

Matthias Benad
Hans-Walter Schmuhl
Kerstin Stockhecke (Hg.)

Bethels Mission (4)

Beiträge von der Zeit des Nationalsozialismus
bis zur Psychiatriereform

2016
Luther-Verlag Bielefeld

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Beiträge zur Westfälischen Kirchengeschichte; Bd. 44
ISBN: 978-3-7858-0688-3

© Luther-Verlag, Bielefeld 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Fotos sind aus dem Hauptarchiv der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel.

Umschlaggestaltung: k+p mediateam, Bielefeld
Druck und Bindung: ROSCH-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Printed in Germany

Inhalt

Günther Wienberg

Geleitwort.....	9
-----------------	---

Matthias Benad | Hans-Walter Schmuhl | Kerstin Stockhecke

Einleitung	13
------------------	----

*Matthias Benad | Jan Cantow | Hans-Walter Schmuhl
und Kerstin Stockhecke*

„... unter Einsatz aller unserer Kräfte Anwälte unserer Kranken sein.“ Bethel und die nationalsozialistischen Krankenmorde – ein Überblick über den Stand der Forschung.....	17
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Jan Cantow

Gegen die Krankenmorde – das Wirken Paul Gerhard Braunes in Lobetal	29
------------------------------------------------------------------------------	----

Karsten Wilke

Das Betheler Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ 1929–1950 Annäherung an die Geschichte eines Krankenhauses im Kontext von Nationalsozialismus und Krieg.....	45
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

1. Einleitung	45
2. Dr. Friedrich v. Bernuth: Biografie und wissenschaftliche Tätigkeit	50
2.1 Jenaer Publikationen	53
2.2 Publikationen aus der Bethel-Zeit.....	56
2.3 Veröffentlichungen nach 1945	63
2.4 Friedrich v. Bernuth: eine Zusammenfassung.....	64

3.	Das Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“	65
3.1	Vorgeschichte und Entwicklung	65
3.2	Kriegsbedingte Veränderungen in Bethel.....	69
3.3	Krankenversorgung während des Krieges und in den Nachkriegsjahren.....	74
4.	Todesfälle und behandelte Erkrankungen in „Sonnenschein“ ..	75
4.1	Staatliche Kontrolle.....	75
4.2	Prozentuale Sterblichkeit	78
4.3	Herkunft	81
4.4	Verweildauer im Krankenhaus „Sonnenschein“	84
4.5	Sozialer Hintergrund	89
4.6	Alter der verstorbenen Kinder.....	92
4.7	Todesursachen	96
4.8	Behinderung	102
4.9	Behandelte Erkrankungen	106
4.10	Entlassungen	107
5.	Zusammenfassung und Ausblick.....	113

Franz-Werner Kersting und Hans-Walter Schmuhl

Christliche Liebestätigkeit, medizinischer Fortschritt und NS-Erbgesundheitspolitik

	Der Bethel-Film „Ringende Menschen“ (1933) aus Sicht der Visual History...	117
1.	Konzeptionelle, methodologische und programmatische Vorüberlegungen zur Visual History	117
2.	Der „Bethel-Film“ als eine besondere Form des „Anstaltsfilms“ ..	120
3.	„Ringende Menschen“. Der eugenische, der medizinische und der diakonische Blick auf die Epilepsie	125

Johannes Schildmann

„Muss das denn heute noch sein?“

	Memento der Geschichte und ethische Herausforderungen der Gegenwart ..	137
--	------------------------------------------------------------------------	-----

Frank Schlegel

„Wie soll es weitergehen?“

Die Take Off-Phase der Psychiatriereform in Bethel

in den frühen 1970er Jahren	151
1. Einleitung	151
1.1 Signale, Aufbruch, Paradigmenwechsel.....	151
1.2 Die Betheler Psychiatriereform in der Forschung.....	153
1.3 Die Take Off-Phase der Reform in mikrohistorischer Perspektive.....	155
1.4 Quellen	157
1.4.1 Schriftquellen.....	157
1.4.2 Bethel-Filme und ihre Einordnung.....	159
1.4.3 Interviews	161
2. Planung und Veränderung	162
2.1 Quickborn.....	162
2.2 Planungsinformation	165
2.3 Psychiatriereform im „Ring“	167
2.4 Aktiv in Sachen Enquête.....	168
2.5 „Ganz Bethel ist eine Baustelle“	170
3. Sozialpsychiatrie in Bethel.....	171
3.1 Die Raucher-Einstellung	172
3.2 Rehabilitation, therapeutische Gemeinschaft, Rollenspiele.....	174
3.3 Patientenclub	177
3.4 Kritik an sozialpsychiatrischen Missständen	181
4. Psychiatrie und Öffentlichkeit.....	183
4.1 Blick in die Presse.....	185
4.2 Der „Bote von Bethel“	187
4.3 Konstruktion psychischer Krankheit im Film „Lebt mit uns!“ ..	188
5. Die Belegschaft: Wandel und Bewegung.....	191
5.1 Wechsel in der Chefetage.....	192
5.2 Junge „68er“ und „Zivis“	194
5.3 Dr. Schimansky und die „sozialpolitischen Aktivisten“ von Morija	196
6. Patienten artikulieren sich	198
6.1 „Der Drücker“	199
6.1.1 Startphase.....	200

6.1.2 Mäßigung und Aufgabe	207
6.2 Der Mannheimer Kreis tagt in Bethel	210
6.3 Patientenrat und Patiententeam	212
7. Konflikte.....	213
7.1 Konfliktlinie „radikal-fortschrittlich“ versus „radikal-rückständig“	214
7.2 Konfliktlinie „Pietcong“ versus „Okkulte“.....	216
7.3 Konfliktlösung: Vereinbarkeit von Reform und Diakonie	219
8. Das Ende der ersten Reformwelle.....	223
8.1 Das Geld geht aus – Reform und Finanzpolitik	223
8.2 Der Eifer verebbt.....	225
9. Zusammenfassung und Fazit.....	227
 Kommentierte Bibliographie	
Die v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel von der zweiten Hälfte der 1920er Jahre bis zum Ende der 1970er Jahre	233
 Personenregister	 263

Karsten Wilke

Das Betheler Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ 1929 – 1950

Annäherung an die Geschichte eines Krankenhauses
im Kontext von Nationalsozialismus und Krieg

1. Einleitung

Die Kinderklinik in Bielefeld-Bethel ist heute ein international renommiertes Behandlungs- und Forschungsinstitut.¹ Die Keimzelle der Pädiatrie in den v. Bodelschwingschen Anstalten bildet das im Jahre 1885 gegründete „Kinderheim“. Ab 1929 wurde in Bethel unter der Trägerschaft der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta² ein neues Kinderkrankenhaus mit dem Namen „Sonnenschein“ in Betrieb genommen.³ Seine moderne Ausstattung sowie die Spezialisierung auf die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern bewirkten, dass dieses Krankenhaus sich während der 1930er Jahre zu einem bedeutenden medizinischen Versorger für ganz Westfalen entwickelte. Die Geschichte „Sonnenscheins“ steht im Mittelpunkt dieses Beitrags, der nicht zuletzt auch als Produkt einer geschichtspolitischen Kontroverse anzusehen ist. Im Jahre 2014 hatte die Autorin Barbara Degen in einer Publikation auf die Todesanzeigen des Krankenhauses hingewiesen und diesbezüglich die These vertreten, ein

1 Vgl. <http://evkb.de/ueber-das-evkb/kliniken-institute-zentren/frauen-maenner-und-kinder/kinder-und-jugendmedizin/startseite-klinik-fuer-kinder-und-jugendmedizin.html> [Letzter Zugriff: 15.2.2016].

2 Zu Sarepta vgl. Kerstin Winkler, *Diakonische Schwestern und Mutterhausdiakonie. Sarepta im 20. Jahrhundert zwischen gesellschaftlichen Ansprüchen und eigenen Prinzipien*, Bielefeld 2004; Hans-Walter Schmuhl, *Ärzte in der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta 1890–1970*, Bielefeld 2001.

3 Zum Krankenhaus „Sonnenschein“ vgl. Karsten Wilke, *Die medizinische Entwicklung im Betheler Krankenhausal. Ein evangelisches Krankenhaus zwischen Seelsorgeanspruch und technischem Fortschritt*, in: Kerstin Stockhecke/Hans-Walter Schmuhl (Hg.), *Von Anfang an evangelisch. Geschichte des Krankenhauses Gilead in Bielefeld*, 2. Aufl. Bielefeld 2014, S. 203–245, hier: S. 212–217.

Teil der Sterbefälle sei auf Tötungen im Rahmen des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Programms zurückzuführen.⁴ Der Frage nach der Sterblichkeit im Betheler Kinderkrankenhaus wird daher ein hohes Maß an Aufmerksamkeit gewidmet.

Der Blick in die einschlägige Forschungsliteratur führt zu einem bemerkenswerten Befund. Bisher liegt insgesamt weder für ein Erwachsenen- noch für ein Kinderkrankenhaus überhaupt eine Studie zur medizinischen Entwicklung vor. Viele etwa anlässlich von Jubiläen erstellte Festschriften basieren nicht auf einer methodisch reflektierten Quellenauswertung oder beschreiben stringente, widerspruchslöse Entwicklungen. In medizinhistorischer Hinsicht sind sie daher weitgehend wertlos.⁵ Die wenigen bestehenden Untersuchungen zur Geschichte der Krankenhäuser konzentrieren sich eher auf bau- oder verwaltungsgeschichtliche Aspekte⁶ und eben nicht

- 4 Vgl. Barbara Degen, Bethel in der NS-Zeit. Die verschwiegene Geschichte, Bad Homburg 2014, S. 26–43. Zur Kontroverse exemplarisch vgl. Art. „Experte nennt Vorwürfe gegen Bethel ‚pure Vermutung‘. Debatte um umstrittenes Buch über NS-Zeit hält an – Autorin fühlt sich abqualifiziert“, in: Westfalen-Blatt v. 23.9.2014; Art. „Bethel in der NS-Zeit: Streitparteien unversöhnlich. Diakonische Einrichtung stellt sich der Diskussion mit der Buchautorin Barbara Degen“, in: Westfalen-Blatt v. 8./9.11.2014. Der vorliegende Beitrag geht auf einen Forschungsauftrag der v. Bodelschwingschen Stiftungen zurück. Zum NS-„Euthanasie“-Programm vgl. Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945, 2. Aufl. Göttingen 1992; Ernst Klee, „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt am Main 1993; Henry Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung, Berlin 1997; Götz Aly, Die Belasteten. „Euthanasie“ 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2013.
- 5 Vgl. z. B. Jürgen Drescher, Das Elisabeth-Kinderkrankenhaus in Oldenburg von den Anfängen bis zur Gegenwart. Die Entwicklung einer Kinderklinik im Lichte der Medizingeschichte sowie der Geschichte von Stadt und Land, Oldenburg 2013; Burkhard Meier, Von Kaiserwerther Schwestern und „dirigierenden“ Ärzten. Das Landkrankenhaus Detmold in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Detmold 1999; Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e.V. (Hg.), Hundert Jahre Altonaer Kinderkrankenhaus e. V. 1859–1959, Hamburg-Altona 1959.
- 6 Vgl. z. B. Kyrill Makoski, Kirchliche Krankenhäuser und staatliche Finanzierung. Geschichte, Ausgestaltung, verfassungsrechtliche Anforderungen, Frankfurt am Main 2010; Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.), Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten, Frankfurt am Main/New York 2001; Hartmut Krukemeyer, Entwicklung des Krankenhauswesens und seiner Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Bewertung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Interventionen, Bremen 1988.

auf Veränderungen in der Pflege, der Diagnostik oder des Operations- und Behandlungswesens.⁷ Bezüglich ihrer originären Aufgabe erscheinen somatische Krankenhäuser daher als weitgehend „geschichtslose“ Einrichtungen.⁸ Eine Erklärung hierfür erschließt sich aus dem interdisziplinären Charakter des Forschungsfeldes, verbunden mit einer spezifischen Quellenlage. Cornelius Borck verortet die Krankenhausgeschichtsschreibung im Schnittfeld von Architektur-, Lokal-, Sozial-, Institutionen- und Medizingeschichte.⁹ Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich der Krankenhausalltag – also die „historisch gewachsenen Strukturen und Konstellationen, Routinen, Konversionen, Spannungen und unterschweligen Konflikte“ – in der Regel nicht in den Akten niederschlägt,¹⁰ lag es in der Vergangenheit nahe, die Schwerpunkte auf diejenigen Bereiche zu verlagern, für die systematische Überlieferungen vorliegen.

Mit diesem Beitrag über die Kinderheilkunde in Bethel von der Eröffnung des Kinderkrankenhauses „Sonnenschein“ im Jahre 1929 bis in die späten 1940er Jahre soll mithin erstmals ein Versuch unternommen wer-

- 7 Vgl. Monika von Alemann-Schwartz, ... dem Menschen verpflichtet. Die Geschichte der Stiftung Evangelisches Kranken- und Versorgungshaus zu Mülheim an der Ruhr 1850–2000, Mülheim 2000; Hans-Walter Schmuhl, Evangelische Krankenhäuser und die Herausforderung der Moderne. 75 Jahre Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1926–2001), 2. Aufl. Leipzig 2003; Wolfgang Rascher/Renate Witten-Sterzel (Hg.), Geschichte der Universitäts-Kinderklinik Erlangen, Göttingen 2005. In dem Sammelband befinden sich Beiträge zur Kinderheilkunde als Studienfach sowie biografische Beiträge zu einzelnen Mediziner(n). Eine Ausnahme bildet: Johanna Bleker/Volker Hess (Hg.), Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses, Berlin 2010.
- 8 Vgl. Cornelius Borck, Quo vadis, Krankenhausgeschichte?, in: Gunnar Stollberg/Christina Vanja/Ernst Kraas (Hg.), Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?, Berlin 2011, S. 17–22.
- 9 Vgl. ebd., S. 20. Einen technik- und institutionengeschichtlichen Schwerpunkt setzt z. B.: Silke Hübner, Vom Allgemeinkrankenhaus zur Gesundheitsfabrik. Medizintechnischer Einsatz und Wandel des institutionellen Charakters der Krankenhäuser in der Bundesrepublik bis Ende der 1980er Jahre unter besonderer Berücksichtigung medizintechnischer Großgeräte, Frankfurt am Main 2004.
- 10 Schmuhl/Stockhecke, Von Anfang an evangelisch ..., in: ders./dies., Krankenhaus Gilead, S. 13–16, hier: S. 13. Als Beispiel für einen Versuch, trotz schlechter Quellenlage die medizinischen Leistungen eines Krankenhauses zu erfassen, vgl. Wolfgang von Hippel, Auf dem Weg vom Armenhospital zum modernen Krankenhaus. Das Städtische Krankenhaus Ludwigshafen am Rhein, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.“ Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York 1996, S. 236–250, hier: S. 246 ff.

den, in exemplarischer Weise Erkenntnisse über die Rolle eines Krankenhauses als medizinischer Versorger zu erarbeiten sowie Fragen für zukünftige Forschungen zu entwickeln.

