermeister R., in Aschendorf ist Brotlieferung für das hies. Strafgefangenenlager. Der hiesige Lagerarzt hat dieses Brot wiederholt beanstandet. Es ist feucht und beginnt bereits nach einigen Tagen an zu schimmeln.[!]

Wie mir der Lagerarzt der die Bäckerei aus eigener Anschauung kennt, persönlich berichtet hat, herrscht dort große Unsauberkeit. Der Torf, der in unmittelbarer Nähe des Mehles lagert, verbreitet sich mit seinem Staub über die Genußmittel. Es besteht die Gefahr, daß dadurch gesundheitliche Schäden für die Verbraucher eintreten können.

Ich halte es für zweckmäßig, diesen Bäckereibetrieb eine[!] Besichtigung von den zuständigen Dienststellen unterziehen zu lassen. Über das Ergebnis der Besichtigung bitte ich mir kurz zu berichten damit ich meine weiteren Einschließungen[!] davon abhängig machen kann.“⁴⁷⁵

Auch hier wurde der Betrieb durch den Amtsarzt besichtigt, „ernsthafte Mängel waren in dem Betriebe nicht zu beanstanden. [...] Die Bäckerei wirf[!] auf Grund der vorgefundenen Mängel, die jedoch nicht ernstlich zu werten sind, und die Ursache der festgestellten Feuchtigkeit nicht bedingen in einigen Wochen nochmals einer Kontrollbesichtigung unterzogen werden.“⁴⁷⁶

Auch zu diesem Fall finden sich keine weiteren Unterlagen, weder in den Akten des Gesundheitsamtes noch in denen der Strafgefangenenlager. Diese drei Untersuchungen

⁴⁷³ Suhr, E. 1985. S. 119f.

⁴⁷⁴ Bührmann-Peters, F. 2002. S. 284.

⁴⁷⁵ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 630 Nr. 550.

⁴⁷⁶ Ebd. Brief des Amtsarztes an den Vorsteher des Strafgefangenenlagers Aschendorfermoor vom 23.08.1939.

waren die einzigen Begebenheiten, in denen das Gesundheitsamt aufgrund mangelhafter Nahrungsmittel einschritt, dieses Eingreifen geschah auf Veranlassung der Lagerleitung selber.

Am 13.10.1939 beschwerte sich der Leiter des Hauptlazarets, Dr. Hillmann, über die Situation der Häftlinge in den Lagern, nachdem im August 1939 die Verpflegung im Reich rationiert wurde:

„Bei ihrer bisherigen Arbeitsleistung bewegen unsere Gefangenen täglich im Durchschnitt 15-16cbm. Erde. Bei Aufrechterhaltung dieser Arbeitsleistung sind sie als Schwerarbeiter anzusehen und fallen unter die Bezugscheinbestimmungen für Schwerarbeiter.

Damit [mit der Rationierung] vermindert sich die tägl. Brotration um 200 gr. sodaß die Gefangenen täglich 440 Kalorien weniger erhalten würden.⁴⁷⁷ Bei dieser verminderten Nahrungszufuhr würden die Gefangenen auch als anerkannte Schwerarbeiterdas[!] bisherige Arbeitspensum nicht leisten können.

Der tägliche Ausfall von 440 Kalorien wird durch die mündliche mitgeteilte Erhöhung der Fettration um tägl. ca. 7gr. Monatlich 218 gr. nur um 60 Kalorien ausgleichen. Für den weiteren Ausfall von noch fast 400 Kalorien wären Nahrungsmittel, die nicht unter die Bezugscheinpflicht fallen, mit entsprechendem Kaloriengehalt zu verabreichen.

In Frage kämen vor allen Dingen Kartoffeln und Gemüse, wobei wobei[!] aber die Kalorienmenge wegen des andersartigen Verhältnisses der einzelnen Nahrungsstoffe zueinander um wenigstens 100 Kalorien zu überschreiten wäre. Den Ausgleich in diesen Nahrungsmitteln mit einem tägl. Kaloriengehalt von ca. 500 Kalorien zu finden muß der Wirtschaftsabteilung vorbehalten bleiben. Nur bei diesem Ausgleich kann in etwa die erforderliche Arbeitskraft der Gefangenen für die Kultivierungsarbeit erhalten werden.“⁴⁷⁸

In den folgenden Jahren erfolgten mehrfach Eingaben seitens Dr. Hillmann, in denen die Verpflegungssituation bemängelt wurde und er ausführte, daß das Arbeitspensum unter diesen Bedingungen nicht mehr zu leisten sei. Zudem gab er an, daß sowohl die Anzahl

⁴⁷⁷ Bereits ab 1937 wurden die Arbeits- und Ernährungsbedingungen dadurch verschärft, indem das Arbeitspensum von 8 zunächst auf 10 Stunden, während der Kriegsjahre auf 12 Stunden, heraufgesetzt wurde bei gleichzeitiger Halbierung der Kost.

Vgl. Vergin, U. Die nationalsozialistische Arbeitsverwaltung und ihre Funktionen beim Fremdarbeiter(innen)einsatz während des zweiten Weltkriegs. Dissertation Universität Osnabrück. 2008. S. 345ff.

In den Berechnungen wird von „Kalorien“ gesprochen, der richtige Ausdruck wäre aber wohl „Kilokalorien“.

⁴⁷⁸ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin I. Nr. 638.

der Erkrankungen als auch die der Todesfälle rapide stiegen. So berichtete er u.a. am 08.08.1940:

„Bei der letzten aufgetretenen Epidemie[!] (Darmkatarrh) sind im vergangenen Monat 3 Todesfälle aufgetreten, Leute unter 25 Jahre, bei denen nur Darmkatarrh festgestellt werden konnte. Aus gleichen Gründe 4 weitere Gefangene im letzten Monat verstorben, Leute, die von der Arbeit weg ins Revier gebracht wurden und starben, ohne Bewußtsein wieder erlangt zu haben. Keiner dieser Leute war vorher krank. Als Todesursache ist nervöse Überleitungsstörung am Herzen infolge Entkräftung und Überanstrengung festgestellt. Es ist anzunehmen, daß in Zukunft weiter mit gehäuften Todesfällen zu rechnen ist. Ärztlich kann dafür eine Verantwortung nicht übernommen werden. Ich bitte daher zu versuchen, eine Änderung in den Arbeitsbedingungen für die Zeit der Lebensmittelrationierung herbeizuführen.“⁴⁷⁹

Seinen wiederholten Schilderungen der katastrophalen Verhältnisse in Bezug auf Ernährung und Arbeit fügte er Schilderungen über Todesfälle aufgrund Erschöpfungen sowie statistische Auswertungen von Wiegelisten bei.⁴⁸⁰

Aufgrund dieser Schilderungen wurden die Arbeitszeiten verringert und auch zusätzliche Nahrungszulagen durch den Kommandeur gewährt (08.02.1943).⁴⁸¹ Inwieweit sich dadurch die tatsächliche Situation der Häftlinge verbesserte, kann nicht beurteilt werden. Laut Suhr sei „die Verpflegung [...] nur dann besser geworden [...] wenn die hohen Gewichtsverluste die Arbeitsfähigkeit zu gefährden drohten.“⁴⁸²

⁴⁷⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 49. In der Beiakte 4 zum Schäfer-Prozeß im Jahre 1950 ist der Schriftwechsel zwischen Hillmann und dem Kommandeur und dem Beauftragten des Reichsjustizministeriums der Emslandlager dokumentiert, ebenso Briefwechsel zwischen Hillmann und einzelnen Lagerärzten. Zwischen 1939 und 1943 existieren demnach mindestens 6 Eingaben Hillmans, in denen er die Verpflegungs- und Arbeitssituation der Strafgefangenen anmahnte.

⁴⁸⁰ Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 2383ff.
Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 947 Lin I. Nr. 638.

⁴⁸¹ Schreiben Dr. Hillmanns an den Kommandeur der Strafgefangenenlager Papenburg vom 17.08.1940. Hier berichtet er über die durchschnittlichen Gewichtsabnahmen der Gefangenen in den einzelnen Lagern. Diese Aufschlüsselung ist etwas diffus, er gibt „die Gewichtsabnahme, prozentual berechnet nach der Belegung“ wieder für die Lager I-VII für den Juli 1940, verglichen mit dem Juli 1939. Hier gibt er durchschnittliche Gewichtsabnahmen für die einzelnen Lager zwischen 35,5% 75% (!) an, wobei es bei diesen Werten schwierig fällt, die Berechnungen nachzuvollziehen.

⁴⁸² Suhr, E. 1985. S. 119. Nach Aussagen des ehem. Häftlings K. Schild.

6.3 Hygienischen Bedingungen

Zu den hygienischen Verhältnissen in den Lagern existieren bis auf Aussagen von Häftlingen nahezu keine Dokumente. Das Auftreten von Seuchen (Typhus, Ruhr) und die massive Überbelegung der Lager sprechen jedoch gegen eine geordnete hygienische Infrastruktur. Einige Anhaltspunkte ergeben auch die von Pfeiffer verfasste Dissertationsschrift „Über Lagerhygiene“⁴⁸³, in der er die damaligen Bedingungen in den Lagern beschreibt. Er war zum Zeitpunkt seiner Studien und zum Zeitpunkt der Veröffentlichung seiner Dissertation „als Lagerarzt bei der Preußischen Justiz-Verwaltung“ tätig und demzufolge war die Ausrichtung seiner Schrift zumindest nicht wider der Nazi-Ideologie⁴⁸⁴. So berichtet er über einen Brunnen und dessen Filteranlage zur Trinkwassergewinnung, über die Bade-Einrichtungen („Der eigentliche Baderaum hat 24 reihenförmig angebrachte Brausen. [...] Gebadet wird von den Insassen in der Regel wöchentlich einmal, die Außenarbeit bringt es aber mit sich, daß gelegentlich auch außerhalb der festgesetzten Zeit gebadet werden kann“) und die Abortanlagen („Die Anlage muß überall peinlichst hygienischen Grundsätzen folgen. Vor allem muß der Ort weit genug entfernt von Küche und Brunnen gewählt werden. – Hier im Lager sind außer der räumlichen Trennung Abort und Wasserwerk noch durch den tiefen Vorflutgraben geschieden.“)⁴⁸⁵

Es mag sein, daß in den ersten Jahren der Strafvollzug noch in relativ geordneten Bahnen verlief und auch die hygienischen Verhältnisse zunächst ausreichend waren; bei zunehmender Belegung und Überfüllung der Lager waren diese jedoch unzulänglich.