Die Eingrenzung der Untersuchung auf eine Periode von etwa zwei Jahrzehnten zwischen 1929 und 1950 umfasst einerseits den Zeitraum von der Inbetriebnahme „Sonnenscheins“ bis zur Umstellung der staatlichen Medizinalverwaltung als Begleitumstand der Gründung des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1946 und 1947.¹¹ Hinzu kommt konkret ein Wechsel auf der Position des Chefarztes des Kinderkrankenhauses. Im Jahre 1949 verstarb der langjährige Amtsinhaber Prof. Dr. Friedrich („Fritz“) v. Bernuth. Er hatte von seiner Einstellung im Jahre 1931 bis zu seinem Tode die Geschicke „Sonnenscheins“ ganz wesentlich bestimmt. Einher mit der gewählten Periodisierung geht eine Fokussierung der Untersuchung auf die Zeit des Nationalsozialismus mit der Phase des Zweiten Weltkriegs sowie auf die Nachkriegsjahre. Daher befasst sich der Beitrag anhand der wissenschaftlichen Publikationen Bernuths auch mit der politischen Rahmung der Medizin während des „Dritten Reiches“.¹²

Um zu tragfähigen Aussagen über die Medikation, die Pflege und nicht zuletzt auch über das Sterben in einem Krankenhaus gelangen zu können, bedürfte es eines gut ausgestatteten Quellenkorpus, insbesondere mit Patientenakten und Selbstzeugnissen.¹³ Leider existieren derartige aussagekräftige Dokumente für das Betheler Kinderkrankenhaus nicht.¹⁴ Die sachbezogene Überlieferung im Hauptarchiv Bethel fällt spärlich und lückenhaft aus,¹⁵ und komplementäre Sammlungen – etwa in den Akten-

11 Vgl. Hans-Joachim Behr/Wolfram Köhler (Hg.), *Nordrhein-Westfalen, fünfzig Jahre später: 1946–1996*, Essen 1996; Christoph Nonn, *Geschichte Nordrhein-Westfalens*, München 2009.

12 Grundsätzlich zur Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus vgl. Martin Rütter, *Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933–1945*, in: Robert Jütte (Hg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 143–193.

13 Dazu allgemein vgl. Winfried Schulze, *Ego-Dokumente: Annäherung an den Menschen in der Geschichte? Vorüberlegungen für die Tagung „Ego-Dokumente“*, in: ders. (Hg.), *Ego-Dokumente. Annäherung an den Menschen in der Geschichte*, Berlin 1996, S. 11–30.

14 Für die Region Ostwestfalen-Lippe findet sich beispielsweise ein Erlebnisbericht einer vormaligen Assistenzärztin in Halle/Westfalen. Vgl. Margret Albring, *Assistenzärztin in einem kleinen Landkrankenhaus 1944–1950*, o. O., 1997.

15 Vgl. Hauptarchiv der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel (HAB), Sar. 1, 1404.

beständen der Gesundheitsämter – fehlen ebenfalls.¹⁶ Die Anzahl der im Staatsarchiv Detmold auffindbaren Korrespondenzen staatlicher Stellen mit Sarepta als Betreiberin des Krankenhauses oder mit „Sonnenschein“ selbst ist gering, und nur vereinzelt ergeben sich daraus Einblicke in die konkreten Abläufe vor Ort.¹⁷ Die grundsätzlich unbefriedigende Quellen- und Forschungslage macht es zudem unmöglich, aus Erkenntnissen zu Entwicklungen in anderen Krankenhäusern Rückschlüsse auf den Untersuchungsgegenstand zu ziehen.

Diese Konstellation nötigt zu einem kombinierten methodischen Vorgehen. In einem ersten Schritt wird der fachliche und politische Hintergrund des in diesem Zusammenhang maßgeblichen Akteurs, Friedrich v. Bernuth, erörtert. Das Ziel besteht darin, seine Vorstellungen zur gesellschaftlichen Rolle von Medizin herauszuarbeiten, um so möglicherweise auch Informationen darüber gewinnen zu können, ob und in welcher Hinsicht er als Anhänger „eugenischer“ oder „rassenhygienischer“ Ideen¹⁸ betrachtet werden muss. Eine derartige Haltung könnte einen signifikanten Einfluss auf die praktische Arbeit ausgeübt haben.

Es folgt ein Teilkapitel, in dem grundsätzliche Entwicklungen innerhalb der Betheler Pädiatrie vorgestellt werden. Dazu gehört zum einen eine Darstellung der Geschichte des Kinderkrankenhauses „Sonnenschein“, die möglichst differenziert auf dessen ursprüngliche Doppelfunktion als Kinderheim und Krankenhaus einerseits sowie auf eine gleichzeitige Rolle als städtischer Versorger und Landkrankenhaus¹⁹ andererseits eingeht. Hinzu kommen die während der 1940er Jahre vorgenommenen kriegsbedingten Veränderungen wie beispielsweise die Evakuierung in die Senne.

16 Grundsätzlich zur Rolle der Gesundheitsämter vgl. Johannes Vossen, Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950, Essen 2001; Axel C. Hüntelmann/ders./Herwig Czech (Hg.), Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950, Husum 2006.

17 Hier finden sich beispielsweise Korrespondenzen zu Bauvorhaben der v. Bodelschwingschen Anstalten. Vgl. den Ordner D1/180 im Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Abteilung Ostwestfalen-Lippe (LAV NRW OWL), Detmold.

18 Zu den Begrifflichkeiten vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 29 f.

19 Ein erster Versuch, die Funktion eines Landkrankenhauses auszudifferenzieren – allerdings für das frühe 19. Jahrhundert –, stammt von Giovanni Maio. Maio konstatiert für das Karls-Krankenhaus in Donaueschingen neben einer Funktion als medizinische Behandlungsinstitution auch eine Rolle als „Absonderungsanstalt für akut Erkrankte“. Giovanni Maio, Die Funktion des ländlichen Krankenhauses im frühen 19. Jahrhundert. Eine Untersuchung am Beispiel des Karls-Krankenhauses in Donaueschingen, in: *Historia Hospitalium. Zeitschrift der deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 19 (1993–1994), S. 143–164, hier: S. 158.

Im Zentrum des dritten Teils steht schließlich die Sterbestatistik des Betheler Kinderkrankenhauses, die auf einer zahlenmäßigen Erfassung der Todesanzeigen beruht, die „Sonnenschein“ fortlaufend an das Standesamt Gadderbaum²⁰ beziehungsweise das Standesamt Senne II²¹ übermittelt hatte. Ihre Auswertung führt nicht nur zu konkreten Erkenntnissen über die sozialstrukturelle Zusammensetzung der minderjährigen Patienten und über deren Krankheitsgeschichten, sondern ermöglicht insgesamt auch ein besseres Verständnis der Rolle „Sonnenscheins“ als medizinischer Versorger. Hier liegt das Alleinstellungsmerkmal dieser Untersuchung: Über eine Auswertung von Sterbeunterlagen und Aufnahmestatistiken wird versucht, die Überlieferungslücke zum medizinischen Alltag zumindest teilweise auszufüllen.

2. Dr. Friedrich v. Bernuth: Biografie und wissenschaftliche Tätigkeit

Der im Jahre 1890 geborene Friedrich v. Bernuth schlug nach dem Besuch des Reformgymnasiums in Hannover zunächst die Offizierslaufbahn ein. Nachdem er während des Ersten Weltkrieges eine schwere Verwundung erlitten hatte, wurde er aus dem Militärdienst entlassen. Danach studierte er Medizin in Berlin, Göttingen und München. Im Jahre 1922 legte er das Staatsexamen ab und begab sich zur praktischen Ausbildung an die Universitätsklinik Jena. Ein Jahr später wurde Bernuth approbiert und promoviert und ab 1925 war er als Facharzt für Kinderheilkunde anerkannt. Im Jahre 1930 schließlich wurde er habilitiert.²² Kurz darauf, im September 1931, wurde der Mediziner vom Vorstand der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta zum Chefarzt des Kinderkrankenhauses „Sonnenschein“ bestellt.²³ Die Arbeit in Bethel trat er am 20. November 1931 an.²⁴ Bernuths insgesamt achtzehnjährige Dienstzeit dauerte bis zu sei-

20 Im Stadtarchiv Bielefeld sind die Unterlagen archiviert unter: Stadtarchiv Bielefeld, Bestand 104,002.22/StandesA, 304,0168 bis 304,0197 für die Jahre 1939–1950.

21 Im Stadtarchiv Bielefeld sind die Unterlagen archiviert unter: Stadtarchiv Bielefeld, Bestand 104,002.22/StandesA, 312,0035 bis 312,0041 für die Jahre 1943–1946.

22 Vgl. Schmuhl, *Ärzte in Sarepta*, S. 78.

23 Vgl. Kirschsieper an Bernuth, 30.9.1931, HAB, Sar 1, 665.

24 Vgl. Dienstvertrag zwischen Dr. med. Friedrich v. Bernuth und den Vorständen der Anstalten Bethel, Sarepta und Nazareth, S. 1–5, 15.10.1935, HAB, Sar 1, 665.

nem Tode im Herbst 1949 und erstreckte sich über die gesamte Periode des Nationalsozialismus.

Untersuchungen zur Medizin im „Dritten Reich“ konstatieren für die deutsche Ärzteschaft zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen bemerkenswerten Paradigmenwechsel. Danach hatte sich der Fokus des medizinischen Denkens und Wirkens als „Eugenik“ beziehungsweise „Rassenhygiene“ insgesamt vom Individuum auf den „Volkskörper“ verschoben.²⁵ Eine derartige Perspektive konnte es den Ärzten erleichtern, sich trotz ihrer Bindung an den Hippokratischen Eid an verbrecherischen Handlungen wie Patientenmorden oder Zwangssterilisationen aktiv zu beteiligen.²⁶ Das Beispiel Jussuf Ibrahims – er war Bernuths akademischer Lehrer in Jena – verdeutlicht, dass für eine Beteiligung an Medizinverbrechen keine spezifische, auf den politischen Grundlagen des Nationalsozialismus basierende Sozialisation erforderlich war.²⁷ Ibrahim wurde 1877 geboren und beendete im Alter von 23 Jahren sein Medizinstudium. Im Jahre 1917 wurde er auf den neu geschaffenen Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Universitätsklinik Jena berufen. Dessen Direktor blieb er bis zu seinem Tode im Jahre 1953.²⁸ Jahrzehntlang bis in die jüngste Vergangenheit wurde von Ibrahim das Bild eines moralisch integren und fachlich ausgezeichneten Arztes verbreitet²⁹ und die Jenaer Universitätskinderklinik führte lange Zeit seinen Namen. Erst eine im Jahre 2000 veröffentlichte Forschungsarbeit warf ein anderes Licht auf seine Person und brachte ihn mit der Kinder-, „Euthanasie“ in Verbindung.³⁰ Eine Prüfungskommission arbeitete in

Eine beglaubigte Abschrift befindet sich in LAV NRW OWL, D1/180.

- 25 Vgl. Winfried Süß, *Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945*, München 2003, S. 35; Robert J. Lifton, *Ärzte im Dritten Reich*, Stuttgart 1988, S. 40–52; Schmuhl, *Rassenhygiene*, S. 78–98; ders., *Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927–1945*, Göttingen 2005, S. 19–31. Zur Situation in der NS-Zeit z. B. vgl. Florian Bruns, *Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939–1945)*, Stuttgart 2009.
- 26 Vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 35. Zum Hippokratischen Eid vgl. Charles Lichtenthaeler, *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*, Köln 1984. Es handelt sich um eine literaturwissenschaftliche Analyse.
- 27 Dazu grundsätzlich vgl. Harald Welzer, *Täter. Wie aus ganz normalen Menschen Massenmörder werden*, 3. Aufl. Frankfurt am Main 2005.
- 28 Zur Biografie Ibrahims vgl. Sandra Liebe, *Prof. Dr. med. Jussuf Ibrahim. Leben und Werk*, Dissertation, Jena 2006.
- 29 Dazu vgl. Ernst Klee, *Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945*, Frankfurt am Main 2001, S. 239–246.
- 30 Vgl. Susanne Zimmermann, *Die medizinische Fakultät der Universität Jena während der Zeit des Nationalsozialismus*, Berlin 2000, S. 16 ff. Dazu grundlegend

der Folgezeit heraus, dass Ibrahim – ohne dass er gesetzlich dazu verpflichtet war – mehrfach ihm anvertraute Patientinnen und Patienten in die so genannte „Kinderfachabteilung“ an der Thüringischen Landesheilanstalt Stadtroda überwiesen und sich auf diese Weise durch seine „Zuarbeit“ wissentlich an der Tötung „schwerstgeschädigter Kinder“ – so die Ausdrucksweise des Gremiums – beteiligt hatte.³¹

Es lässt sich nicht nachvollziehen, wie eng der Kontakt des Assistenzarztes Bernuth zu seinem Chef gewesen ist. Gleichermäßen muss unklar bleiben, wie sich ihr fachlicher Austausch gestaltete,³² ob das Thema „Eugenik“ zwischen ihnen verhandelt wurde und ob der Kontakt nach Bernuths Wechsel fortbestand. Informationen fehlen auch über den praktischen Verlauf der Ausbildung an der Universitätsklinik. Einzig dokumentiert aus der Jenaer Zeit ist eine mehr persönliche denn fachliche Referenz des Leiters der dortigen Psychiatrischen Klinik, Prof. Dr. Hans Berger.³³ Berger war ein Förderndes Mitglied der SS und später zeitweise als ärztlicher Beisitzer beim Erbgesundheitsgericht Jena tätig.³⁴ Auch wenn der Neurologe und Psychiater Bernuth als ausgezeichneten, zuverlässigen, tüchtigen und wissenschaftlich interessierten Menschen beurteilt, ergeben sich aus dem Gutachten keine Rückschlüsse auf dessen konkret geleistete Arbeit.³⁵

vgl. Sascha Topp, *Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie*, Göttingen 2013.