⁴⁸³ Pfeiffer, H. Über Lagerhygiene. Erfahrungen aus den Strafgefangenenlagern bei Papenburg. Inaugural-Dissertation Universität Bonn. 1935.

⁴⁸⁴ Pfeiffer widmet seine Arbeit dem Lagerkommandanten Werner Schäfer. In seiner Schlußbetrachtung gibt er an, daß „wir Ärzte [...] mitten hineingestellt [sind] in die neuen Formen des Lebens, die sich bedeutend in den stetigen äußerlichen Fortschritten zeigen, aber viel bedeutender noch in der innerlichen Umgestaltung manches Althergebrachten, ob man es nun in der neuen Form des Gemeinschaftslebens, im neuen Strafvollzug oder in den grundlegenden rassehygienischen Maßnahmen erblicken mag. Heute mehr denn je ist es unsere weitumfassende Aufgabe, dem alten Grundsatz Geltung und Verwirklichung zu verschaffen: Vorbeugen ist wichtiger als Heilen!“. Pfeiffer, H. 1935. S. 28.

Verwiesen sei zu diesem Thema auf die Arbeiten von Lifton, Rober Jay. Ärzte im Dritten Reich. Berlin 1998 sowie Kater, Michael H. Ärzte als Hitlers Helfer. Hamburg/Wien. 2000.

Pfeiffer bezieht seinen Ausspruch „Vorbeugen ist wichtiger als Heilen“ wohl auch auf die zuvor erwähnten „grundlegenden rassehygienischen Maßnahmen“. Die Folgen reich hier letztlich von Zwangssterilisationen und –Entmannungen über das Euthanasieprogramm bis schließlich zum Holocaust.

⁴⁸⁵ Pfeiffer, H. 1935. S. 18f.

Dieses zeigt sich in einem Schreiben des Amtsarztes an den Landrat Aschendorf, in dem er die Verhältnisse des ehemaligen Strafgefangenenlagers Börgermoor (Lg. I) schilderte, welches nach dem Krieg als Auffanglager für Flüchtlinge fungierte. So waren umfangreiche Maßnahmen notwendig, um ein Leben der dort lebenden Personen dort zu ermöglichen:

„Auf Anordnung der Militärregierung habe ich die gesundheitlichen und hygienischen Verhältnisse im ehemaligen Strafgefangenenlager I in Börgermoor am 21. und 25. 9 überprüft. [...] Im Vordergrund stehen hygienische, wirtschaftliche Sozialmassnahmen, die zur Verbesserung der Verhältnisse dringend und baldigst getroffen werden müssen. Sie sind folgender Art :

1. Das gesamte Wohngelände bedarf dringend einer gründlichen Aufräumung, Beseitigung von Schutt und Abfällen, sowie Reinigung von allem Unrat. [...]

3. Es müssen hygienisch einwandfreie Toilettenanlagen geschaffen werden. Den meisten Familien steht keine Toilette zur Verfügung.

4. Für die Beseitigung von Abfall und Müll muss eine Sammelstelle ausserhalb des Lagergeländes hergerichtet werden, die der amtlichen Überwachung unterliegt.

5. Die Trinkwasserverhältnisse im Wohngelände sind katastrophal. Es steht nur eine Pumpe zur Verfügung, die nur 3 m von einer bis zum Rand gefüllten Jauchegrube entfernt liegt. Da der gesetzlich vorgeschriebene Schutzbezirk nicht eingehalten worden ist, muss die Wasserentnahmestelle für Trinkzwecke sofort gesperrt werden.⁴⁸⁶ Das Wasser ist chemisch schlecht, bakteriologisch sicherlich nicht einwandfrei und für den menschlichen Genuss schädlich.

Es müssen, um den Bedürfnissen der Lagerbewohner einigermaßen gerecht zu werden, mindestens 4 Wasserentnahmestellen geschaffen werden. Dieselben sind so anzulegen, dass sie vor Verunreinigungen und Frosteinwirkungen geschützt sind.

[...]

11. In fast allen Wohnbaracken ist eine grosse Anzahl Fenster und Scheiben zerstört. Ihre Instandsetzung ist vor Anbruch des Winters dringen notwendig.

[...]

13. Im Lagergelände befinden sich noch 5 Gräber, die als Gefallenengräber ausgeschmückt sind. Es handelt sich lt. Aussage vom zuständigen Oberwachtmeister G. um verstorbene[!] oder durch Ari-Beschuss[!] tödlich verwundete Strafgefangene des Lagers. Die Leichen müssen ausgegraben und auf dem Friedhof in Börgermoor ordnungsgemäß bestattet werden.⁴⁸⁷

Anhand dieser Beschreibung lässt sich erahnen, wie die Verhältnisse in den Emslandlagern, insbesondere in den letzten Kriegsjahren, ausgesehen haben. Ebenso lassen sich aus den vorangegangenen Kapiteln zur Ernährung, den Arbeitsbedingungen

⁴⁸⁶ Diese Aussage ist somit konträr der oben von Pfeiffer geschilderten Trennung von Trink- und Abwässer.

⁴⁸⁷ Schreiben des Amtsarztes an den Landrat Aschendorf vom 29.09.1945.

und insbesondere zu den aufgetretenen Epidemien und Infektionskrankheiten in den Lagern (Kap. 4.1) Rückschlüsse auf die hygienischen Verhältnisse ziehen.

6.4 Krankenversorgung

In den einzelnen Lagern existierte für die Behandlung der dort erkrankten Häftlinge ein Lazarett. „Für jedes Lager ist ein Arzt hauptamtlich angestellt, der in Anbetracht der großen räumlichen Entfernungen im Lager wohnt. Der Arzt ist für die Behandlung sämtlicher Lagerinsassen zuständig und überwacht die hygienischen Verhältnisse.“⁴⁸⁸

Das Lazarett umfasste „einen ärztlichen Untersuchungsraum, eine Revierstube, drei Krankensäle, ferner einen Isolierraum mit Isolierbad; im Ganzen besteht eine Belegungsmöglichkeit mit 30 Kranken.“⁴⁸⁹ Das Hauptlazarett Papenburg war schwereren Fällen, die nicht im Lagerlazarett behandelt werden konnten, vorbehalten.

Mit Kriegsbeginn wurden „vier der sieben Lagerärzte zum Wehrdienst eingezogen“⁴⁹⁰, so daß sich die Situation erheblich verschlechterte. Zudem wuchs der Krankenstand unter den Häftlingen durch die sich allgemein in den Lagern verschlechternden Haftbedingungen (Verpflegung, Überbelegung der Lager, Zwangsarbeit). Dieses hatte zur Folge, daß oftmals die medizinische Behandlung in den Lagern Sanitätsbeamten überlassen wurde.

Jedoch auch schon vor Kriegsbeginn war es so, daß Sanitätsbeamte die medizinische Versorgung im Lager übernahmen. Henze berichtet in seinem Buch, daß es zu seiner Zeit (Mai 1934 – November 1935) im Lager Brual-Rhede (Lg. III) „einen Lagerarzt [...] es hier überhaupt nicht“ gab. „In der Zwischenzeit besorgte ein Sanitätswachtmeister die allernotwendigste Krankenpflege. Ausser seinem schön klingenden Namen brachte der Beamte weiter nichts mit als einen Verbandskasten und das notwendigste Zubehör. Kenntnisse und Erfahrung hat er erst im Lager gesammelt.“⁴⁹¹

So berichtet auch ein ehemaliger Häftling im Prozess gegen den Kommandeur Schäfer:

⁴⁸⁸ Pfeiffer, H. 1935. S. 25.

⁴⁸⁹ Ebd.

⁴⁹⁰ Suhr, E. 1985. S. 127.

⁴⁹¹ Henze, W. 1992. S. 91.

„Ich hatte Abszeß an der Hand, sodaß Arm geschwollen war. Meldete mich beim San.Gehilfen Lu. krank. Bekam Pflaster und wurde wieder zur Arbeit geschickt. Zwei Tage später behielt mich San.Gehilfe Lu. im Revier. Als Lu. wieder kam, schickte er mich mit der großen Wunde an der Hand sofort wieder zur Arbeit.“⁴⁹²

Die Situation in den Lagern wurde mit Ausbruch des Krieges noch schlimmer, lediglich drei Ärzte standen für die Versorgung der in den Lagern und im Hauptlazarett Papenburg erkrankten Häftlinge zur Verfügung. Aufgrund dieses nicht tragbaren Zustandes schrieb Dr. Hillmann am 12.09.1942 an das zuständige Ministerium

„Nach Abgang des großen Arbeitskommandos in letzter Zeit verbleiben ca. 7000 Gefangene, so daß von jedem Arzt 2300 Gefangene zu versorgen sind. Abgesehen davon, daß eine Anstalt mit dieser Belegung auch heute kaum ohne Arzt sein dürfte geben die folgenden Zahlen ein Bild der hiesigen Lage. [...] Die stationär Erkrankten sind von 3-4% der Belegung vor dem Kriege auf jetzt 14-15% angestiegen. Das würde auf die freie Bevölkerung bezogen bedeuten, dass in einer Kleinstadt mit derselben Kopfzahl über 1000 bettlägerige Erkrankungen im Monat vorliegen müßten.

Nach dem Monatsberichten der Lager wurden im August behandelt:

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---|-------------------------|-------|
| Lager I | stationär: 104, tgl. 35 | – | ambulant: 1875, tgl. 75 | Fälle |
| Lager II | " 196, " 70 | - | " 3210, " 150 | " |
| Lager III | " 99, " 30 | - | " 1143, " 46 | " |
| Lager IV | " 76, " 30 | - | " 918, " 37 | " |
| Lager V | " 261, " 90 | - | " 945, " 38 | " |
| Lager VII | " 359, " 150 | - | " 3175, " 150 | " |

Außer den Betten des hiesigen Hauptlazarets, in dem nur die schweren chirurgischen Fälle untergebracht sind, sind also ständig wenigstens 375 Betten mit Kranken belegt. Auch bei der Annahme, daß davon bei der freien Bevölkerung die Hälfte in häuslicher Pflege bleiben könnte, wäre ein Krankenhaus in einer Größe erforderlich, wie es in einer derartigen Stadt in ganz Deutschland nicht gibt.

Diese Annahme wäre bei 57 Todesfällen, wie sie bei uns im August vorlangen, allzu optimistisch.

Bei der jetzigen Verteilung der Lager ergeben sich täglich für den einzelnen Arzt folgende ambulante Behandlungen:

| | | |
|-------------------------|----------------|------------|
| Dr. O. | Lager IV u. V | 95 Fälle |
| Dr. v. E. | Lg. II u. III | 196 " |
| Für den Unterzeichneten | Lager I u. VII | 225 Fälle. |

Kein freier Arzt hat ein Wartezimmer, daß diese Massen fassen könnte. Bei dieser Menge ist es bei der Anordnung der Lager unmöglich, daß der betr. Arzt die Kranken alle selbst zu Gesicht bekommt, geschweige denn behandelt.

Rechnet man ein Minimum von nur 2 Minuten für jede Behandlung, womit

⁴⁹² Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 2422.

zumal bei den vielen chirurgischen Fällen nicht auszukommen ist, so würden sich folgende Zeiten für die stationären u. ambulanten Fälle ergeben:

| | |
|-------------------------|-------------|
| Bei Dr. O. | 7 Stunden |
| Bei Dr. v. E. | 10 Stunden |
| Bei dem Unterzeichneten | 13 Stunden. |

Dazu kommen im Durchschnitt monatlich 18-20 große Operationen im hiesigen Hauptlazarett. Dabei beragen die Entfernungen bei Dr. O. von Lager IV nach Lager V 6 km., bei Dr. v. E. von Lager II nach Lager III 15 km., bei dem Unterzeichneten, der außerdem das Jugendgefängnis Johannesburg versorgt, nach Lager I 18 km. und nach Lg. VII 30km

Die Arbeit ließe sich noch einigermaßen bewältigen, wenn jeder Arzt seine Kranken in einem Lager zusammen hätte. Bei den bestehenden Schwierigkeiten und Zeitaufwendungen in der Gestellung von Fahrgelegenheit ist das aber unmöglich und ich habe deshalb immer wieder auf die ganz unzulängliche ärztliche Versorgung der Gefangenen hingewiesen. Bei den im August vorliegenden 57 Todesfällen kam es wiederholt vor, daß Stunden dafür verwendet werden mußten, nur um die Todesbescheinigungen auszustellen, damit der Tod gemeldet werden konnte. Daß dabei alles andere als eine berufliche Befriedigung entsteht, ist erklärlich. Nach der Rückbeorderung von Med.Rat Dr. M. muß ich deshalb weiter die Verantwortung für eine eben ausreichende ärztliche Versorgung ablehnen. Im laufenden Monat [haben] sich bis heute schon 29 Todesfälle zu verzeichnen.

[Unterschrift]Hillmann.
Regierungsmedizinalrat.⁴⁹³

Dennoch wurde kein weiterer Arzt eingestellt, im Gegenteil, Hillmann berichtete etwa zwei Monate später verzweifelt an den Amtsarzt Dr. Jonas: „Ministerium will mir noch Arzt wegnehmen.“⁴⁹⁴ Es folgte dann eine Aufstellung über die stationären und ambulanten Fallzahlen für die Lager I-VII.

Trotz dieser katastrophalen Verhältnisse wurde ein Arzt abgezogen und Dr. Hillmann musste mit Hilfe des verbleibenden zweiten Arztes die medizinische Betreuung aller Häftlinge in den Lagern und im Hauptlazarett verantworten.⁴⁹⁵

Durch diese Überlastung der Ärzte wurde ein Großteil der medizinischen Behandlungen durch die Sanitätsgehilfen im Lazarett geleistet, die „dadurch schalten und walten konnten, wie sie wollten.“ Einige von ihnen waren von „schlimmer brutaler‘ Art gewesen“ und „hätten die Häftlinge schlecht und nachlässig behandelt.“⁴⁹⁶

⁴⁹³ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 46.

⁴⁹⁴ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 49

⁴⁹⁵ Vgl. Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 1948.

⁴⁹⁶ Suhr, E. 1985. S. 127.

Ein Häftling berichtet über derartige Vorfälle in seinen Erinnerungen und auch als Zeuge im Prozess gegen den Kommandeur Schäfer:

„San.Gehilfe Wa. schlug mich links und rechts, als ich mich wegen entzündeter Hand beim Arzt meldete. Als ich ihn frage, weshalb er mich schlage, schickte er andere Gefangene aus dem Zimmer. Dann schlug und trat er mich, daß meine Lippe aufsprang. Wa. hat auch noch andere Gefangene geschlagen.“⁴⁹⁷

„Otto erzählte, dass Erich im Lazarett gewesen sei. Seit Tagen hatte er einen geschwollenen Finger, und heute hatte er kaum noch arbeiten können. Im Lazarett hatte der Beamte gefragt, was für ein ‚Faktum‘ er hätte. ‚Hochverrat‘ – als er das Wort hörte, hatte er ihn in den Hintern getreten und hinausgejagt. Der Kalfaktor kam jedoch gleich hinter ihm hergelaufen und hielt ihn fest. Er solle warten, an seinem Finger müsse unbedingt etwas gemacht werden.-

Schließlich hatte man ihn wieder hereingerufen. Als der Kalfaktor ihm den Finger örtlich betäuben wollte, sagte der Beamte ‚Nein, nicht nötig! Hochverräter müssen auch etwas aushalten, wenn sie hierherkommen, sonst denken die Kerle, sie sind hier im Sanatorium!‘

Ohne ein bisschen Mitgefühl hat er ihm dann den Finger über zwei Glieder hinweg aufgeschnitten. Blut und Eiter waren hervorgespritzt. Erich hatte heftige Schmerzen. Die Lazarettleute hatten ihm einen Verband darum gemacht und ihn laufen lassen. [...]

„Mit solchen Schmerzen in der Hand kann er morgen nicht arbeiten“, sagte Otto und sah verzweifelt von einem zum anderen, aber niemand antwortete.

„Ich bleibe auf keinen Fall hier“, sagte Erich mit schluchzender Stimme, „oder glaubst du, ich lasse mich hier nochmal fertigmachen?! – Verdammt!“ er krümmte sich vor Schmerzen: „Ich rate euch nur, achtet auf euer Knochen und auf eure Gesundheit, damit Ihr nicht ins Lazarett braucht.“

Niemand sagte etwas, sie wussten sehr gut, was das Lazarett für die Gefangenen und besonders für die Hochverräter bedeutete. Was Erich heute widerfahren war, hatte ein Dutzend anderer vor ihm in viel schlimmerer Weise erlebt.“⁴⁹⁸

Insbesondere in späteren Kriegsjahren waren solche Vorfälle wohl keine Seltenheit.

Hillmann schrieb am 15.03.1945 an den Beauftragten des RJM für die Emslandlager:

„In den letzten Tagen führte ein Gefangener aus Lager II über den San.Beamten L. Beschwerde. Daraufhin machten Gefangene aus Lager II, die in den folgenden Tagen ambulant zum Hauptlazarett kamen, folgende Angaben:

P. sei im Nov. 44 wegen Scheuerwunden an den Füßen zum Revier gegangen. Habe sich entkleiden müssen. L. habe ihn mit einem Becher mit kaltem Wasser begossen.

Z. sei Dez. 44 wegen Bartflechte von mir zum Lazarettrevier geschickt worden. Machte dieselben Angaben.

⁴⁹⁷ Kosthorst, E. Walter, B. 1983. S. 2418.

⁴⁹⁸ Henze, W. 1992. S. 91f.

B. habe auf Antwort, er sei vorbestraft, eine Ohrfeige erhalten.
K. sei wegen Scheuerwunden an den Füßen geschlagen worden.
H. habe bei Meldung im Revier wegen Unterschenkelgeschwüre eine Ohrfeige erhalten.
B. ist nach Unfall, bei dem der linke 4. u. 5. Finger versteift sind, als Rentenjäger beschimpft worden. Eine derartige Behandlung sei in Abwesenheit von Hillmann allgemein üblich.⁴⁹⁹

In der Anklageschrift gegen den SS-Wachmann Johann Peter K. wird die ärztliche Versorgung folgendermaßen zusammengefasst:

„Es gab zu wenig Ärzte, zu wenig ausgebildete Sanitätsbeamte und in den Revierbaracken zu wenig Betten für die Kranken. Da fast nur Vertragsärzte angestellt waren wechselten diese meist vierteljährlich und manchmal noch kurzfristiger. Nur die wenigsten der erkrankten Gefangenen wurden den Ärzten vorgestellt. Meist wurden sie entweder ohne odernach [!] oberflächlicher Behandlung durch die Sanitäter oder Revierkalfaktoren, so lange es irgend noch ging, wieder zur Arbeit geschickt.“⁵⁰⁰

Anhand der Häftlingsberichte, den Ausführungen Dr. Hillmanns als ärztlicher Leiter des Hauptlazarettts und der einzelnen Lagerreviere sowie den Auszügen aus Prozessmaterialien lässt sich die Behandlung in den Lagerrevieren erahnen. Nur in seltenen Fällen wurde den Häftlingen eine medizinische Behandlung zuteil, oftmals war die Behandlung unzureichend oder die Strafgefangenen wurden misshandelt.