31 Kommissionsbericht, S. 4–60, unter: <http://www.uni-jena.de/unijenamedia/ibrahim.pdf>, hier: S. 47 [Letzter Zugriff: 15.2.2016].

32 Bernuth gibt beispielsweise in einem wissenschaftlichen Beitrag an, er sei über den Gesundheitszustand eines von Ibrahim behandelten Kindes informiert. Vgl. Fritz von Bernuth, Über paroxymale Tachykardie im Kindesalter, in: *Zeitschrift für Kinderheilkunde* 47 (1930), H. 1, S. 94–104, hier: S. 95.

33 Vgl. Berger an Volland, 21.8.1931, HAB, Sar 1, 665.

34 Zu Berger vgl. Ernst Klee, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*, 2. Aufl. Frankfurt am Main 2005, S. 41. Zu den Erbgesundheitsgerichten vgl. Paul Nicolai Ehlers, *Die Praxis der Sterilisierungsprozesse in den Jahren 1934–1945 im Regierungsbezirk Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Erbgesundheitsgerichte Duisburg und Wuppertal*, München 1994.

35 Vgl. Berger an Volland, 21.8.1931.

2.1 Jenaer Publikationen

Die Lektüre der wissenschaftlichen Publikationen Bernuths gestattet es, zumindest ansatzweise Einblicke in dessen fachliche Tätigkeiten zu gewinnen, und mitunter können dabei sogar Erkenntnisse über persönliche Ansichten und Haltungen des Mediziners gewonnen werden. Bei einigen kürzeren Beiträgen in Fachzeitschriften³⁶ handelt es sich zunächst um klassische Veröffentlichungen eines Forscher-, „Novizen“, deren Intention vorrangig darin besteht, Themen zu erschließen und zu besetzen und den eigenen Namen innerhalb der *scientific community* bekannt zu machen. Dazu gehört etwa eine Expertise zur Luminalbehandlung.³⁷ Die Auswertung von Versuchsreihen brachte Bernuth zu dem Schluss, dass die Verabreichung dieses Schlafmittels die Therapie der Chorea minor („Veitstanz“) unter bestimmten Bedingungen unterstützen könne; eine „schnelle Wendung zum Besseren oder wesentliche Abkürzung des Verlaufs“ dürfe jedoch nicht erwartet werden.³⁸ Ausdrücklich warnte er vor hohen Dosierungen bei Kindern, denn „das Luminal ist kein ganz harmloses Mittel“.³⁹

Eine erste etwas längere wissenschaftliche Arbeit erschien im Jahre 1929. Darin befasste sich der damals noch als Assistenzarzt tätige Pädiater mit ungewöhnlichen Erscheinungs- und Verlaufsformen kindlicher Enzephalitis (Entzündung des Gehirns).⁴⁰ Anhand der Fälle dreier durch ihn behandelte Kinder grenzte Bernuth die Symptome der Enzephalitis

36 Vgl. F. von Bernuth, Über das Verhalten von Capillaren bei Blutungsübeln, in: Klinische Wochenschrift 4 (1925), H. 17; ders., Gastrokardialer Symptomenkomplex nach Phrenicusexhairese bei einem zwölfjährigen Kinde, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung 71 (1929), H. 2, S. 255–256; ders./Dr. R. von den Steinen, Paroxymale Tachykardie als Symptom einer Encephalitis bei Säuglingen, in: Zeitschrift für Kinderheilkunde 48 (1929), H. 6, S. 687–689.

37 Vgl. F. von Bernuth, Beitrag zur Luminalbehandlung der Chorea minor nebst Bemerkungen über Luminalexantheme, in: Klinische Wochenschrift 2 (1923), H. 25, S. 1158–1160. Bei Luminal (heutiger Name: Phenobarbital) handelt es sich um einen im Jahre 1912 eingeführten Arzneistoff, der heute u.a. in der Epilepsiebehandlung und bei der Narkosevorbereitung eingesetzt wird.

38 Bernuth, Beitrag zur Luminalbehandlung, S. 1160.

39 Ebd., S. 1159. Daraus erklärt sich, dass die Verabreichung von Luminal einige Jahre später im Bereich der Kinder-„Euthanasie“ und im Rahmen der „dezentralen Euthanasie“ als Tötungsmethode genutzt wurde. Dazu vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 187.

40 Vgl. Dr. med. Fritz von Bernuth, Ungewöhnliche Erscheinungs- und Verlaufsformen kindlicher Encephalitis (Geschwistererkrankung, Pseudohirntumor, postencephalitische Charakterveränderung von kurzer Dauer mit Ausgang in Heilung), in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 118 (1929), S. 234–239.

von denjenigen bei Meningitis (Hirnhautentzündung), Tumorerkrankungen und Poliomyelitis (Kinderlähmung) ab. Zudem beschrieb er mögliche temporär die Persönlichkeit verändernde Folgen, so etwa „schwere moralische und scheinbare Intelligenzdefizite.“⁴¹ Die ärztliche Perspektive auf die behandelten Kinder ist technizistisch und objektivierend. Sie erscheinen hier weniger als zu heilende Menschen, sondern vielmehr als Studienobjekte, anhand derer sich Krankheitsverläufe beschreiben lassen. Eine vergleichbare Tendenz findet sich auch in einer elfseitigen Studie zur paroxymalen Tachykardie (Herzrasen) im Kindesalter.⁴² Derartige objektivierende Sichtweisen auf Patientinnen und Patienten, so lässt es sich zumindest für den Bereich der Psychiatrie sagen, finden sich in damaligen medizinischen Zeitschriften und Lehrbüchern regelmäßig.⁴³ Eine systematische Untersuchung der Fachliteratur für den Bereich der somatischen Medizin des 20. Jahrhunderts liegt jedoch bisher noch nicht vor.⁴⁴

Der Höhepunkt des Jenaer Schaffens war zweifellos die Erstellung der im Jahre 1931 veröffentlichten Habilitationsschrift zum Thema „Radiologische Untersuchungen über die Herzgröße im Kindesalter“.⁴⁵ Zu der etwa siebzig Seiten umfassenden Studie gehört ein Literaturverzeichnis, das weit mehr als 300 Titel aufführt.⁴⁶ Dass sich darunter keine Arbeiten seines Lehrers Ibrahim befinden, wohl aber zwei eigene, spricht sicher für Bernuths Ehrgeiz und möglicherweise auch für einen eher unverbindlichen wissenschaftlichen Austausch zwischen den Männern. Die Beweisführung innerhalb der Habilitationsarbeit basierte auf umfangreichen selbst durchgeführten Messungen – insbesondere Röntgenuntersuchungen –, deren Ergebnisse in zahlreichen Statistiken angeordnet sind.⁴⁷ Als Ergebnis standen eine Präzisierung bis dato vorliegender Arbeiten⁴⁸ sowie die Entwicklung einer Methode zur Errechnung des „Herzquoti-

41 Ebd., S. 239.

42 Vgl. Bernuth, Tachykardie.

43 Vgl. Helen Bömelburg, *Der Arzt und sein Modell. Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880–1933*, Stuttgart 2007, S. 105–123.

44 Für das späte 19. Jahrhundert vgl. Tobias Weidner, *Die unpolitische Profession. Deutsche Mediziner im langen 19. Jahrhundert*, Frankfurt am Main/New York 2012, S. 229–238. An dieser Stelle befindet sich eine diskursanalytisch ansetzende Untersuchung der Zeitschrift „Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ und anderer medizinischer Fachzeitschriften.

45 Vgl. Fritz von Bernuth, *Radiologische Untersuchungen über die Herzgröße im Kindesalter*, in: *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, 1931, H. 39, S. 69–142.

46 Vgl. ebd., S. 69–79.

47 Vgl. z. B. ebd., S. 101–105, 118 f., 121–126.

48 Vgl. ebd., S. 141 f.

enten“. Über eine mathematische Formel lässt sich auf diese Weise eine von einem ermittelten Durchschnitt abweichende Herzgröße bestimmen.⁴⁹ Bei der Studie handelte es sich um einen ambitionierten Fachbeitrag, der sich ausschließlich an die *scientific community* richtete. Der Text ist aufwändig mit Röntgenaufnahmen,⁵⁰ Zeichnungen⁵¹ und Tabellen illustriert. Eine über den Wissenschaftssektor hinausreichende gesellschaftliche Relevanz beanspruchte Bernuths Habilitationsschrift jedoch nicht. Es finden sich lediglich einige Empfehlungen zur Ausrichtung des Schul- und Vereinssports für Kinder. Hier plädierte der Mediziner für eine „gleichmäßige Durchbildung des Körpers“ statt einer Ausrichtung auf Rekorde.⁵² Bezüge auf rassenhygienische Deutungsmuster finden sich in dem Text nicht. An einer Stelle grenzte der Verfasser sich allerdings von im Ausland gewonnenen Ergebnissen mit dem Argument ab, dass ...

„die durchschnittlichen absoluten Herzmaße bei verschiedenen Rassen und Umwelteinflüssen nicht gleich zu sein brauchen. Ebenso wenig wie man die Durchschnittskörperlänge und das Durchschnittskörpergewicht von amerikanischen oder russischen Kindern als Maßstab für deutsche Kinder heranziehen kann, ebenso wenig kann man das mit den absoluten Herzmaßen tun.“⁵³

Ein derartiger Gebrauch des Begriffs „Rasse“ war im fachlichen Diskurs üblich, wie Andrea Adams in ihrer Studie zur „Psychopathologie“ im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts nachweist.⁵⁴ Die dahinterstehenden Konzepte jedoch unterschieden sich mitunter beträchtlich. Es konnte sich um ein bloßes Konstatieren angeblicher Differenz zwischen Gruppen oder Nationen, aber auch um stark wertende Unterscheidungen handeln.⁵⁵ Welche Bedeutung allerdings Bernuth hier implizierte, lässt sich nicht klären.

49 Vgl. ebd., S. 125.

50 Vgl. ebd., S. 86 ff., 90, 98.

51 Vgl. ebd., S. 84, 89, 99.

52 Vgl. ebd., S. 110.

53 Ebd., S. 91.

54 Vgl. Andrea Adams, *Psychopathologie und „Rasse“*. Verhandlungen „rassischer“ Differenz in der Erforschung psychischer Leiden (1890–1933), Frankfurt am Main/New York 2013, S. 73–77.

55 Vgl. ebd., S. 81.

2.2 Publikationen aus der Bethel-Zeit

In Bethel setzte Bernuth seine publizistische Tätigkeit unmittelbar fort. Die erste Veröffentlichung unter der Provenienz Sareptas zum postenzephalitischen Tic bei Kindern geht noch auf Beobachtungen in Jena zurück.⁵⁶ Darin verknüpfte er die Vorarbeiten zur Enzephalitis mit seinen kardiologischen Forschungen. Am Beispiel zweier Jungen konstatierte er Symptome, die zuvor von einem Kollegen als „Einzelfall“ beschrieben worden waren.⁵⁷ Es handelte sich um Erbrechen, Schlucken, Kopfschmerzen, Mattigkeit, um eine auffällige Schiefstellung des Kopfes sowie um in unregelmäßigen Abständen wiederkehrende Kontraktionen der Bauchmuskulatur.⁵⁸ Bernuth gelangte im Gegensatz zu Fachkollegen zu dem Schluss, dass die Krankheit organisch bedingt sei. Es handele sich wahrscheinlich um die Spätfolgen einer nicht behandelten Gehirnentzündung (Enzephalitis).⁵⁹ Etwas willkürlich ergänzt erscheinen schließlich die Ausführungen zur weitergehenden Diagnostik in Bezug auf die Herzgrößen.⁶⁰ In einem der beiden Fälle konstatierte er – jedoch ohne eine endgültige Erklärung dafür anbieten zu können – eine veritable Vergrößerung des Herzens.⁶¹ Die Episode erweckt den Anschein, dass Bernuth so den wissenschaftlichen Nutzen des von ihm entwickelten „Herzquotienten“ unter Beweis zu stellen beabsichtigte.⁶²

Wenig später widmete der Kinderarzt sich in einem Beitrag einem ganz anderen Thema: Haut- und Knochenkrankheiten.⁶³ Im Zentrum standen die Krankheitsbilder eines Mädchens und eines Jungen. Das Mädchen litt zugleich an Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung der Haut) und Osteopoikilie (gutartige Knochenfehlbildung), bei dem Jungen war die Sklerodermie zusammen mit Kalkgicht – dabei handelt es sich um Calciumablagerungen vor allem in den Fingern oder im Muskelgewebe – aufgetreten. Bernuth berichtete über teilweise erfolgreiche Behandlungsversuche

56 Vgl. Dr. Fritz v. Bernuth, Komplizierter postencephalitischer Tic bei Kindern. Zugleich Beitrag zur Frage der Ausdehnungsfähigkeit des kindlichen Herzens, in: Zeitschrift für Kinderheilkunde 52 (1933), S. 534–555.

57 Vgl. ebd., S. 540, 542 f.

58 Vgl. ebd., S. 534–537.

59 Vgl. ebd., S. 545–549.

60 Vgl. ebd., S. 550 ff.

61 Vgl. ebd., S. 551 ff.

62 Vgl. ebd., S. 550.

63 Vgl. Fritz v. Bernuth, Über Sklerodermie, Osteopoikilie und Kalkgicht im Kindesalter, in: Zeitschrift für Kinderheilkunde 54 (1933), S. 103–116.

mit Schlammbädern.⁶⁴ Aus dem Text spricht medizinischer Forschergeist. So ist darin beispielsweise die Rede von „Besonderheiten“, „die teils ungewöhnlich, teils überhaupt noch nicht beschrieben“ worden seien.⁶⁵ Der Betheler Kinderarzt nutzte ganz offensichtlich seine während der praktischen Arbeit gewonnenen Erkenntnisse dazu, um sich als Fachwissenschaftler weiter zu profilieren.

Wie bereits in den Jenaer Publikationen ist der Blick auf die Patientinnen und Patienten in beiden Arbeiten grundsätzlich objektivierend. Hinzu kommt eine demonstrative – nach heutigen Maßstäben entwürdigend wirkende – Zurschaustellung nackter Körper auf Fotografien.⁶⁶ Die Patientenfotografie hatte sich seit den 1880er Jahren als Dokumentationsmethode etabliert. Ihre Entwicklung orientierte sich nach der Jahrhundertwende insbesondere an im Bereich der Anthropologie genutzten Verfahren und Standards, die vor allem darauf abzielten, die Körper von Patientinnen und Patienten zu vermessen, um eine Vergleichbarkeit der gewonnenen Zahlen und Zahlenverhältnisse herzustellen.⁶⁷ Mit der aufwändigen Illustrierung beabsichtigte Bernuth zweifellos, von sich den Eindruck eines modernen Wissenschaftlers zu vermitteln.⁶⁸

Eine spätere Arbeit, ein Literaturüberblick aus dem Jahre 1940 zum Thema „Konstitution“, beruhte nicht auf eigenen Fallstudien.⁶⁹ Der Text erscheint damit weitaus weniger ambitioniert als die Arbeiten aus der ersten Hälfte der 1930er Jahre. Über das *name dropping* und das Kommentieren aktueller Forschungsarbeiten versuchte Bernuth aber, sich selbst in den Kreis etablierter Wissenschaftler einzuschreiben. In seinem Literaturüberblick diskutierte Bernuth – durchaus auf der Höhe des damaligen Forschungsstandes in der (Human-) Genetik – die Beziehungen zwischen Genotypus, Konstitution und Umwelteinflüssen.⁷⁰ Dabei ging es unter anderem um Studien, die eine Beziehung zwischen Körperbau und Schä-

64 Vgl. ebd., S. 110.

65 Ebd., S. 103, 108.

66 Vgl. ebd., S. 106, 109; v. Bernuth, Tic bei Kindern, S. 535, 541.

67 Vgl. Bömelburg, Arzt, S. 75. Anthropometrische Vermessungen spielten eine wichtige Rolle etwa im Rahmen kriminalbiologischer Untersuchungen. Vgl. Thomas Kailer, Vermessung des Verbrechens. Die Kriminalbiologische Untersuchung in Bayern, 1923–1945, Bielefeld 2011, S. 299–303.

68 An einer Stelle moniert Bernuth, der Verlag habe entgegen seinem Wunsch statt einer Fotografie eine Zeichnung zur Illustration benutzt. Vgl. v. Bernuth, Tic bei Kindern, S. 536.

69 Vgl. Dr. med. habil. Fritz v. Bernuth, Konstitution, in: Monatsschrift Kinderheilkunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin 83 (1940), S. 110–117.

70 Vgl. ebd., S. 110.

delformen einerseits, charakterlichen Eigenschaften und intellektuellen Fähigkeiten andererseits behaupten.⁷¹ Einige der erwähnten Arbeiten reproduzierten eindeutig rassistische Denkweisen. So fasst Bernuth ein Forschungsergebnis wie folgt zusammen: „Das Geburtsgewicht ist im Durchschnitt bei Negerkindern kleiner als bei weißen Neugeborenen, innerhalb der Rasse selbst beim Mädchen kleiner als beim Knaben.“⁷² Er selbst hielt sich mit Beurteilungen jedoch zurück. Beispielsweise zog er die Ergebnisse einer Studie an Schulkindern, die Beziehungen zwischen Kopfform und geistiger Leistungsfähigkeit nachzuweisen beabsichtigte, in Zweifel, denn es sei denkbar, „dass bei älteren oder jüngeren Kindern die Verhältnisse anders“ lägen. Klar grenzte er sich in diesem Zusammenhang von der Kranimetrie der klassischen Rassenanthropologie ab: „Außerdem kann aus diesen Untersuchungen niemals ein Schluss auf die geistigen Fähigkeiten einzelner Rassen gezogen werden, besonders nicht des nordischen Menschen, denn der nordische Mensch entwickelt sich spät.“⁷³

Auch mit so genannten „bevölkerungspolitischen Fragen“ beschäftigte sich Bernuth – und an dieser Stelle lässt sich tatsächlich der Anspruch auf eine möglichst große Öffentlichkeitswirksamkeit feststellen. Auf einer Gemeindefrauentagungskonferenz im Jahre 1934 beklagte er in einem Vortrag zum Thema eine zunehmende „Vergreisung des Volkes“ aufgrund rückgängiger Geburtenzahlen.⁷⁴ Im Gegensatz dazu wachse beispielsweise die polnische Bevölkerung stetig und werde daher künftig „bei uns einrücken“. Neben der Gefahr der „Vergreisung“ sei auch ein „Rassenniedergang“ zu befürchten:

„In der Natur wird durch den Kampf ums Dasein das Schwächliche ausge-
merzt. Wenn in einem Volk der minderwertige Teil der Bevölkerung sich stark
vermehrt, dann geht es abwärts. Minderwertige Individuen vermehren sich
leider sehr stark.“⁷⁵

71 Vgl. ebd., S. 113.

72 Ebd., S. 115.

73 Ebd., S. 114. Interessant ist, dass Bernuth sich in dieser Publikation auf ein Sammelreferat von Albert Harrasser von der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie bezog. Harrassers Studien zu Rasse, Konstitution und Psychosen, die auf statistischen Untersuchungen an der Landbevölkerung Oberbayerns beruhten, waren Bernuth augenscheinlich nicht bekannt.

74 Vgl. Schwesterntag am 1. Juli 1934, in: Schwesternbrief v. 5. Juli 1934, in: HAB, Slg. Schwesternbriefe u. -tage. Vgl. dazu: Hans-Walter Schmuhl, Die Ärzteschaft. Ein konfliktgeladener Professionalisierungsprozess, in: Stockhecke/ders., Krankenhaus Gilead, S. 151–177, hier: S. 175 f., Anm. 45.

75 Schwesterntag am 1. Juli 1934.

Es sei daher dringend erforderlich, sich über die Verpflichtung klar zu werden, „das Leben unseres Volkes gegen die verderblichen Mächte“ und gegen den „Rassenselbstmord“ zu schützen. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sei daher unumgänglich notwendig.⁷⁶ Die biopolitischen Maßnahmen der Nationalsozialisten kombinierten den Ansatz der Förderung mit dem Prinzip des Ausschlusses. Als daraus abgeleitete Grundlage des ärztlichen Handelns sieht Gerhard Baader das widerspruchsfreie Nebeneinander von „Heilen und Vernichten“.⁷⁷ Da nicht zuletzt Gesamt-Anstaltsleiter Pastor Friedrich v. Bodelschwingh d. J. der „Eugenik“ vorsichtig aufgeschlossen gegenüberstand,⁷⁸ ist es kaum überraschend, dass auch das medizinische Personal Interesse bekundete und sich daran beteiligte, die Theorie in die berufliche Praxis zu übertragen.⁷⁹

76 Ebd. Zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vgl. Arthur Gütt/Ernst Rüdin/Falk Ruttke, Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933, München 1934; dies., Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsbestimmungen, 2. Aufl. München 1936; Gisela Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik, 2. Aufl. Münster 2010 (die Erstauflage stammt aus dem Jahre 1986 und trug den Untertitel „Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik“); Astrid Ley, Nationalsozialistische Erbesundheitspflege im Spannungsfeld gesellschaftlicher Interessen: ideologische, ökonomische und medizinische Ziele des Sterilisierungsgesetzes, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele, Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002, S. 187–196; dies., Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945, Frankfurt am Main/New York 2004; Udo Benzenhöfer, Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Münster 2006.

77 Vgl. Gerhard Baader, Heilen und Vernichten. Die Mentalität der NS-Ärzte, in: Angelika Ebbinghaus/Klaus Dörner (Hg.), Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen, Berlin 2001, S. 275–294, hier: S. 291–294. Als eine differenzierte Sichtweise vgl. Süß, Volkskörper, S. 370–380. Süß beschreibt und interpretiert das Verhältnis zwischen Normen und Praxis ärztlichen Handelns. Zum Transformationsprozess vgl. Andreas Frewer, Entwicklungsprozesse auf dem Weg zur Moral des NS-Staates: Diskussionen im Spiegel der Zeitschrift „Ethik“ 1922–1938, in: ders./Josef N. Neumann (Hg.), Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950, Frankfurt am Main/New York 2001, S. 143–166,

78 Vgl. Hans-Walter Schmuhl, Gilead im Nationalsozialismus, in: Stockhecke/ders., Krankenhaus Gilead, S. 311–333, hier: S. 322; ders., Fritz v. Bodelschwingh, die Ärzte und der medizinische Fortschritt, in: Matthias Benad (Hg.), Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten. Frömmigkeit und Weltgestaltung, Stuttgart/Berlin/Köln 1997, S. 101–117, hier: S. 115 ff.

79 Vgl. Schmuhl, Gilead im Nationalsozialismus, S. 323.

Das führte unter anderem dazu, dass die Betheler Krankenhäuser bei der Umsetzung der Zwangssterilisierung mitwirkten. So wurden etwa im Krankenhaus „Nebo“ zwischen 1934 und 1944 mindestens 1.092 Personen sterilisiert und in Gilead mindestens 375 Frauen und 123 Männer.⁸⁰ In einem Fall wurde die „Unfruchtbarmachung“ im vorausseilenden Gehorsam sogar noch vor dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durchgeführt.⁸¹

In einem Leitfaden für die Pflege aus dem Jahre 1940 wiederholte Bernuth, der im Jahre 1936 der NSDAP beigetreten war,⁸² seine Positionen.⁸³ Zwischen Ausführungen zu Schwangerschaft, Geburt, Säuglingen und Kleinkindern im vorderen Buchteil (S. 5–49) sowie der Beschreibung von Kinderkrankheiten und ihrer Behandlung (S. 59–154) befindet sich ein Abschnitt mit dem Titel „Bevölkerungspolitische Fragen“.⁸⁴ Es handelt sich um einen neunseitigen geschlossenen Textbaustein, den Bernuth vermutlich mit der Absicht in die chronologische Struktur eingefügt hatte, das Wirken von Ärzten und Pflegepersonal zu politisieren, nicht zuletzt auch über eine klare Befürwortung von Sterilisationen.⁸⁵ In dem Textbaustein propagierte er unverhohlenen NS-Positionen, wie etwa die Unterordnung des Individuums unter die „Volksgemeinschaft“:

„Kinder, die gelernt haben, sich unterzuordnen, werden auch vom Standpunkt der Volksgemeinschaft später die wertvolleren Menschen. Die anderen müssen als Erwachsene erst eine schwere Schule durchmachen, weil das Elternhaus es versäumt hat, sie von dem Ichgedanken abzubringen.“⁸⁶

Gleichermaßen stellte er die nationalsozialistische Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik als vorbildlich heraus. In einem Zitat heißt es:

80 Vgl. ebd., S. 324.

81 Vgl. ebd.

82 Vgl. Mitgliedsausweis der NSDAP, Dr. med. Fritz von Bernuth, Bundesarchiv Berlin, Personalunterlagen v. Bernuth. Im Jahre 1936 gehörten 30,82 % aller deutschen Ärzte der NSDAP an. Vgl. Rüther, Standeswesen, S. 167.

83 Vgl. Fritz v. Bernuth, Leitfaden für den Kursus der Säuglings- und Kinderschwestern am Kinderkrankenhaus der Westf. Diakonissenanstalt „Sarepta“ in Bethel bei Bielefeld, Bethel 1940.

84 Vgl. ebd., S. 50–58. Der Titel des Kapitels lautet „Bevölkerungspolitische Fragen“. Allgemein zur NS-Bevölkerungspolitik vgl. Rainer Mackensen (Hg.), Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im „Dritten Reich“, Opladen 2004.

85 Vgl. Bernuth, Leitfaden, S. 55–58. Grundsätzlich zum Verhältnis von Medizin und Politik vgl. Weidner, Unpolitische Profession.