So wiegt das Wort Wilhelm Henzes umso mehr, wenn er in seinem Buch schreibt:

„Ich rate euch nur, achtet auf euer Knochen und auf eure Gesundheit, damit Ihr nicht ins Lazarett braucht.“⁵⁰¹

⁴⁹⁹ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I Nr. 53.

⁵⁰⁰ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I Nr. 55.

⁵⁰¹ Henze, W. 1992. S. 92.

7 Zusammenfassung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der Krankenakten und des zusätzliche benutzten Dokumentmaterials zusammengefasst:

7.1 Operative Eingriffe

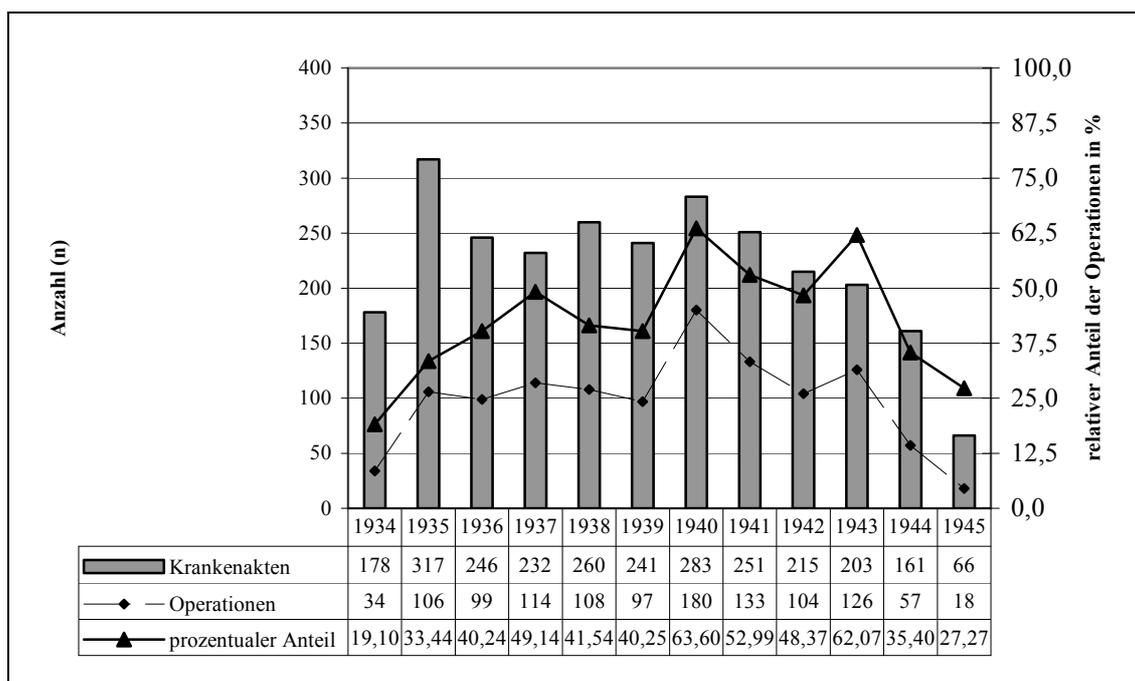


Abbildung 40: Operationen im Hauptlazarett Papenburg

In diesem Diagramm Abb. 40 sind sowohl die absolute Zahl der Operationen als auch die Zahl der Krankenfälle für jedes Jahr auf der primären Vertikalen aufgetragen worden. Zusätzlich wurde der relative Anteil der Operationen errechnet, welcher auf der sekundären vertikalen Achse darstellt ist.

Im Jahr 1934 mussten 34 der 178 Strafgefangenen operiert werden, was einem relativen Anteil von 19,1% entspricht. Der relative Anteil der Operationen stieg bis ins Jahr 1937 und erreichte einen Höhepunkt mit 49,1% (114 Eingriffe). Die Ursache hierin liegt, wie auch im Falle der Liegedauer, in der ersten Selbstverstümmelungswelle. Anschließend fiel die Zahl der Operationen in den Jahren 1938 und 1939 ab auf Werte um ca. 40%. Im Jahr 1940 kam es dann zu einem deutlichem Anstieg sowohl der absoluten Zahl der

Operationen auf 180 (nahezu eine Verdoppelung des Wertes aus dem Jahre 1939!) als auch des relativen Anteils auf 63,6%.

Aufgrund dieser unverhältnismäßig hohen Zuwachsrates schrieb der leitende Arzt des Hauptlazaretts, Dr. Hillmann, am 01.03.1941 an den Kommandeur der Strafgefangenenlager, daß „an Operationen [...] die doppelte Anzahl als im letzten Vorkriegsjahr vorgenommen werden“ musste.⁵⁰²

Dieser Wert von 180 Operationen im Jahr fällt dann jedoch in den nächsten beiden Jahren auf ca. 50% ab (1941: 53,0% und 1942: 48,4%). Eine zweite Spitze findet sich im Jahr 1943 mit 62,1%, was diesmal jedoch „nur“ einer absoluten Fallzahl von 126 Operationen entspricht. Für die nächsten beiden Jahre fallen sowohl die absolute als auch die relative Zahl der Operationen deutlich ab auf 35,4% (57 Operationen) und 27,3% (18 Eingriffe).

Der Anstieg der prozentualen Anzahl der Eingriffe unterstützen eine Behauptung Hillmanns, in der er angibt, daß im „hiesigen Hauptlazarett [...] nur die schweren chirurgischen Fälle untergebracht sind“ und andere Kranke aufgrund von Platzmangel in den jeweiligen Lagerrevieren verbleiben müssten.⁵⁰³

Um diese Aussage Hillmanns zu überprüfen, wurden die operativ behandelten Krankheiten aus den Jahren 1934-1945 in einer Übersicht zusammengefasst:

⁵⁰² Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 49.

⁵⁰³ Staatsarchiv Osnabrück. Rep. 945 Lin. I. Nr. 46.

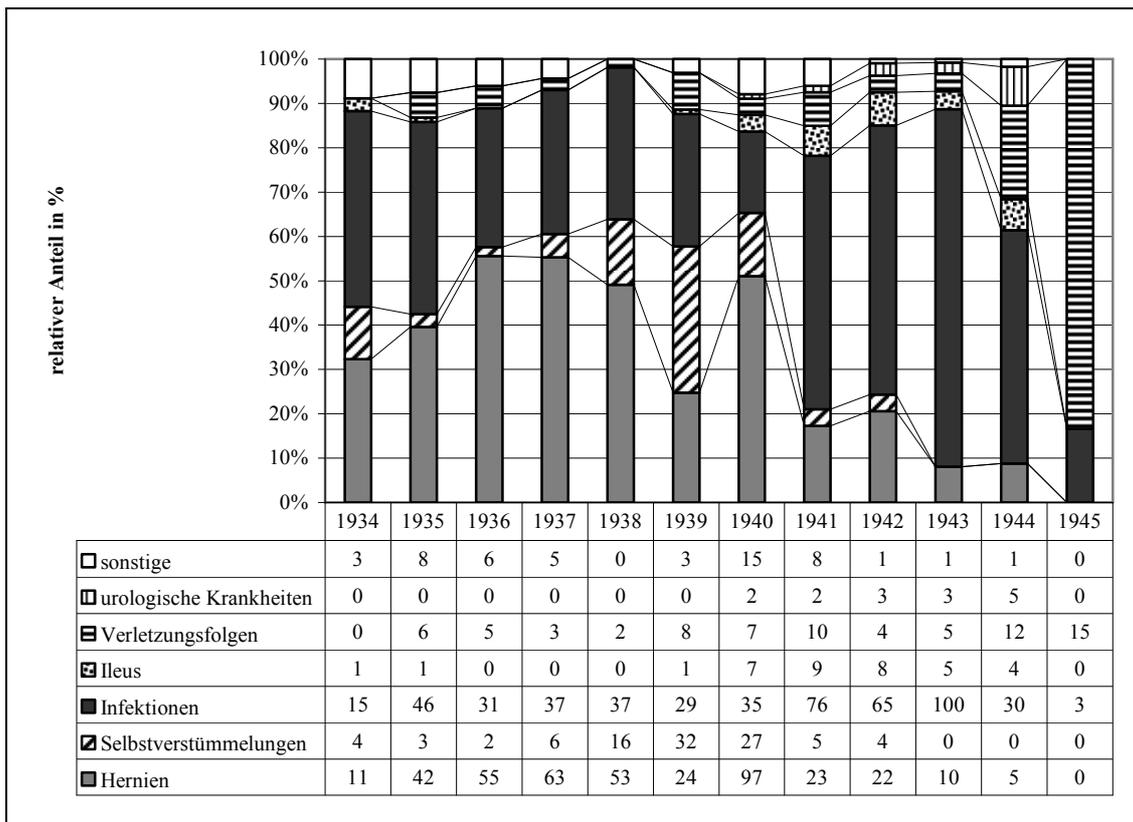


Abbildung 41: Übersicht über operativ behandelte Krankheiten

Das Diagramm Abb. 41 bedarf einiger Erläuterungen. So sind unter die Kategorie „Hernien“ sämtliche Leisten-, Schenkel- und Bauchwandhernien zusammengefasst. Weiter wurden in diese Kategorie die Hydrozelen miteinbezogen, welche keine Hernien im eigentlichen Sinne darstellen, jedoch ebenso wie die Hernien (sofern sich nicht inkarziert sind) eine elektive Indikation für eine Operation darstellen. Sie wären auch der Kategorie der „urologischen Krankheiten“ zuzuordnen, ich habe mich jedoch entschlossen, in diese Kategorie auf die dringend zu operierenden urologischen Erkrankungen (nach Durchsicht des Aktenmaterials waren dies Phimosen und Feigwarzen) zu beschränken.