86 Bernuth, Leitfaden, S. 48.

„Das Absinken der Geburtenzahl wurde schon früher von vielen Leuten, besonders von Ärzten, mit großer Sorge verfolgt. Der Staat tat aber nichts, um dies zu ändern. Dies ist jetzt anders geworden, seit der Nationalsozialismus an die Macht gekommen ist.“⁸⁷

Ohne die gesetzgeberischen Maßnahmen im Bereich der Bevölkerungspolitik, etwa die Einführung von Ehestandsdarlehen oder Steuererleichterungen für Kinderreiche, hätten sich die Deutschen zu einem Volk ohne Kinder entwickelt und wären zunehmend „vergreist“.⁸⁸ Stillstand oder Rückgang der Bevölkerungszahl, so der Verfasser, bedeute für jedes Volk den Anfang vom Ende. „Das ist freiwilliger Volkstod.“⁸⁹ Vor dem Hintergrund des Kriegsbeginns griff Bernuth auch seine antipolnischen Ressentiments wieder auf. Falls, so der Mediziner, auf lange Sicht „die Bevölkerungszahl bei den Polen ebenso groß oder größer geworden wäre als unsere“, dann „wäre es ganz selbstverständlich gewesen, dass die Polen sich den notwendigen Lebensraum bei uns geholt hätten.“⁹⁰ Entsprechend sah Bernuth „das große Verdienst des nationalsozialistischen Staates“ darin, „diese Gefahren erkannt und energisch etwas zu ihrer Abwehr getan zu haben“.⁹¹ Die Stellungnahme legitimierte zumindest indirekt den Angriffskrieg gegen Polen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine antisemitische Positionierung:

„Die Rassenfrage will ich hier nur kurz streifen. Jeder hat Gelegenheit gehabt, die jüdischen Zersetzungserscheinungen in den letzten Jahrzehnten im deutschen Volke zur Genüge selbst zu beobachten. Deshalb wurden die Nürnberger Gesetze vom Jahre 1935 erlassen, die eine Verbindung zwischen deutschblütigen Menschen und Juden oder Halbjuden verbieten.“⁹²

Es ist nicht zu übersehen, dass Bernuth auf öffentlichen Veranstaltungen und in der Fachliteratur klare Bekenntnisse zur Volksgemeinschaftsideologie, zur nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, zur Zwangssterilisierung und zum Antisemitismus als Rahmenbedingungen für medizinisches und pflegerisches Wirken aussprach. Damit folgte der Chefarzt dem Vorbild staatlicher Ausbildungslektüre für Krankenpflegepersonal. Wie Christoph

87 Vgl. ebd., S. 52.

88 Ebd., S. 53.

89 Ebd.

90 Ebd.

91 Ebd.

92 Ebd., S. 58.

Schweikardt am Beispiel des amtlichen „Krankenpflege-Lehrbuchs“ nachweist, wurden bei Neuauflagen sukzessive Themen wie „Erb- und Rassenpflege“ oder „Volksgemeinschaft“ sowie Legitimationen der Zwangssterilisationen ergänzt und fanden so auch vermehrt Eingang in die medizinische und pflegerische Praxis.⁹³ Was Bernuth jedoch konkret bewogen hatte, muss unklar bleiben. Der Nachdruck, mit dem er seine Gedanken vortrug, spricht dafür, dass er sich tatsächlich dem Nationalsozialismus angenähert hatte und dass es ihm darum ging, das protestantische Bethel-Milieu – und damit nicht zuletzt auch das Personal im Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ – auf eine NS-Linie zu bringen. Möglicherweise ging es ihm aber auch darum, durch ostentative Stellungnahmen und martialische Rhetorik das traditionelle konfessionelle Wirken vor Ort präventiv gegen Angriffe von außen abzusichern. Schließlich waren den nationalsozialistischen Machthabern zum Beispiel die seelsorglichen Aktivitäten Bethels etwa im Bereich des Wehrmachtslazarets suspekt.⁹⁴

Auch wenn Bernuths Stellungnahmen in vielerlei Hinsicht mit den Forderungen der Rassenhygieniker übereinstimmten, finden sich keine Aussagen zur „Euthanasie“. Derartige Stellungnahmen, sofern es sie gegeben haben sollte, dürften wohl eher intern oder im privaten Rahmen getätigt worden sein.⁹⁵ Insofern lässt sich an dieser Stelle auch nicht klären, ob und gegebenenfalls wann, durch wen und in welchem Ausmaß er Kenntnis von den laufenden Mordprogrammen genommen hatte.

93 Vgl. Christoph Schweikardt, Zur Popularisierung nationalsozialistischer Erb- und Rassenlehren in den amtlichen Krankenpflegelehrbüchern zwischen 1933 und 1945, in: Stefanie Westermann/Richard Kühl/Dominik Groß (Hg.), *Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“*. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“, Berlin 2009, S. 127–139.

94 Vgl. Karsten Wilke, Das Lazarettwesen in Bethel während des Ersten und des Zweiten Weltkrieges. Das Krankenhaus Gilead im Dienste der Kriegführung, in: Stockhecke/Schmuhl, *Krankenhaus Gilead*, S. 293–308, hier: S. 303. Als grundlegende Arbeit zum Wehrmachtslazarett vgl. Kerstin Stockhecke, „Kriegsdienst der Anstaltsgemeinde“ – Das Reservelazarett in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel im Zweiten Weltkrieg, in: Bernd Hey (Hg.), *Kirche in der Kriegszeit 1939–1945*, Bielefeld 2005, S. 79–99.

95 So verhielt es sich etwa bei Ibrahim. Vgl. Kommissionsbericht, S. 26–45.

2.3 Veröffentlichungen nach 1945

Im Pflegeleitfaden aus dem Jahre 1940 verknüpfte Bernuth die theoretische Auseinandersetzung mit Pflege und Heilung mit der praktischen Arbeit. Eindeutig verfolgte er mit dieser Publikation die Absicht, das medizinische und pflegerische Wirken in Einklang mit den Vorstellungen des Nationalsozialismus zu bringen.

Nach 1945 jedoch geriet das umgehend in Vergessenheit. Bereits 1948 wurde ihm von den alliierten Besatzungsbehörden die Möglichkeit eingeräumt, sich erneut als Forscher zu profilieren. In dem durch die Militärregierungen der Westzonen herausgegebenen „Fiat Review of German Science“ konnte er Beiträge zu den Themen „Konstitution“ und „Rachitis und Tetanie“ veröffentlichen.⁹⁶ Mit dem Fiat-Review beabsichtigten die Besatzungsbehörden, die während der Kriegszeit von deutschen Wissenschaftlern verfolgten Forschungsansätze sowie die dabei erzielten Erkenntnisfortschritte im Bereich der Mathematik, der Medizin und der Naturwissenschaften zusammenzustellen.⁹⁷ Dem Betheler Kinderarzt wurde so quasi von Amts wegen eine Rolle als wissenschaftliche Autorität – und nicht zuletzt auch eine distanzierte Haltung zum NS-System – bestätigt. Die Veröffentlichungen im Fiat-Review boten ihm daher eine Möglichkeit, sich selbst zu „entnazifizieren“ und seine Lobreden auf die NS-Bevölkerungspolitik vergessen zu machen.

Hinzu kam in dieser Situation die vorbehaltlose Unterstützung durch die Westfälische Diakonissenanstalt Sarepta. Vorsteher Pastor Erich Meyer bestätigte seinem Mitarbeiter im April 1947 schriftlich, dieser habe während seiner gesamten Zeit als Chefarzt unterschiedslos jedem Hilfesuchenden ohne Ansehen der Person nach Kräften geholfen.⁹⁸ Zudem habe er jederzeit auf die Grundhaltung des Mutterhauses Rücksicht genommen, und eine politische Beeinflussung der Schwestern und anderer Mitarbeiter habe niemals stattgefunden.⁹⁹ Der Blick auf Bernuths Vortragstätigkeit sowie die Analyse seiner Ausbildungslektüre lassen vermuten, dass Pastor Meyers Referenz ein klassischer „Persilschein“ war. Es verwun-

96 Vgl. Fritz v. Bernuth, Konstitution, in: Hans Kleinschmidt (Hg.), Fiat Review of German Science 1939–1946. Pediatrics, Wiesbaden 1948, S. 17–28; v. Bernuth, Rachitis und Tetanie, in: ebd., S. 73–88. Bei einer Tetanie handelt es sich um eine Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln.

97 Vgl. R. J. Mausnell/Verbigier de St. Paul/Ralph M. Osborne, Foreword, in: ebd., unpaginiert.

98 Vgl. Bestätigung Meyer, 3.4.1947, HAB, Sar 1, 665.

99 Vgl. ebd.

dert nicht, dass der Vorsteher den Chefarzt derart nachdrücklich vor möglichen unangenehmen Nachfragen in Schutz nahm. Schließlich war dieser nicht nur verantwortlich für die Ausbildung von Kinder- und Säuglingskrankenschwestern, sondern auch für die Schulung von Kindergarten- und Gemeindegewestern.¹⁰⁰

2.4 Friedrich v. Bernuth: eine Zusammenfassung

Auf Basis der vorliegenden Quellen – vor allem wissenschaftliche Beiträge und andere Veröffentlichungen – kann kein vollständiges Bild der Person Friedrich v. Bernuths gezeichnet werden. Die Habilitationsschrift und andere Arbeiten deuten aber zweifellos auf fachlichen Ehrgeiz und auf einen Wunsch nach Profilierung innerhalb der *scientific community* hin. Der Wechsel nach Bethel war in dieser Hinsicht kein Karrieresprung. Auf seine Qualifikationsarbeit folgten seit Mitte der 1930er Jahre lediglich kleinere Studien oder Zusammenfassungen. Als Chefarzt eines der modernsten Kinderkrankenhäuser Deutschlands dürfte ihm für aufwändige Forschungen unter anderem auch die notwendige Zeit gefehlt haben. Stattdessen profilierte er sich als verantwortlicher Institutsleiter, Mediziner, Ausbilder, Redner und Autor. Sein Name stand beinahe zwei Jahrzehnte lang stellvertretend für die Pädiatrie im Kantonsiektal und wird heute noch mit großem Respekt genannt.¹⁰¹

Seit 1934 äußerte sich Bernuth öffentlich zustimmend zu den politischen Maßnahmen der NS-Führung, und 1936 trat er selbst der NSDAP bei. Im Jahre 1940 veröffentlichte er in einem Pflegelehrbuch klare Bekenntnisse zur NS-Bevölkerungspolitik und legitimierte die Zwangssterilisierungen. Seine Äußerungen zielten vermutlich darauf, Medizin und Pflege im Sinne des Nationalsozialismus politisch einzufärben. Es ist durchaus denkbar, dass sich die Annäherung an die Bevölkerungspolitik der Nationalsozialisten in Bernuths täglicher Arbeit als Krankenhausarzt und Chef niedergeschlagen hat. In welchem Ausmaß das möglicherweise der Fall war und

100 Vgl. v. Bernuth, Art. „Kinderkrankenhaus“, in: Jahresbericht 1935 der Westfälischen Diakonissenanstalt „Sarepta“, S. 25–26. Grundsätzlich zur Schwesternausbildung vgl. Kerstin Stockhecke, Die Diakonissen und das Krankenhaus Gilead. Zwischen christlicher Liebestätigkeit und Professionalisierung der Krankenpflege, in: dies./Schmuhl, Krankenhaus Gilead, S. 81–126.

101 Vgl. Art. „Das Ende vom alten Bielefeld. Am 30. September 1944 griffen Bomber die Stadt an – Zeitzeuge Wolfgang Schlüter erinnert sich“, in: Westfalen-Blatt, 30.9.2014.

mit welchem Nachdruck er gegebenenfalls auch versucht haben könnte, in „Sonnenschein“ derartige Impulse zu setzen, ist nicht zu klären. Schließlich lässt sich nicht von theoretischen Ausführungen auf die tägliche Arbeit und das kollegiale Miteinander schließen, zumal der Chefarzt in einem protestantischen Milieu agierte, das seine Kompetenzen weitaus stärker eingeschränkt haben dürfte, als es etwa an einem staatlichen Krankenhaus der Fall gewesen wäre. Für eine Beantwortung dieser Frage bedürfte es jedenfalls einer geschlossenen Dokumentenüberlieferung mit Dienstverordnungen, Berichten und Eingaben, aber auch persönlicher Zeugnisse wie Privatbriefe oder Tagebücher. Bedauerlicherweise gibt es aber nur sehr wenige Quellen zum Kinderkrankenhaus.

3. Das Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“

Durch die Heranziehung von Akten der regionalen Gesundheitsbehörden aus dem nordrhein-westfälischen Landesarchiv in Detmold soll dennoch versucht werden, weiterführende Erkenntnisse zur Situation des Krankenhauses seit den späten 1930er Jahren zu erschließen. Zunächst jedoch werden die Vorgeschichte seiner Errichtung, der medizinische Ansatz sowie die Umstrukturierungen vor dem Zweiten Weltkrieg nachvollzogen.

3.1 Vorgeschichte und Entwicklung

Kinderheilkunde gilt seit dem Ende des 18. Jahrhunderts als eigenständige medizinische Disziplin. Das erste Kinderkrankenhaus in Deutschland, eine Abteilung innerhalb der Berliner Charité, entstand 1830.¹⁰² Das im Jahre 1885 eröffnete Betheler „Kinderheim“ war ursprünglich als Säuglings- und Erziehungsheim für Waisen konzipiert worden, entwickelte sich aber während der 1920er Jahre zunehmend zu einem Kinderkrankenhaus mit

102 Vgl. Ute Miller, Zur Geschichte Münchner Kinderkrankenhäuser (Kinderpoliklinik der Universität München, Universitätskinderklinik im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital, Kinderkrankenhaus München-Schwabing, Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße, Kinderheilstätte Galssach), München 1964, S. 5 f. Ebenso vgl. Stephan Judick, Ein Prozess im Wandel der Zeit. Geschichte und Gegenwart der Kranken- und Kinderkrankenpflege, in: Sabine Trosse (Hg.), Eine Stadt im Spiegel der Heilkunst. Streiflichter zu 850 Jahren Fritzlarer Hospitalwesen, Kassel 1998, S. 170–181; Bleker/Hess, Charité.

akutmedizinischer Behandlung.¹⁰³ So kam es ab 1925 zu systematischen Umstellungen. Kinder ab einem Alter von drei Jahren sollten nunmehr in anderen Bethel-Häusern untergebracht werden, während die Abteilung für Säuglinge vergrößert wurde. Außerdem wurde die Anzahl der Schwestern zwischen 1920 und 1928 von 15 auf 22 erhöht.¹⁰⁴

Das Inventar allerdings entsprach zu diesem Zeitpunkt nicht mehr den technischen Anforderungen, und aufgrund der beengten Unterbringungssituation bestand dort ein hohes Infektionsrisiko. Eine Masernepidemie führte dann auch „handgreiflich vor Augen [...], dass große Säle sich für ein Kinderheim“ nicht empfahlen.¹⁰⁵ Folgerichtig konstatierte Friedrich v. Bodelschwingh d. J., dass sich „aus dem vielfach angeflickten und umgebauten Haus [...] mit aller Kunst kein Säuglingsheim und Kinderkrankenhaus gestalten“ lasse, „in dem die Mittel heutiger Wissenschaft und Pflege“ umgesetzt werden könnten.¹⁰⁶ Regelmäßig mussten daher Patientinnen und Patienten mit hohem Aufwand zur Behandlung in das im Jahre 1913 eröffnete Erwachsenenkrankenhaus Gilead verlegt werden.¹⁰⁷ Die kleine dort bestehende Kinderstation reichte jedoch gleichermaßen nicht aus, um den Bedarf zu decken.¹⁰⁸

Bereits seit 1916 gab es in Sarepta Überlegungen für den Neubau eines Kinderkrankenhauses; der Erste Weltkrieg und seine wirtschaftlichen Folgen verhinderten jedoch zunächst die Realisierung.¹⁰⁹ Im Jahre 1929 wurde schließlich das Säuglings- und Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ eröffnet. Es bot Platz für bis zu siebenzig Kinder und achtzig Säuglinge.¹¹⁰ Anfangs befand sich unter ihnen auch eine Anzahl gesunder

103 Vgl. Einweihung des neuen Kinder- und Säuglingskrankenhauses der westf. Diakonissenanstalt Sarepta. Rede Dr. Hanns Löhrs bei der ersten Besichtigung am 22. April 1929, S. 1–3, HAB, Sar 1, 1404, hier: S. 1 f.