Unter der Kategorie der „Selbstverstümmelungen“ fallen sämtliche Patienten, die durch Manipulationen sich selbst so einen Schaden zufügten (Fremdkörperverschlucken, Abtrennen von Gliedmaßen, Zufügen von Wunden oder Verätzungen), daß eine Operation unumgänglich war.

Unter der Kategorie der „Infektionen“ wurden *sämtliche* Erkrankungen zusammengefasst, die einen entzündlichen Prozess darstellen oder mit einer Entzündung einhergehen, unabhängig ihrer Lokalisation und Ausprägung. Unter diesen fallen somit alle Entzündungen der Körperoberflächen (Abszesse, Phlegmonen und Fisteln), aber auch tiefergelegene bzw. tieferreichende Prozesse (Osteomyelitiden) und intraperitoneale Inflammationen (Appendicitis, Cholezystitis, Peritonitis).

Die „Verletzungsfolgen“ beinhalten alle operativ behandelten Frakturen, Distorsionen, Luxationen und Kontusionen. Zudem fließen alle Schussverletzungen (sei es durch Fluchtversuche in den ersten Jahren oder durch feindlichen Beschuss in den letzten beiden Kriegsjahren) in diese Kategorie mit ein.

Unter „sonstige“ Krankheiten sind alle Erkrankungen zusammengefasst, die operiert wurden und nur in geringer Fallzahl auftraten. Hierzu gehören u.a. Entfernungen von Exostosen, Entfernungen von Tumoren ungeachtet ihrer Dignität, zahnärztliche Eingriffe (sofern sie nicht mit einer Infektion einhergingen), Eingriffe bei Hämorrhoiden usw.

Das Diagramm zeigt sämtliche operative Eingriffe eines jeden Jahres, zugeordnet den oben erläuterten Kategorien. Einen Großteil der Eingriffe in den ersten Jahren stellen die Erkrankungen durch Hernien. Bestand im Jahr 1934 knapp ein Drittel der Eingriffe durch diese Bruchoperationen (11 von 34 \cong 32,4%), so stieg der Anteil bis hin zu 55,6% (55 Eingriffe im Jahr 1936) oder 63 Eingriffe im Jahr 1936 (\cong 55,3%). Der relative Anteil an Leistenhernien fiel zunächst wieder bis hin zu Jahre 1939, erfuhr aber im Jahr 1940 einen nochmaligen Anstieg auf 53,9% (97 Eingriffe). Ursache für diesen einmaligen Anstieg dürfte die Einweisung von Militärstrafgefangenen sein, welche mit einer Verfügung vom 01.11.1939 in die Emslandlager überwiesen werden sollten. So wurden bereits „in den ersten sieben Monaten des Krieges [...] 1.174 ehemalige Soldaten in die ELL [Emslandlager] eingewiesen.“⁵⁰⁴. In den folgenden Jahren fiel der Anteil der operativen Eingriffe aufgrund eines Bruches jedoch auf ca. 20% (1941/42) und sogar unter 10% (1943-1945), wobei in diesen Jahren sämtlich eingewiesenen Hernien auch operativ versorgt wurden (s. Kapitel 4.3).

⁵⁰⁴ Bührmann-Peters, F. 2002. S. 23f.

Die zweite große Gruppe der operativ behandelten Krankheiten sind die der Infektionen. Bereits zu Anfang stellte sie einen relativen Anteil von 44,1% (1934, 15 Fälle), im Folgejahr war der Anteil ähnlich hoch (46 von 106 Erkrankungen \cong 43,4%). Ab dem Jahr 1936 bis zum Jahr 1939 lag der Anteil der Operationen bei Entzündungen bei ca. 30%. Im Jahr 1940 kam es zu einem Einbruch auf 19,4% (35 von 180), dann jedoch ein deutlicher Anstieg für das Jahr 1941 (76 Eingriffe \cong 57,1%). Der rel. Anteil stieg weiter bis zu 79,4% im Jahr 1943 (100 von 126 Operationen). In der Folge kam es wieder zu einem Absinken auf 52,6% (1944) und im Jahr 1945 auf nur 16,7% (3 von 18).

Anhand des Verlaufes der Kurve der Selbstverstümmelungen lässt sich die Welle der Automutilation von ca. 1937 bis 1940 nachweisen, welche 1939 ihren Höhepunkt fand. Wurden im Jahr 1934 bis 1936 lediglich vier, drei und zwei Patienten aufgrund einer derartigen Indikation operiert, (relativer Anteil zwischen 11,8% und 2,0%), so kam es ab 1937 wieder zu einem Anstieg bis auf 32 Fälle (33,0%) im Jahr 1939. Hiermit überstieg die Zahl der Selbstverstümmelungen sogar die der beiden großen Gruppen der Infektionen und Hernien. Ab 1940 fiel der Anteil an Operationen aufgrund von Selbstschädigungen wieder ab, ab 1943 wurde kein derartiger Fall mehr operativ versorgt.

Die Erkrankungen durch einen Ileus waren insgesamt selten, in den ersten Jahren wurden nur vereinzelt Eingriffe aufgrund solch eines klinischen Bildes vorgenommen. Dennoch erkennt man auch hier ab 1940 einen Anstieg im relativen Anteil der vorgenommenen Operationen; seit diesem Jahr liegt die Rate der vorgenommenen Operationen bei knapp unter 10%.

Die urologischen Erkrankungen neben den Varikozelen und Hydrozelen traten ebenfalls erst ab 1940 auf (mit Einbeziehung der Lager in den Militär-Strafvollzug, s.o.), dennoch wurden diese Eingriffe, welche zumeist keine Notfälle darstellen sondern allenfalls eine dringliche Operation erfordern vereinzelt in den folgenden Jahren durchgeführt. Die Rate erreicht im Jahr 1944 ihren Höchstwert mit 8,0%.

Verletzungsfolgen waren in den ersten Jahren der Lager auch eher die Ausnahme für einen operativen Eingriff (zumeist handelte es sich um Schussverletzungen infolge Fluchtversuchen, seltener um Frakturen oder Luxationen/Kontusionen), der relative Anteil belief sich mit Ausnahmen für die Jahre 1935-1943 um ca. 5%-8%. Dann erfolgte jedoch im Jahr 1944 ein Anstieg auf 21,1% (12 Fälle) und im Jahr 1945 sogar auf 83,3%. Ursache hierfür sind die Angriffe alliierter Verbände auf die Lager.

7.2 Liegedauer der Strafgefangenen

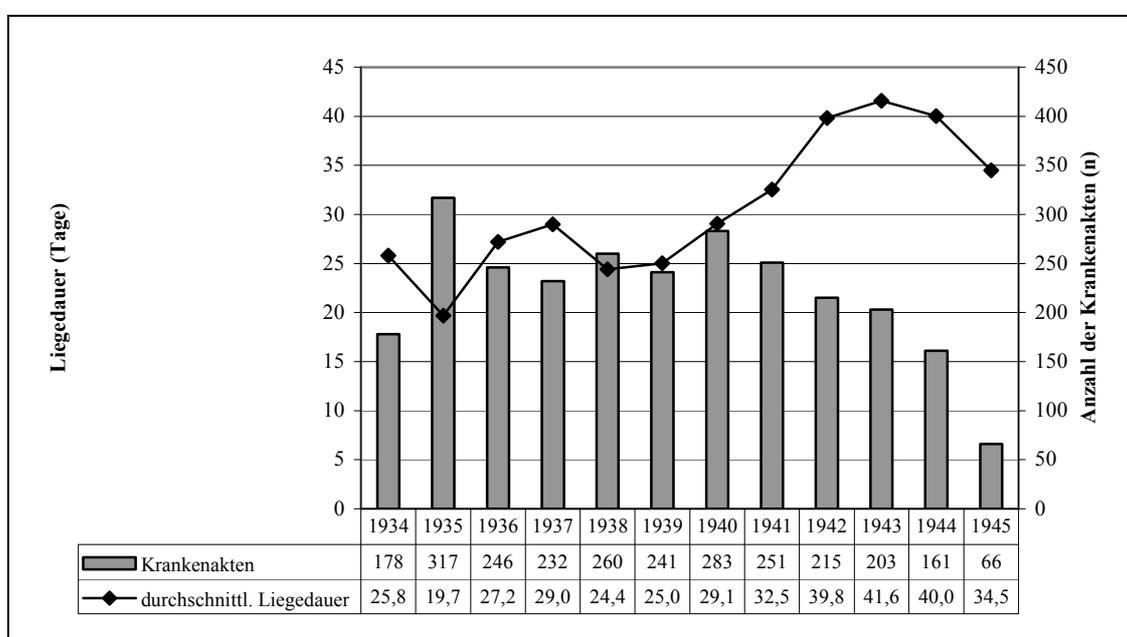


Abbildung 43: durchschnittliche Liegedauer der Strafgefangenen

Dieses Diagramm zeigt die durchschnittliche Liegedauer der Strafgefangenen während ihres Aufenthaltes im Hauptlazarett der Emslandlager. Zudem ist nochmals zur Verdeutlichung die Fallzahl an Erkrankungen als Balken eingetragen.