104 Vgl. Stockhecke, Diakonissen, S. 96.

105 Spendenaufruf „Wer hilft mit?“, Weihnachten 1927, HAB, Slg. B II 7,1, Nr. 7.

106 Friedrich von Bodelschwingh d. J., „Der Weg in die Sonne“, hektograph. Blatt, v. Herbst 1928, HAB, Slg. B II 7,1, Nr. 7.

107 Vgl. Rede Dr. Hanns Löhrs bei der ersten Besichtigung am 22. April 1929, S. 1 f. Allgemein zum Krankenhaus Gilead vgl. Wilke, Medizinische Entwicklung; ders., Die Baugeschichte Gileads. Die Entwicklung eines konfessionellen Krankenhauses vom Konkurrenzbetrieb zum kommunalen Markenzeichen, in: Stockhecke/Schmuhl, Krankenhaus Gilead, S. 45–79.

108 Vgl. Statistik, 17.8.1914, in: HAB, Sar 1, 1404. Danach wurden im August 1914 nur 13 Kinder in Gilead behandelt.

109 Vgl. Stockhecke, Diakonissen, S. 94.

110 Vgl. Die Verwaltung der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta an die Redaktionen des „Aufwärts“, der Westfälischen Zeitung, des Generalanzeigers Bielefeld, 17.4.1929, HAB, Sar 1, 1404.

Pflegekinder.¹¹¹ Anstelle eines Waisenheims mit Krankenhausbetten befand sich in Bethel nunmehr ein Kinderkrankenhaus mit Platz für elternlose Minderjährige.¹¹² Neben Gilead und dem Infektionskrankenhaus Samaria bildete „Sonnenschein“ das dritte Standbein des Krankenhaustals am Kantensiek. Der Name „Sonnenschein“ stand für den zeitgemäßen Ansatz, Heilungsprozesse durch Luft- und vor allem Lichtbehandlung zu unterstützen.¹¹³ Daher wurden großflächige Schiebefenster und Liegebalcone installiert sowie Rampen und Brücken, um die Betten bei sonnigem Wetter in den Gartenbereich schieben zu können.¹¹⁴ Die so genannte Heliotherapie wurde seit dem Ende des 19. Jahrhunderts unter anderem bei der Behandlung von tuberkulösen Hauterkrankungen, Knochentuberkulose, Rachitis, Windpocken und Wunden angewandt.¹¹⁵

Die Ausstattung des Krankenhauses galt insgesamt als zweckmäßig. Wichtige Neuerungen waren die Auflösung der großen Schlafsäle sowie die Einrichtung eines modernen Wirtschaftsbereichs.¹¹⁶ Die Auslastung war zunächst – wohl aufgrund der Wirtschaftskrise – nur sehr gering. Im Jahre 1930 wurden lediglich 422 Kinder behandelt.¹¹⁷ Das änderte sich jedoch spätestens seit Mitte der 1930er Jahre; zunehmend stellte sich heraus, dass in Bielefeld und Umgebung ein erheblicher Bedarf bestand. Im Jahre 1930 wurden 32.817 Pfl egetage abgerechnet, 1934 waren es 33.352 und

111 Vgl. Bernuth, Art. „Kinderkrankenhaus“, S. 25.

112 Vgl. Kirschsieper an den Ehrenbürgermeister des Amtes Gadderbaum, 12.8.1931, HAB, Sar 1, 1404.

113 Vgl. Axel Hinrich Murken, Das kommunale und konfessionelle Krankenhaus in Deutschland von der Biedermeierzeit bis zur Weimarer Republik, in: Hans Heinrich Blotvogel (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik, Köln/Wien 1990, S. 81–116, hier: S. 112.

114 Vgl. Bernuth, Art. „Kinderkrankenhaus“, S. 25; Rede Dr. Hanns Löhrs bei der ersten Besichtigung am 22. April 1929, S. 2. Nach einem ähnlichen Konzept wurde beispielsweise zwischen 1929 und 1931 die Kinderheilanstalt Harzgerode errichtet. Vgl. Falko Grubnitzsch, Die Kinderheilanstalt Harzgerode – ein Beispiel modernen Krankenhausbaus zwischen den Weltkriegen, in: *Historia Hospitalium. Zeitschrift der deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 21 (1998–1999), S. 258–279.

115 Vgl. Heinrich Lampert, *Physikalische Therapie. Richtlinien für den Praktischen Arzt*, Dresden/Leipzig 1938, S. 86–93; Auguste Rollier, *Die Heliotherapie. Fünfundvierzigjährige Erfahrungen mit der Sonnenkur insbesondere bei der chirurgischen Tuberkulose*, München/Berlin 1951. Zeitgenössisch vgl. Auguste Rollier, *Die Heliotherapie der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung ihrer chirurgischen Formen*, Berlin 1913.

116 Vgl. Rede Dr. Hanns Löhrs bei der ersten Besichtigung am 22. April 1929, S. 3.

117 Vgl. Stockhecke, *Diakonissen*, S. 96.

1935 schließlich 42.092. Die Anzahl der behandelten Kinder stieg zwischen 1930 und 1935 von 422 auf 809¹¹⁸ bis hin zu 1.332 im Jahre 1939.¹¹⁹ Für die Pflege standen Mitte der 1930er Jahre vierzig Schwestern zur Verfügung;¹²⁰ bis 1950 stieg ihre Anzahl auf 65.¹²¹

Mit Friedrich v. Bernuths Dienstantritt Ende des Jahres 1931 ging eine bedeutsame Umstrukturierung einher. Sie betraf die Zweifachfunktion „Sonnenschein“ als Krankenhaus und Kinderheim. Ursprünglich waren noch die Hälfte der Versorgten gesunde Pflegekinder im Alter von bis zu vier Jahren, 1930 waren es dreißig Prozent, 1931 nur noch 15 Prozent, und bis Anfang 1932 wurden schließlich alle Waisen und Pflegekinder in andere Häuser Bethels umquartiert.¹²² Das lag zum einen an den verstärkten Bemühungen der Fürsorgeämter um eine Unterbringung in Familien, zum anderen aber auch daran, dass die Anzahl der Aufnahmegesuche für erkrankte Kinder deutlich angestiegen war.¹²³ Als ambitionierter Mediziner und Forscher dürfte Bernuth diese Entwicklung ausdrücklich unterstützt haben. In welcher Hinsicht er sie möglicherweise selbst aktiv forcierte, ist aber nicht zu klären.

Ähnlich wie das erste im Kantensiektal errichtete Krankenhaus Gilead übernahm auch „Sonnenschein“ eine Doppelrolle als Stadtkrankenhaus und ländlicher Versorger. Mit der Gründung Gileads hatte Sarepta zu Beginn des 20. Jahrhunderts beabsichtigt, auf die Industriearbeiterschaft der nahe gelegenen Stadt Bielefeld als Patientinnen- und Patientengruppe zuzugreifen, um so nicht zuletzt auch in einen wirtschaftlichen Konkurrenzkampf mit dem im Jahre 1899 eröffneten und in dieser Phase noch nicht mit Gewinn arbeitenden städtischen Klinikum an der Oelmühlenstraße einzutreten.¹²⁴ Hinzu kam, dass der besondere medizinische Standard Gileads bis weit in die Region ausstrahlte, so dass sich sein Einzugsbereich schnell vom Ruhrgebiet bis nach Minden erweiterte – mithin also über das gesamte östliche Westfalen – und auch auf das Land Lippe. Zweifellos profitierte auch das Kinderkrankenhaus von dem ausgezeichneten

118 Vgl. Bernuth, Art. „Kinderkrankenhaus“, S. 25.

119 Vgl. Stockhecke, Diakonissen, S. 97.

120 Vgl. ebd.

121 Vgl. Unbekannter Verfasser, Jahresbericht des Kinderkrankenhauses der Westfälischen Diakonissenanstalt „Sarepta“ der Jahre 1950, 1951 und 1952, undatiert [1953], S. 0–8, HAB, Sar 1, 1404, hier: S. 2.

122 Vgl. Bernuth, Art. „Kinderkrankenhaus“, S. 25.

123 Vgl. ebd.

124 Vgl. Wilke, Baugeschichte, S. 53; Willi Langefeld/Reinhard Spree, Die Finanzwirtschaft des Allgemeinen Krankenhauses Bielefeld 1843–1913, in: Labisch/Spree, Krankenhaus-Report, S. 245–271, hier: S. 263–269.

Ruf der Erwachsenenklinik. Entsprechend wurden Ende der 1930er Jahre Kinder aus Bielefeld und Umgebung sowie aus Großstädten wie Dortmund und Aachen eingeliefert, aber auch aus stark ländlich geprägten Bereichen etwa im Umland von Lübbecke, Minden, Herford, Gütersloh¹²⁵ oder Höxter.¹²⁶

3.2 Kriegsbedingte Veränderungen in Bethel

Der Beginn des Krieges stellte Bethel vor zusätzliche Herausforderungen. Dazu gehörte der Betrieb eines großen Reservelazaretts in Gilead.¹²⁷ Im Hauptgebäude selbst wurden mit deutlich über 200 Betten etwa zwei Drittel der Kapazität für Lazarettzwecke genutzt; hinzu kamen in ganz Bethel bis zu 25 weitere Unterbringungsorte für verwundete und kranke Wehrmachtsangehörige.¹²⁸ Es liegt nahe zu vermuten, dass der Ausstattung des Lazaretts mit Personal, Nahrungsmitteln und Medikamenten zumindest zeitweise eine übergeordnete Priorität gegenüber der Versorgung der Pfleglinge oder ziviler Patientinnen- und Patientengruppen eingeräumt wurde. Ob und in welcher Hinsicht das aber tatsächlich der Fall war, ist bisher nicht geklärt. In wirtschaftlicher Hinsicht jedenfalls profitierten die v. Bodelschwingschen Anstalten durchaus von der Einrichtung des Lazaretts, da ein Teil der Generalunkosten über den Betrieb des Lazaretts bestritten werden konnte.¹²⁹ Hinzu kam zumindest während der ersten Kriegshälfte ein vergleichsweise hohes Spendenaufkommen, so dass im internen Schriftverkehr sogar von einer „Geldstauung“ die Rede war.¹³⁰

Eng verbunden mit der Nutzung des Krankenhauses im Dienste der Kriegführung waren umfangreiche Luftschutzmaßnahmen. Dazu gehörten ganz besonders der Aus- und Umbau von Kellerräumen zu provisorischen Krankenzimmern.¹³¹ Dass derartige Maßnahmen auch im Kinderkrankenhaus durchgeführt wurden, ist unwahrscheinlich. Ein großzügiger Bäder- oder Rehabilitationsbereich, der sich für die Aufstellung von

125 Vgl. Datensatz 1939.

126 Vgl. Datensatz 1942.

127 Dazu vgl. Stockhecke, Kriegsdienst; Wilke, Lazarettwesen, S. 301–304.

128 Vgl. ebd., S. 301; Unbekannter Verfasser an den Landrat in Bielefeld, 15.7.1940, LAV NRW OWL, MI I M, 931.

129 Vgl. Dietrich an v. Bodelschwingh, 23.3.1942, HAB, BeKa I, Nr. 14.

130 Vgl. ebd.

131 Vgl. Wilke, Baugeschichte, S. 64 f.

Betten hätte eignen können, war in den unterirdischen Gebäudebereichen „Sonnenscheins“ nicht vorhanden.¹³²

Der Bombenkrieg wirkte sich noch auf eine andere Weise aus. Die v. Bodelschwingschen Anstalten gerieten als Notquartier für Ausgebombte in den Blick der regionalen Verwaltung¹³³ und stellten für Familien aus Bielefeld präventiv ein Platzkontingent bereit.¹³⁴ Und auch Bedürftigen aus weiter abgelegenen Orten wurde geholfen. Im Sommer 1943 etwa kamen achtzig Waisenkinder aus dem stark zerstörten Wuppertal-Barmen.¹³⁵ Zu diesem Zeitpunkt, so scheint es, gingen die Behörden noch davon aus, dass die Häuser Bethels für eine gewisse Sicherheit garantieren konnten. Sie favorisierten daher zunächst die Möglichkeit, hier durch Umstrukturierungen des Betriebs zusätzliche Kapazitäten für Bedürftige zu schaffen.¹³⁶ Da die alliierten Fliegerangriffe sich zunehmend aber auch gegen Städte im Zentrum Deutschlands richteten, stellte sich bald heraus, dass das Bethel- und das Kantensiektal in der unmittelbaren Nähe zu den industriell geprägten Städten Brackwede und Bielefeld keineswegs sichere Orte waren. In den letzten Kriegsmonaten kam es mehrfach zu Luftangriffen auf das Kantensiektal, die Zerstörungen hinterließen und Todesopfer forderten.¹³⁷ Berichte über größere Schäden am Kinderkrankenhaus sind jedoch nicht überliefert.¹³⁸

Der zunehmenden Bedrohung wurde durch eine vermehrte Verlegung von Patientinnen und Patienten in die seit Kriegsbeginn errichteten Hilfskrankenhäuser begegnet.¹³⁹ Dezentral, an verschiedenen Orten in der Re-

132 Vgl. Rede Dr. Hanns Löhrs bei der ersten Besichtigung am 22. April 1929, S. 3.

133 Vgl. Der Regierungspräsident in Minden an Fründt, Klein, Fenner, 15.3.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932.