Die durchschnittliche Liegedauer im Jahr betrug 25,8 Tage. Diese fiel im Jahr 1935 auf 19,7 Tagen, nicht zuletzt bedingt durch die hohe Fallzahl in diesem Jahr und dadurch die relative Bettenknappheit. In den Jahren 1936 und 1937 stieg die Verweildauer auf 27,2 bzw. 29,0 Tagen. Eine Ursache hierfür könnte die 1937 einsetzende Selbstverstümmelungswelle sein, in der eine ganze Anzahl von Häftlingen sich durch

Verschlucken von Fremdkörpern sich selbst beschädigten und infolgedessen ein operativer Eingriff notwendig wurde. Bei diesem Eingriff handelte es sich um ein operatives Entfernen des Fremdkörpers, also ein doch schon recht großer abdomineller Eingriff mit dementsprechender Rekonvaleszenzzeit.

Die durchschnittliche Liegedauer fiel in den Jahren 1938 und 1939 auf ca. 25 Tage, mit Beginn der Kriegsjahre stieg sie ab 1940 stetig an über 29,1 Tage bis schließlich hin zu 41,6 Tagen im Jahr 1943 bei gleichzeitig jährlich abnehmender Fallzahl. In den folgenden 2 Jahren war die Liegedauer dann abnehmend mit 40,0 Tagen für 1944 und 34,5 Tagen im Jahre 1945.

7.3 Todesfälle

Verteilung der Todesfälle in den Emslandlagern

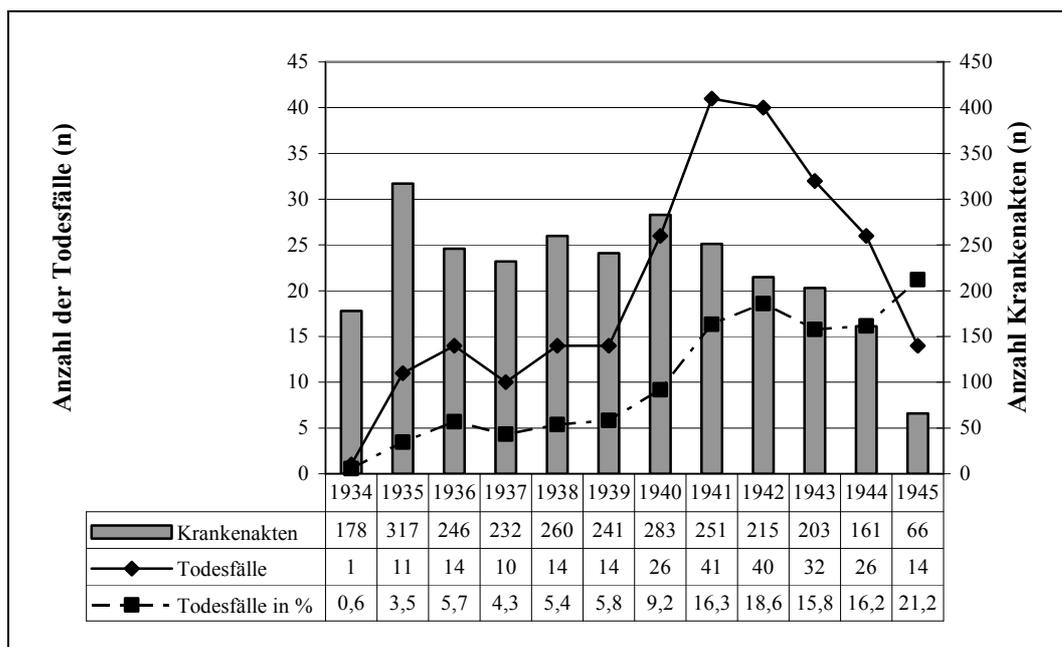


Abbildung 44: Todesfälle im Hauptlazarett Papenburg

Dieses Diagramm zeigt eine Übersicht sowohl der in den einzelnen Jahren behandelten Erkrankungsfälle als auch der in diesen Jahren sich ereigneten Sterbefälle des Hauptlazaretts Papenburg. Auf der linken vertikalen Achse ist hierbei die Anzahl der Todesfälle aufgetragen, die Sekundärachse gibt die Anzahl der Krankenakten wieder. Zudem wurde zusätzlich der prozentuale Anteil der Todesfälle für jedes Jahr berechnet.

In diesem Diagramm zeigt sich, daß die Zahl der in den einzelnen Jahren stationär behandelten Fälle von Erkrankungen von Häftlingen aus den Strafgefangenenlagern in den ersten Jahren mit einigen Schwankungen relativ konstant war. Ausnahmen bilden die Jahre 1934 mit nur 178 Fällen und das Jahr 1935 mit 317 Fällen.

Die Ursache der dieser Schwankungen in den ersten Jahren dürfte darin liegen, daß die Strafgefangenenlager erst ab dem 01. April 1934 existierten mit der Übernahme der ehemaligen Konzentrationslager Börgermoor und Neusustrum. Hinzu kamen ebenfalls im April 1934 die Lager Brual-Rhede und Oberlangen. Erst im April 1935 kamen die Lager Aschendorfermoor und Walchum hinzu. Das Konzentrationslager Esterwegen wurde 1936 aufgelöst und ebenfalls dem Justizministerium als Strafgefangenenlager unterstellt.⁵⁰⁵

Nach Übernahme dieser Lager pendelte sich die Zahl der in den Jahren 1936 bis 1939 behandelten Strafgefangenen zwischen 232 und 260 ein.

Im ersten Kriegsjahr 1940 kam es zunächst zu einem geringen Anstieg der Fallzahl auf 283 Patienten für dieses Jahr, dann folgte jedoch ein kontinuierlicher Rückgang der jährlichen Fallzahl bis zum Jahr 1945 mit nur noch 66 Patienten.⁵⁰⁶

Anders verhält es sich mit den Sterbefällen, die im Hauptlazarett Papenburg während dieses Zeitraums aufgetreten waren. Im ersten Jahr 1934 war lediglich ein Todesfall zu beklagen, der Strafgefangene Friedrich J., der an den Folgen einer Schussverletzung nach missglückter Flucht innerhalb kurzer Zeit verstarb. In den folgenden Jahren 1935 bis 1939 pendelte sich die Zahl der jeweils in einem Jahr verstorbenen Häftlinge im Hauptlazarett Papenburg zwischen 10 und 14 ein, wobei dies einem relativen Anteil von 4,3% bis 5,8% entspricht. Lediglich im Jahr 1935 lag der relative Anteil noch etwas geringer, hervorgerufen durch die höhere absolute Fallzahl für dieses Jahr.

Ab dem Jahr 1940 kam es, im Gegensatz zu dem Verlauf der Krankenakten, zu einem Anstieg der Todesfälle. So waren im Jahr 1940 26 und 1941 sogar 41 Strafgefangene im

⁵⁰⁵ Vgl. Bührmann-Peters, F. 2002. S. 13ff.

⁵⁰⁶ Das Hauptlazarett wurde am 20. April 1945 aufgelöst. Dieses Datum findet sich in mehreren Krankenakten, als Entlassungsgrund ist die Auflösung des Hauptlazarets genannt. Die Stadt Papenburg wurde am 21.04.1945 von kanadischen und polnischen Truppen eingenommen. Vgl. Wege aus dem Chaos. Das Emsland und Niedersachsen 1945-1949. Landkreis Emsland (Hrsg.) Meppen 1988. S. 27.

Hauptlazarett verstorben. Bei divergierender Tendenz der beiden Kurvenverläufe (Krankenakten vs. Todesfälle) kommt es zu einem rasanten Anstieg des prozentualen Anteils der Todesfälle von durchschnittlich ca. 5% in den Jahren 1934 bis 1939 auf bis zu 18,6% für das Jahr 1942. Obwohl ab 1942 die absolute Zahl der Todesfälle fallend war, blieb der prozentuale Anteil der verstorbenen Häftlinge bei ca. 15-16% für die Jahre 1943 und 1944. Im Jahr 1944 kam es nochmals zu einem Anstieg der Letalität auf 21,2%.

8 Schlußbetrachtung

Bei Zusammenfassung dieser Darstellungen lässt sich anhand der Auswertungen erkennen, daß es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der in den Emslandlagern inhaftierten Strafgefangenen gekommen ist. Wurden Anfangs zu einem großen Teil auch elektive Eingriffe durchgeführt, so rückten zunehmend die dringlichen und notfallmäßigen Eingriffe in den Vordergrund. Hinzu kam eine Abnahme der Fallzahl für jedes Jahr, dahingegen verlängerte sich jedoch die durchschnittliche Liegezeit eines einzelnen Patienten, was ebenfalls für eine Zunahme der Schwere der jeweiligen Krankheiten spricht. Weiter konnte eine Zunahme der Letalität der im Hauptlazarett Papenburg behandelten Strafgefangenen nachgewiesen werden. Auch waren die hygienischen-sanitären und ernährungsbedingten Verhältnisse in den Lagern und die medizinische Unterversorgung sowohl von der personellen Seite als auch von der Infrastruktur her wiederholt Anlass für Briefwechsel zwischen dem Leiter des Hauptlazaretts Papenburg, dem Kommandeur, dem Amtsarzt als Leiter des Zuständigen Gesundheitsamtes und dem Regierungsdirektor oder dem Justizministerium als zuständigem Betreiber dieser Lager.

Ich möchte nochmals verdeutlichen, daß diese Auswertungen *hauptsächlich auf den Krankenakten des Hauptlazaretts* beruhen und nur grob ein Bild der Verhältnisse in den Lagern wiedergeben können. So wurden z.B. aufgrund von Typhus- oder Ruhrerkrankungen nur wenige Häftlinge im Hauptlazarett behandelt. In Darstellungen

von Häftlingen wird jedoch wiederkehrend von Durchfallerkrankungen berichtet. Ebenso wurden misshandelte Strafgefangene nur in den seltensten Fällen ärztlich betreut, eine Überweisung in das Hauptlazarett stellte die Ausnahme dar. Auch konnten die Arbeits-, die hygienischen- und die Ernährungsbedingungen in den Lager selber aufgrund der Fülle nur angerissen werden. Dennoch können die Veränderungen im Lager, d.h. die Verschlechterung der dortigen Verhältnisse, anhand der Zusammensetzung einzelner Parameter aus den Krankenakten, unterstützt durch weiteres Aktenmaterial aus dem Gesundheitsamt, objektiv nachvollzogen werden.

9 Quellen- und Literaturverzeichnis

9.1 ungedruckte Quellen

Akten des Staatsarchivs Osnabrück:

Rep. 947-Lin I (JVA Lingen und die Emslandlager)

Nrn. 174, 490, 551, 553. 638

Nrn. 298-334 (Krankenakten ehemaliger Häftlinge des Hauptlazarets
Papenburg und einzelner Lagerreviere)

Rep. 945 (Akten des Prozesses gegen den Kommandanten Werner Schäfer)

Nrn. 45, 46, 47, 49, 50, 53, 55, 60, 61

Rep. 630 (Akten des Gesundheitsamtes Aschendorf)

Nrn. 24, 25, 26, 376, 381, 399, 400, 409, 413, 418, 422, 425, 549, 550

9.2 gedruckte Quellen

1. Aschaffenburg, G. Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg. 1933
2. Brühl, W. Die Diätbehandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 68/1942.
3. Bruns, H. Paratyphuserkrankungen durch Verseuchung einer Quellwasserleitung. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes. XLVII. Band – 6. Heft. Berlin. 1936.
4. Bühler, F. Grimm, K. Zur Behandlung der Durchfallkrankheiten im Felde. Medizinische Klinik. 39/1943.

5. Dietrich, S. Der sogenannte katarrhalische Ikterus und die Hepatitis epidemica. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 68/1942.
6. Domarus, A. von. Grundriss der inneren Medizin. Berlin. 1943.
7. Dornblüth, O. Pschyrembel, W. Klinisches Wörterbuch. Berlin. 1939.
8. Frese, H. Bremsklötze am Siegeswagen der Nation. Erinnerungen eines Deserteurs an Militärgefängnisse, Zuchthäuser und Moorlager in den Jahren 1941-1945. Edition Temmen. Bremen. 1989.
9. Garrè [u.a.]. Lehrbuch der Chirurgie. 12. Auflage. Springer Verlag. Berlin. 1942.
10. Gmeiner, G. Beurteilung und Behandlung des Magenkranken im Truppendienst. Der Deutsche Militärarzt. Heft 2. 6/1941.
11. Goedel, R. Zur Mentalität der Fremdkörperschlucker, speziell der Gefängnisinsassen. Deutsche Zeitschrift für gerichtliche Medizin. 19. 1932.
12. Hartleben, H. Schad, G. Taschenbücher des Truppenarztes. Band I. Innere Medizin und Hygiene. München. 1936.
13. Hoffmann, E. Die Behandlung der Syphilis mit kurzer Diagnostik. Berlin. 1937.
14. Hoffmann, E. Salvarsanschäden im Kriege und ihre Verhütung. Münchener Medizinische Wochenschrift. München. 1942.
15. Hopf, G. Haut und Geschlechtskrankheiten nach den Vorlesungen an der Universitäts-Hautklinik Hamburg. Hamburg. 1944.
16. Jacobi, J. Dörschel, W. Beobachtungen in einem Ruhrlazarett Sommer 1942. Münchener Medizinische Wehrschrift. 90/1943.
17. Kaiser, M. Zweck und Ziele der gesundheitlichen Ueberwachung größerer Menschenmengen aus seuchenverdächtigen Gegenden (Fleckfieberverhütung durch das Zyklonverfahren). Wiener klinische Wochenschrift. 52.2. 1939.
18. Kemkes, B. Hygienische und gesundheitliche Fragen des Lagerlebens. Medizinische Klinik Nr. 33/1934.
19. Kirschner, M. Nordmann, O. (Hrsg.). Die Chirurgie. 7 Bde., Bd. I. Berlin, Wien. 1940.
20. Kloos, G. Grundriß der Psychiatrie und Neurologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik. München. 1944.
21. Kurtzahn, H. Kleine Chirurgie. Berlin/Wien. 1940.

22. Langhoff, W. Die Moorsoldaten. 13 Monate Konzentrationslager. 7. Aufl. Essen. 1995.
23. Langhoff, W. Die Moorsoldaten. Berlin/Weimar. 1975.
24. Lapp, F. W. Zur diätetischen Behandlung chronischer Durchfallserkrankungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 46. 1942.
25. Mancke, R. Tidow, R. Das Problem des magenkranken Soldaten. Münchener Medizinische Wochenschrift. 91/1944.
26. Marx. Über Selbstbeschädigungen im Gefängnis. Aertzliche Sachverständigen-Zeitung. Jg. 19. 1913.
27. Meyers Großes Konversationslexikon. Dritter Band. Leipzig/Wien. 1904.
28. Mühlens, P. Fleckfieber- und Rekurrensgefahren und ihre Verhütung. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 42. 20. Oktober 1939.
29. Pfeiffer, H. Über Lagerhygiene. Erfahrungen aus den Strafgefangenenlagern bei Papenburg. Inaugural-Dissertation Universität Bonn. 1935.
30. Reichsgesetzblatt I. Reichsministerium des Innern (Hrsg.). Berlin. 1922-1945.
31. Reichsgesetzblatt II. Reichsministerium des Innern (Hrsg.). Berlin. 1922-1945
32. Reichsgesundheitsblatt. Reichsgesundheitsamt (Hrsg.). Berlin. 1926-1945.
33. Rodenwaldt, E. Die Ruhr im Kriege. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 65.2. 1939.
34. Schlegel, A. Beiträge zur Fremdkörperchirurgie des Magendarmkanals an Hand von 722 Fällen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 238/1933.
35. Schlegel, A. Die Beurteilung der Haftfähigkeit. Die Medizinische Welt. 8/1934.
36. Schmitt-Halin, E. Psychiatrische und neurologische Erfahrungen bei Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes, der Wehrmacht und der Westfront-Arbeitslager. Die Medizinische Welt. 14/1940.
37. Schum, H. Verschlucken von Fremdkörpern und andere Arten der Selbstbeschädigung. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 152/1931.
38. Tschamper, M. Ueber Fremdkörperschlucker. Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 71. (1941).

39. Tidow, R. Kälteschäden des Magendarmkanals unter besonderer Berücksichtigung der Auskühlung. Münchener Medizinische Wochenschrift. München. 90/1943.
40. Typhus-Merkblatt. in: Reichsgesundheitsblatt. Berlin. 1935.
41. Wittfogel, K. A. Staatliches Konzentrationslager VII. Eine „Erziehungsanstalt“ im Dritten Reich. Bremen. 1991.
42. Wolf, H. J. Einführung in die innere Medizin. 1. Aufl. Leipzig. 1941.

9.3 Sekundärliteratur

43. Arastéh, K. et. al. Innere Medizin. Stuttgart. 2009
44. Baenkler, H.-W. et. al. Kurzlehrbuch Innere Medizin. Stuttgart. 2007
45. Benz, W. Distel, B. Der Ort des Terrors. Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager Bd. 2. München. 2005
46. Blaser, M. J. Eine bedrohte Art im Magen. Spektrum der Wissenschaft. 9/2005.
47. Boenninghaus, H.-G., Lenarz, T. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Heidelberg. 2007
48. Bracher, Funke, Jacobsen (Hrsg.). Deutschland 1933-1945. Neue Studien zur nationalsozialistischen Herrschaft. Düsseldorf. 1993.
49. Broszat, M. Nationalsozialistische Konzentrationslager 1933-1945. In: Anatomie des SS-Staates. München. 1994.
50. Bührmann-Peters, F. Ziviler Strafvollzug für die Wehrmacht. Militärgerichtlich Verurteilte in den Emslandlagern 1939-1945. Dissertation Universität Osnabrück. 2002.
51. Die Zerstörung von Recht und Menschlichkeit in den Konzentrations- und Strafgefängnissenlagern des Emslands 1933-1945. Landkreis Emsland (Hrsg.). Sögel. 1986.
52. Eitner, H.-J. Hitlers Deutsche. Das Ende eines Tabus. Gernsbach. 1991.
53. Ertel, W. Schramm, M. Rampf, W. Diagnosesystem für Blinddarmentzündung. Deutsches Ärzteblatt 98. Ausgabe 36.