134 Vgl. Bodelschwingh an den Landrat des Kreises Bielefeld, 9.6.1943, LAV NRW OWL, M1 I M, 878.

135 Vgl. ebd.; Oberbürgermeister der Stadt Wuppertal an den Landrat des Kreises Bielefeld, 5.6.1943, LAV NRW OWL, M1 I M, 878; v. Stosen an den Reichsverteidigungskommissar für den Reichsverteidigungsbezirk Westfalen-Nord, 16.6.1943, LAV NRW OWL, M1 I M, 878. Zum Bombenangriff auf Barmen am 30. Mai 1943 vgl. Hans-Joachim de Bruyn-Ouboter, 1200 Jahre Barmen. Die Stadtgeschichte, Wuppertal 2009, S. 193–217.

136 Vgl. Unbekannter Verfasser an den Landrat in Bielefeld, 15.7.1940.

137 Vgl. Wilke, Baugeschichte, S. 64.

138 Vgl. Bericht über den Umfang der beim Angriff vom 29.1.1945 in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel eingetretenen Schäden, 1.2.1945, S. 1–3, LAV NRW OWL, M1 I M, 650; Landrat des Landkreises Minden an den Regierungspräsidenten, 28.2.1945, LAV NRW OWL, M1 I M, 650.

139 Vgl. Verzeichnis der zur Einrichtung eines Hilfskrankenhauses beschafften Gegenstände, undatiert, S. 1–4, LAV NRW OWL, M1 I M, 931.

gion, waren derartige Stellen eingerichtet worden, ursprünglich um die für das Reservelazarett benötigten Betten zu ersetzen. Im Evangelischen Mädchen- und Frauenheim Ummeln¹⁴⁰ beispielsweise begannen die erforderlichen Bauarbeiten bereits Ende 1939.¹⁴¹ Hier wurde eine Abteilung zur Behandlung von geschlechtskranken Mädchen und Frauen mit Platz für vierzig Patientinnen eingerichtet, dazu kamen einige Betten im Möllerstift in Brackwede.¹⁴² Ab 1943 begannen dann in Bethel die großen Evakuierungen. Aus Gilead wurden 110 Personen – darunter vermutlich die Zivilisten – verlegt, aus „Samaria“ 105 Personen – hier blieben lediglich eine kleine Beobachtungsstation für Infektionskranke und etwa ein Dutzend Tbc-Betten bestehen –, aus „Gibeon“ 25 und aus dem Kinderkrankenhaus 225.¹⁴³ Untergebracht wurden die Patientinnen und Patienten in der Senne, in Werther oder in anderen Bethel-Häusern wie dem „Studentenheim“ oder „Kapernaum“.¹⁴⁴

Bis zum Zeitpunkt des Umzugs lassen sich so gut wie keine Informationen über die medizinische Versorgung in „Sonnenschein“ erschließen, und Hinweise auf Überbelegungen finden sich nicht.¹⁴⁵ Vermutlich achteten die einweisenden Ärzte und möglicherweise auch das Personal um Dr. Friedrich v. Bernuth, Assistenzarzt Dr. Werner Hempfing¹⁴⁶ und Assistenzärztin Dr. Wilma Engelhardt¹⁴⁷ entsprechend den Weisungen der Bezirksregierung darauf, dass lediglich Schwerstkranke stationär aufgenommen wurden.¹⁴⁸ Hinzu kam das bereits in der Vorkriegszeit erkannte Pro-

140 Dazu vgl. Ulrike Winkler, „Gehste bummeln, kommste nach Ummeln“. Sarepta-Diakonissen in der Fürsorgeerziehungsarbeit (1946–1979), in: Matthias Benad/Hans-Walter Schmuhl/Kerstin Stockhecke (Hg.), Endstation Freistatt, Fürsorgeerziehung in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel bis in die 1970er Jahre, 2. Aufl. Bielefeld 2011, S. 309–339.

141 Vgl. Unbekannter Verfasser an den Reichsminister des Innern, 11.12.1939, LAV NRW OWL, M1 I M, 931.

142 Vgl. Unbekannter Verfasser an den Landrat in Bielefeld, 15.7.1940.

143 Vgl. Bürgermeister an den Regierungspräsidenten, 25.5.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932. Da in „Sonnenschein“ zu diesem Zeitpunkt 160 Betten vorhanden waren, scheint hier das Personal eingerechnet zu sein. Vgl. Gesundheitsamt an den Regierungspräsidenten, 20.6.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932.

144 Vgl. ebd.

145 Vgl. Aufstellungen Krankenanstalten im Kreise Bielefeld-Land, 24.1.1942, 20.2.1942, 5.3.1942, 20.4.1942, 1.7.1942, 1.9.1942, 1.11.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

146 Vgl. Aufstellung: Ärztliche Besetzung der Krankenanstalten des Landkreises Bielefeld, Stand 1. Januar 1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 647.

147 Vgl. ebd.

148 Vgl. Regierungspräsident Minden an die Landräte des Bezirks, 23.6.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 897. Für das Jahr 1939 ist die Mitarbeit zweier Medizinal-

blem der Ansteckungsgefahr. So sollten die Patientinnen und Patienten mit Infektionskrankheiten nach „Samaria“ verlegt werden¹⁴⁹ und nur in Ausnahmefällen im Kinderkrankenhaus verbleiben.¹⁵⁰

Die Ausquartierung der Kinder in die Senne nach Eckhardtshaus in das Haus Hebron kurz vor Weihnachten 1943¹⁵¹ bannte zwar die Gefahr durch Bombardierungen, stellte aber keine wirksame Schutzmaßnahme beispielsweise gegen Tuberkulose oder andere Infektionskrankheiten dar. Aufgrund der eingeschränkten Raumkapazität in Hebron musste die Anzahl der Betten von 160 auf 145 reduziert werden.¹⁵² Dennoch ist es eher unwahrscheinlich, dass die Verkleinerung längerfristig, im Gegensatz zur Situation an anderen Krankenhäusern im Landkreis Bielefeld, zu Überbelegungen führte.¹⁵³ Dagegen spricht, wie an anderer Stelle noch zu zeigen sein wird, die aufgrund der Sterblichkeit ausgesprochen kurze Verweildauer der eingelieferten Kinder.

Zu einer länger anhaltenden Überbelegung des Kinderkrankenhauses kam es jedoch nach der Rückkehr in das Kantensiektal im September/

praktikanten vermerkt: Gisbert Böllhoff (geb. 1912) und Helmut Malchin (geb. 1913). Vgl. unbekannter Verfasser an die Regierungspräsidenten in Minden und Osnabrück, 2.2.1939, LAV NRW OWL, M1 I M, 126.

149 Vgl. Rede Dr. Hanns Löhrs bei der ersten Besichtigung am 22. April 1929, S. 3; Unbekannter Verfasser, Jahresbericht des Kinderkrankenhauses der Westfälischen Diakonissenanstalt „Sarepta“ der Jahre 1950, 1951 und 1952, S. 4. In Spitzenzeiten wurden beispielsweise tuberkulöse Kinder auch im „Eichhof“ untergebracht. Vgl. Aktennotiz [Unterschrift unleserlich], „Kinderkrankenhaus“, 23.2.1946, HAB, Sar 1, 1404. Zum Eichhof vgl. Horst Lange/Kerstin Stockhecke, Eckardtshaus. Ein Rundgang durch die Geschichte, Bielefeld 2004, S. 36 f.; Rainer Nußbicker, Das „vornehme Schlingelheim“. Das Haus Eichhof und seine „Pensionäre“, in: Matthias Benad/Hans-Walter Schmuhl (Hg.), Bethel – Eckardtshaus. Von der Gründung der ersten deutschen Arbeiterkolonie bis zur Auflösung als Teilanstalt (1882–2001), Stuttgart 2006, S. 352–359.

150 Vgl. Kraft, Übersicht über die Belegung des Kinderkrankenhauses, 17.3.1948, HAB, Sar 1, 1404.

151 Vgl. Bürgermeister an den Regierungspräsidenten, 25.5.1944; Amtsarzt an den Regierungspräsidenten, 22.1.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932. Vgl. dazu auch Wilhelm Schwindt, Die Arbeit an Tuberkulosekranken, in: Benad/Schmuhl (Hg.), Bethel – Eckardtshaus, S. 326–351, hier: S. 348; Helmut Türpitz, Epilepsiearbeit in Eckardtshaus, in: ebd., S. 158–169, hier: S. 166.

152 Vgl. Amtsarzt an den Regierungspräsidenten, 22.1.1944; Amtsarzt an den Regierungspräsidenten, 20.6.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932.

153 Vgl. Regierungspräsident an die Landräte in Halle, Herford, Wiedenbrück, Detmold, 15.2.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932. Insgesamt war im Deutschen Reich bis Mitte des Krieges eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausbetten gewährleistet. Vgl. Michael H. Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, Hamburg/Wien 2000, S. 89.

Oktober 1945.¹⁵⁴ Mehrere Jahre blieb das Kinderkrankenhaus sogar hoffnungslos überfüllt.¹⁵⁵ Spätestens seit der zweiten Hälfte des Jahres 1945 wirkten sich vor Ort die Kriegsfolgen aus. Die v. Bodelschwingschen Anstalten nahmen eine große Anzahl Ausgebombter, Flüchtlinge und Vertriebener auf, die teilweise nur unter elenden Bedingungen untergebracht werden konnten.¹⁵⁶ Die allgemeine Notsituation machte es daher erforderlich, die Kapazität „Sonnenscheins“ durch zusätzliche Betten auf phasenweise bis zu 230 Behandlungsplätze zu erhöhen.¹⁵⁷ Viele neu eingelieferte Patientinnen und Patienten befanden sich zudem in sehr schlechter gesundheitlicher Verfassung, etwa weil sie zuvor in beengten Flüchtlingslagern unter schlechten hygienischen Verhältnissen gelebt hatten.¹⁵⁸ In den Todesanzeigen für das Jahr 1946 werden Flüchtlingslager in Obernkirchen, Frille, Augustdorf, Werther, Oelde, Halle, Niederjöllennebeck, Isselhorst und Bielefeld als Herkunftsorte angegeben.¹⁵⁹ Die große Nachfrage gerade während der Notzeit der Nachkriegsjahre lässt sich vor allem mit der besonderen Ausrichtung „Sonnenscheins“ erklären. Als einziges Krankenhaus im weiten Umkreis hielt es Spezialeinrichtungen für die Unterbringung, Pflege und Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern vor.¹⁶⁰

154 Vgl. Meyer an einen unbekanntem Empfänger, 24.9.1945, HAB, Sar 1, 1404.

155 Vgl. ebd.; Hardt an Drake, 10.4.1948, HAB, Sar 1, 1404. Im Jahre 1950 beispielsweise befanden sich in „Sonnenschein“ 210 Betten. Vgl. Statistik, Tatsächliche Belegungen, 1.1.1950, HAB, Hk/Hv 1-85.

156 Zur prekären Situation in der Nachkriegszeit vgl. Matthias Benad, „... seitdem pocht ein schier unabsehbarer Zug des Elends an unsere Pforten ...“. Zur diakonischen Arbeit und zum Selbstbild der v. Bodelschwingschen Anstalten 1945–1948, in: Bernd Hey/Günther von Norden (Hg.), Kontinuität und Neubeginn. Die rheinische und westfälische Kirche in der Nachkriegszeit (1945–1949), Bielefeld 1997, S. 93–118.

157 Vgl. Übersicht Kraft, 17.3.1948; Bernuth an einen unbekanntem Empfänger, 24.3.1948, HAB, Sar 1, 1404.

158 Vgl. Übersicht Kraft, 17.3.1948.

159 Vgl. Datensatz 1946.

160 Vgl. Hardt an Drake, 10.4.1948.

3.3 Krankenversorgung während des Krieges und in den Nachkriegsjahren

Das Kinderkrankenhaus der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta nahm im Jahre 1929 zu einem denkbar schlechten Zeitpunkt seinen Betrieb auf; augenblicklich wirkten sich die Folgen der Wirtschaftskrise aus. Während der ersten Hälfte der 1930er Jahre kam es aber zu einer Konsolidierung und zu einem Ausbau des medizinischen Versorgungsbereichs. Die anfänglich noch vorhandenen Unterbringungsmöglichkeiten für Waisenkinder wurden aufgelöst.

Die vorliegenden Quellen sind dazu geeignet, grundsätzliche Entwicklungen im Kantonsiektal zu rekonstruieren. Dazu gehören beispielsweise die Unterbringung ausgebombter Bielefelder Familien, die Evakuierungsmaßnahmen sowie Berichte über Hunger und Epidemien. Bedauerlicherweise gestattet die Dokumentenüberlieferung so gut wie keine Einblicke in die Abläufe innerhalb des Krankenhauses „Sonnenschein“. Es ist daher unmöglich, etwas über die Diagnostik, die Medikation oder die Pflege vor Ort in Erfahrung zu bringen. Erst gegen Ende des Krieges und für die ersten Nachkriegsjahre finden sich zumindest vereinzelt Informationen, so etwa zur Ernährungssituation der Patientinnen und Patienten oder zu Infektionskrankheiten in „Sonnenschein“. Hier wirkte sich die Überfüllung Bethels mit Flüchtlingen und Vertriebenen aus.