54. Fleischhacker, W. Hinterhuber, H. Lehrbuch Psychiatrie. Wien. 2012.
55. Frei, N. Der Führerstaat. Nationalsozialistische Herrschaft 1933 bis 1945. München. 2001.
56. Gasser, T. Rutishauser, G. Basiswissen Urologie. Heidelberg. 2008.
57. Gößling, J. Konrad, N. Zur Entität der so genannten Haftpsychose. In: Recht und Psychiatrie 22. Jahrgang. Heft 3. 2004.
58. Gößling, J. Zur Entität der sogenannten „Haftpsychose“. Diss. Univ. Berlin. 2004.
59. Hänsli, N. Automutilation. Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis. Bern. 1996.
60. Hansen, M. „Idealisten“ und „gescheiterte Existenzen“. Das Führerkorps des Reichsarbeitsdienstes. Dissertation. Universität Trier. 2004.
61. Hartel, W. Ekkernkamp, A. Zunehmender Einsatz der minimalinvasiven Chirurgie. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 99. Heft 19.
62. Henze, W. Hochverräter raus! Geschichten, Gedichte und Zeichnungen eines Moorsoldaten. Knoch, H. (Hrsg.). Edition Temmen. Bremen. 1992.
63. Henne-Bruns, D. Kremer, B. Dürig, M. Chirurgie. Stuttgart. 2008.
64. Herold, G. Innere Medizin. Köln. 2010.
65. Hirner, A. Weise, K. Chirurgie. Stuttgart. 2008.
66. Höffgen, G. et. al. S3-Leitlinie zu Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobieller Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie - Update 2009. In: Pneumologie 2009; 63.
67. Höfler-Waag, M. Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945. Matthiesen Verlag Husum. 1994.
68. Jellonek, B. Homosexuelle unter dem Hakenkreuz. Die Verfolgung von Homosexuellen im Dritten Reich. Paderborn 1990.
69. Kater, Michael H. Ärzte als Hitlers Helfer. Hamburg/Wien. 2000.
70. Kisker [u.a.] (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Thieme-Verlag Stuttgart. 1987.
71. Kosthorst, E. Walter, B. Konzentrations- und Strafgefangenenlager im Dritten Reich. Beispiel Emsland. Düsseldorf. 1983.

72. Kosthorst, E. Walter, B. Konzentrations- und Strafgefangenenlager im Emsland 1933-1945. Zum Verhältnis von NS-Regime und Justiz. Düsseldorf. 1985.
73. Kosthorst, E. Walter, B. Konzentrations- und Strafgefangenenlager im Dritten Reich. Beispiel Emsland. Düsseldorf. 1983.
74. Lifton, Rober Jay. Ärzte im Dritten Reich. Berlin 1998.
75. Lindenberg, Wladimir. Himmel in der Hölle. Wolodja als Arzt in unseliger Zeit. München. 1988.
76. Lürßen, D. „Wir sind die Moorsoldaten“. Die Insassen der frühen Konzentrationslager im Emsland 1933 bis 1936. Dissertation Universität Osnabrück. 2001.
77. Masuhr, K. F. Neumann, M. Neurologie. Stuttgart. 2007.
78. MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. MSD Sharp&Dohme GmbH (Hrsg). München. 2007.
Online im Internet: <http://www.msd.de/msdmanual/secure/home.html>
(Stand: 23.10.2012).
79. Pingel, F. Häftlinge unter SS-Herrschaft. Widerstand, Selbstbehauptung und Vernichtung im Konzentrationslager. Hamburg. 1978.
80. Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2012. 263. Aufl. Berlin. 2011.
81. Rassner, G. Dermatologie. Lehrbuch und Atlas. München. 2007.
82. Sachsenweger, M. Augenheilkunde. Stuttgart. 2003.
83. Schiebler, T. H. Schmidt, W. Anatomie. 5. Auflage. Springer-Verlag Berlin. 1991.
84. Schumpelick, V. Arlt, G. Klinge, U. Hernienchirurgie. Leistenhernien bei Erwachsenen und Kindern. . Deutsches Ärzteblatt 94. 1997.
85. Schumpelick, V. Bleese, N. M. Mommsen, U. Chirurgie. 3. Auflage. Stuttgart. 1993.
86. Schwarz, Gudrun. Die nationalsozialistischen Lager. Frankfurt/Main. 1996
87. Siegenthaler, W. [u.a.] Lehrbuch der inneren Medizin. 3. Aufl. Stuttgart 1992.
88. Silwedel, R. 150 Jahre Vollzugsgeschichte in Münster. Von der „Isolir-Strafanstalt“ [sic!] zur Justizvollzugsanstalt. NRW.Justiz 3/2003.
89. Sitzler, M. Steinmetz, H. Lehrbuch Neurologie. München. 2011.

90. Sournia, Poulet, Martiny. Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 8. Salzburg. 1983.
91. Sparing, F. Zwangskastration im Nationalsozialismus. Das Beispiel der Kriminalbiologischen Sammelstelle Köln. Juristische Zeitgeschichte Nordrhein Westfalen. Bd. 6. Kriminalbiologie. Düsseldorf. 1997.
92. Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen. Todesursachen in Deutschland 2004. Wiesbaden. 2005.
93. Steckbrief seltener und importierter Infektionskrankheiten. Robert Koch Institut (Hrsg). Berlin 2011.
94. Stich, R. Bauer, K.-H. Lehrbuch der Chirurgie. Berlin. 1949.
95. Suhr, E. Boldt, W. Lager im Emsland 1933-1945. Geschichte und Gedenken. Oldenburg. 1985
96. Suhr, E. Die Emslandlager. Die politische und wirtschaftliche Bedeutung der emsländischen Konzentrations- und Strafgefangenenlager 1933-1945. Bremen. 1985.
97. Tölle, R. Windgassen, K. Psychiatrie. Heidelberg 2009.
98. Vergin, U. Die nationalsozialistische Arbeitsverwaltung und ihre Funktionen beim Fremdarbeiter(innen)einsatz während des zweiten Weltkriegs. Dissertation Universität Osnabrück. 2008
99. Wege aus dem Chaos. Das Emsland und Niedersachsen 1945-1949. Landkreis Emsland (Hrsg.). Meppen 1988.
100. Welttuberkulosestag 2012. Tuberkulose im Fokus. Robert Koch Institut (Hrsg). Epidemiologisches Bulletin 11/2012. 19.03.2012.
101. Zimbardo, P. G. Gerrig, R. J. Psychologie. München. 2008.
102. Zur Nieden, S. „Entmannung“ Zum juristisch-medizinischen Umgang mit abweichendem Sexualverhalten im Nationalsozialismus. Zeitschrift für Geschichtswissenschaft. Heft 9. Berlin. 2005.

9.4 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Die Emslandlager und ihre Entwicklung 1933-1945 | 14 |
| Abbildung 2: Übersicht der Verpflegungstage und Bettenauslastung..... | 17 |
| Abbildung 3: Verteilung der Krankenakten nach Jahren | 19 |
| Abbildung 4: Verteilung der Krankenakten nach Lagern | 20 |
| Abbildung 5: prozentualer Anteil der Krankenakten zur Lagerbelegung | 22 |
| Abbildung 6: Alter der Strafgefangnen | 23 |
| Abbildung 7: Geburtsjahre der Strafgefangenen differenziert nach Strafbeständen | 25 |
| Abbildung 8: Infektionskrankheiten in den Emslandlagern | 29 |
| Abbildung 9: Erkrankungen und Todesfälle an gastrointestinalen Infektionen | 35 |
| Abbildung 10: Liegedauer der Typhuserkrankten..... | 61 |
| Abbildung 11: Inzidenz der Tuberkulose | 65 |
| Abbildung 12: Entlassungsmodus der Tuberkuloseerkrankten (absolut) | 69 |
| Abbildung 13: Entlassungsmodus der Tuberkuloseerkrankten (prozentual) | 71 |
| Abbildung 14: Inzidenz der bronchopulmonalen Infektionen..... | 90 |
| Abbildung 15: Todesfälle durch Infektionen des Respirationstrakts | 92 |
| Abbildung 16: Liegedauer der Patienten mit bronchopulmonalen Infektionen | 93 |
| Abbildung 17: Inzidenz der lokalen Infektionen..... | 99 |
| Abbildung 18: Liegedauer aufgrund lokaler Infektionen..... | 101 |
| Abbildung 19: Therapie der lokalen Infektionen | 102 |
| Abbildung 20: Inzidenz der Magen- und Duodenalerkrankungen | 114 |
| Abbildung 21: Differenzierung der abdominalen Erkrankungen..... | 119 |
| Abbildung 22: Inzidenz der Appendicitis und deren Therapie..... | 122 |
| Abbildung 23: Inzidenz der Fremdkörperschlucker..... | 127 |
| Abbildung 24: Inzidenz der Ileus- und Obstipationserkrankungen..... | 134 |
| Abbildung 25: Inzidenz von Rektumprolaps und Hämorrhoiden | 138 |
| Abbildung 26: Inzidenz und Therapie der Hernien..... | 152 |
| Abbildung 27: Differenzierung der urologischen Erkrankungen | 161 |
| Abbildung 28: Inzidenz urologischer Erkrankungen..... | 163 |
| Abbildung 29: Differenzierungen der Erkrankungen HNO-Bereich | 188 |
| Abbildung 30: Inzidenz der HNO-Erkrankungen | 192 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 31: Inzidenz der Augenerkrankungen | 195 |
| Abbildung 32: Erkrankungen/Verletzungen infolge äußerer Einflüsse | 205 |
| Abbildung 33: Inzidenz der Verletzungen durch äußere Gewalt | 206 |
| Abbildung 34: Ätiologie der Schussverletzungen | 222 |
| Abbildung 35: Schussverletzungen infolge von Fluchtversuchen | 224 |
| Abbildung 36: Differenzierung der neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen | 238 |
| Abbildung 37: Inzidenzen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen..... | 243 |
| Abbildung 38: Inzidenz der Selbstverstümmelungen..... | 260 |
| Abbildung 39: Inzidenz der Selbstverstümmelungen nach Lager..... | 261 |
| Abbildung 40: Operationen im Hauptlazarett Papenburg | 294 |
| Abbildung 41: Übersicht über operativ behandelte Krankheiten | 296 |

Danksagung

Ich möchte mich bei Prof. Dr. Hans-Peter Kröner bedanken für die freundliche Überlassung des Themas und die Betreuung bei der Erstellung der Dissertation.

Ferner gilt mein Dank Bernward Lindemann und Sascha Banaszak für die Korrekturarbeiten sowie Anregungen zur Bearbeitung des Themas.

Schließlich danke ich meinen Eltern, von denen ich stets grosse Unterstützung erfahren habe.

Lebenslauf