Zu Beginn der 1950er Jahre besserte sich die Situation. Es kam nicht nur zu einer Reorganisation des Kinderkrankenhauses, sondern insgesamt setzten erfreuliche Entwicklungen im Bereich des Krankenhauswesens ein. Der Chefarzt Friedrich v. Bernuth erlebte den Krankenhausboom während der bundesrepublikanischen Gründerjahre jedoch nicht mehr. Er verstarb am 7. Oktober 1949¹⁶¹ als weithin geschätzter Facharzt.¹⁶² Die Nachfolge im Betheler Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ übernahm vorübergehend seine ehemalige Assistenzärztin Dr. Wilma Engelhardt,¹⁶³ bevor mit dem Amtsantritt von Dr. Helmuth Müller aus Bad Wiessee im Februar des Jahres 1950 ein neues Kapitel der Betheler Pädiatrie aufgeschlagen wurde.¹⁶⁴

161 Vgl. Meyer, Traueranzeige, in: Wochenzettel, 15.10.1949, Fotokopie, HAB, Sar 1, 1404.

162 Vgl. Dyes an Meyer, 15.10.1949, LAV NRW OWL, D1, 24380.

163 Vgl. Meyer an Dyes, 12.10.1949, LAV NRW OWL, D1, 24380.

164 Vgl. Meyer an den Regierungspräsidenten, 8.2.1950, LAV NRW OWL, D1, 24380. Zum medizinischen Wirken Helmuth Müllers vgl. Unbekannter Verfasser, Jahresbericht des Kinderkrankenhauses der Westfälischen Diakonissenanstalt

4. Todesfälle und behandelte Erkrankungen in „Sonnenschein“

Im folgenden Teilkapitel werden die Todesanzeigen des Krankenhauses „Sonnenschein“ ausgewertet. Es handelt sich um ausgefüllte Formblätter, in denen Daten wie Name, Wohnort, Geburtstag, Einlieferungsdatum und -grund, etwaige nachfolgende Krankheiten, die Verweildauer, das Sterbedatum, Ursache und Zeitpunkt des Todes, der Beruf des Vaters sowie der Name des bescheinigenden Arztes einzutragen waren – das war bis zu seinem Tode überwiegend Bernuth selbst. Die Todesanzeigen wurden vom Kinderkrankenhaus regelmäßig an das Standesamt Gadderbaum übermittelt. Für die Jahre 1939–1950 sind diese Angaben jeweils in einer Datenbank erfasst worden und können somit nunmehr wissenschaftlich genutzt werden.¹⁶⁵ Im Rahmen dieser Untersuchung werden die Parameter nach bestimmten Kriterien wie etwa Herkunft, Alter oder Todesursachen systematisiert, um daraus Rückschlüsse etwa auf den Einzugsbereich der Patientinnen und Patienten, deren Sozialstruktur, auf die behandelten Erkrankungen sowie auf häufige Todesursachen zu ziehen. In das Kapitel werden auch Informationen einfließen, die aus den Aufnahmebüchern des Krankenhauses gewonnen wurden. Dabei geht es darum, Aussagen über erfolgreiche Behandlungen zu treffen. Zudem liegt, als Ausnahme im bestehenden Quellenkorpus, eine Korrespondenz aus den späten 1930er Jahren über den Tod eines Kindes vor, die eingangs dieses Kapitels näher betrachtet werden soll.

4.1 Staatliche Kontrolle

Nur in seltenen Fällen können tiefere Einblicke in die Interaktion zwischen staatlichen Stellen und den v. Bodelschwingschen Anstalten genommen werden. Ein überlieferter Briefwechsel zeigt die Möglichkeiten auf, die die Behörden hatten, um Abläufe in den Krankenhäusern der Westfälischen Diakonissenanstalt auf den Prüfstand zu stellen und Einfluss zu nehmen.

„Sarepta“ der Jahre 1950, 1951 und 1952, undatiert [1953], S. 0–8, HAB, Sar 1, 1404; Schmuhl, *Ärzte in Sarepta*, S. 79 f.; Wilke, *Medizinische Entwicklung*, S. 222–225.

¹⁶⁵ Für das Einpflegen der Daten in die Datenbank danke ich Frau Gesine Rodewald und Herrn Wolfgang Stracke.

Anfang Mai 1938 verstarb in „Sonnenschein“ ein vierjähriger Junge, wie sich später herausstellte, an einer Vergiftung.¹⁶⁶ Schon wenige Tage später ging bei den v. Bodelschwingschen Anstalten ein empörtes Schreiben der Bielefelder Staatsanwaltschaft ein. Darin wurde der Verdacht geäußert, Friedrich v. Bernuth habe unter Missachtung gesetzlicher Bestimmungen auf eigene Initiative eine Obduktion der Leiche vorgenommen. Dem behandelnden Arzt stehe ein derartiges Vorgehen nicht zu; im Übrigen sei in Bethel bereits mehrfach gegen entsprechende Vorschriften verstoßen worden.¹⁶⁷ Zeitgleich beschwerte sich die Staatsanwaltschaft beim Regierungspräsidium in Minden. Es bestünden Unklarheiten bezüglich der Todesursache; Bernuth hätte unter diesen Umständen eine Obduktion nur in Anwesenheit eines Gerichtsarztes durchführen dürfen. Schließlich sei nach einer Leichenöffnung „in vielen Fällen keine ausreichende Aufklärung über die Todesursache“ mehr möglich.¹⁶⁸

Der Chefarzt ließ die Anschuldigungen jedoch nicht unkommentiert auf sich beruhen. So teilte er dem Vorsteher Sareptas, Pastor Erich Meyer, mit, er selbst sei an der Sektion nicht beteiligt gewesen, vielmehr habe der Leiter des Pathologischen Instituts, Dr. Ernst Roesner,¹⁶⁹ die Leichenöffnung vorgenommen. Darüber hinaus habe zunächst auch kein Grund dazu bestanden, einen Gerichtsarzt zu informieren. Die Krankengeschichte des Patienten – bei ihm seien Symptome wie Berührungsempfindlichkeit, Apathie, Lähmungserscheinungen und Haarausfall aufgetreten – sowie die Begleitumstände des Todes hätten aus seiner Sicht auf eine Hirnerkrankung als Sterbeursache hingedeutet. Erst nach der Obduktion seien Zweifel aufgekommen, und der Befund habe den Verdacht auf eine Thalliumvergiftung genährt.¹⁷⁰ In diesem Moment, so versicherte Institutsleiter Roesner, sei der Staatsanwaltschaft pflichtgemäß Meldung gemacht worden. Alle Organe seien in die Leiche zurückgelegt oder in Formalin konserviert worden.¹⁷¹ Meyer wandte sich daraufhin an das Regierungspräsidium und nahm auf der Grundlage der ihm vorliegenden Berichte zu den Vorwürfen Stellung.¹⁷² Ausdrücklich bekundete er darin die Gesetzestreue

166 Vgl. Ulrich an Oberregierungs- und Medizinalrat, 21.7.1938; Oberstaatsanwalt an Leiter der Bethelschen Anstalten (Abschrift), 11.5.1938; Oberstaatsanwalt an den Regierungspräsidenten, 11.5.1938, LAV NRW OWL, M1 I M, 1053.

167 Vgl. Oberstaatsanwalt an Leiter der Bethelschen Anstalten (Abschrift), 11.5.1938.

168 Oberstaatsanwalt an den Regierungspräsidenten, 11.5.1938.

169 Zu Roesner vgl. Schmuhl, Ärzte in Sarepta, S. 86–90.

170 Vgl. Bericht v. Bernuth, 16.5.1938, LAV NRW OWL, M1 I M, 1053.

171 Vgl. Roesner an Meyer, 17.5.1938, LAV NRW OWL, M1 I M, 1053.

172 Vgl. Meyer an den Regierungspräsidenten der Provinz Westfalen, 2.6.1938, LAV NRW OWL, M1 I M, 1053.

der Westfälischen Diakonissenanstalt, und er versicherte, allen möglichen Beschwerden nachgehen sowie an einer gründlichen Aufklärung mitwirken zu wollen. Es sei ihm bewusst, ...

„dass die Sektionen leicht zu mancherlei Beanstandungen Veranlassung geben können. Wenn wir sie trotzdem durchführen, so geschieht das im Interesse der medizinischen Wissenschaft, die ja dann wieder den Lebenden und dem ganzen Volke überhaupt zugute kommt. So wird auch von der Gesundheitsführung unseres Staates immer wieder auf die Notwendigkeit der Sektionen hingewiesen.“¹⁷³

Um Schadensbegrenzung bemüht, suchte der Vorsteher mit einem Verweis auf übergeordnete Interessen eine Gesetzesübertretung nachträglich zu legitimieren. Ganz offensichtlich bereitete es dem studierten Theologen in dieser Situation keine Schwierigkeit, sich auf Wissenschaftlichkeit, den Nutzen für das „Volksganze“ sowie auf die Anordnungen der NS-„Gesundheitsführung“ zu beziehen.

Nachdem wenige Tage später in Anwesenheit eines Amtsarztes die gerichtliche Leichenuntersuchung durchgeführt worden war, meldete sich das Bielefelder Gesundheitsamt bei der Bezirksregierung. Es bestätigte in seinem Anschreiben, dass es in Bethel mehrfach zu Unregelmäßigkeiten bei Obduktionen gekommen sei, und verlangte vom Regierungspräsidium, nochmals eine dringliche Anweisung auszusprechen.¹⁷⁴ Weitere Konsequenzen sind allerdings nicht überliefert. Die behördliche Intervention erzeugte eine Solidarisierung innerhalb Sareptas beziehungsweise Bethels; die unterschiedlichen Akteure sprachen nach außen mit einer Stimme.

Damit wurde verdeckt, dass einzelne Institute durchaus an einer größeren Unabhängigkeit von den Leitungsgremien interessiert waren. Insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg kam es aus diesem Grund zu einem Streit über die Rolle des Pathologischen Instituts, das sich nach Meinung der Direktion unter der Leitung Roesners zu sehr verselbstständigt hatte.¹⁷⁵ Auch wenn die Sanktionsmöglichkeiten für Staatsanwaltschaft und Gesundheitsbehörden im konkreten Fall eher begrenzt erscheinen, bezeugt der Vorgang dennoch, dass staatliche Stellen zumindest partiell Einblick in die Abläufe innerhalb der v. Bodelschwingschen Anstalten nehmen konnten und mitunter durchaus auch gewillt waren, Einfluss zu nehmen.

173 Ebd.

174 Vgl. Leiter der Gesundheitsamtes der Stadt Bielefeld an Gernsbach, 21.5.1938, LAV NRW OWL, M1 I M, 1053.

175 Vgl. Schmuhl, *Ärzte in Sarepta*, S. 89.

4.2 Prozentuale Sterblichkeit¹⁷⁶

Bei der im Vorstehenden untersuchten Korrespondenz handelt es sich um eine einzigartig dichte Überlieferung zu einem Sterbefall im Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“. In der Folge, ab dem Jahre 1939, bleiben als Quellen im Wesentlichen die oben genannten amtlichen Sterberegister. Ein erster Blick auf die absoluten Zahlen der Todesfälle hinterlässt einen verstörenden Eindruck. So verstarb dort beispielsweise im Jahre 1941 bei insgesamt 183 Todesfällen durchschnittlich an jedem zweiten Tag ein Kind. Für die zweite Kriegshälfte sind mit 241 (1943), 269 (1944) und 275 (1945) Fällen sogar noch wesentlich höhere Zahlen notiert, und während der Nachkriegszeit kam es nochmals zu einem Anstieg. So verzeichnete das Jahr 1946 insgesamt 367 Todesfälle. In diesem Jahr starb also durchschnittlich täglich ein Kind.

Tabelle I: Sterblichkeit im Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“

Jahr	Behandelte Kinder ¹⁷⁷	Sterbefälle	
1939	1441	191	13,25 %
1940	1488	290	19,49 %
1941	1490	183	12,28 %
1942	1501	194	12,92 %
1943	1511	241	15,95 %
1944	1328	269	20,26 %
1945	1347	275	20,42 %

176 Abweichungen innerhalb der Berechnungen beruhen auf Rundungsungenauigkeiten.

177 Die Anzahl der behandelten Kinder lässt sich aus den Aufnahmebüchern des Kinderkrankenhauses (HAB, AmtPat 212/213 für 1939; HAB, AmtPat 213/214 für 1940; HAB, AmtPat 214/215/216 für 1941; HAB, AmtPat 215/216/217 für 1942; HAB, AmtPat 219/220 für 1943; HAB, AmtPat 221/223 für 1944; HAB, AmtPat 228/229 für 1945; HAB, AmtPat 231/233/235 für 1946; HAB, AmtPat 233/234/235 für 1947; HAB, AmtPat 235/236/238 für 1948; HAB, AmtPat 237/238/240 für 1949; HAB, AmtPat 239/240/241 für 1950) sowie aus weiteren Sachakten aus dem Bestand HAB, Sar 1, 1404, rekonstruieren. Vgl. z. B. Statistik v. Bernuth, 3.11.1948.

1946	1922	367	19,09 %
1947	2038	308	15,11 %
1948	2088	294	14,08 %
1949	2056	294	14,30 %
1950	2173	233	10,72 %
Gesamt	20.383	3.139	15,40 %

Der Abgleich mit der Anzahl der insgesamt behandelten Kinder, die sich aus den Aufnahmebüchern des Kinderkrankenhauses sowie anderen Akten rekonstruieren lässt, führt zu dem Befund, dass zwischen 1939 und 1950 jährlich durchschnittlich 15,40 Prozent der insgesamt behandelten Kinder verstarben. Auch das erscheint zunächst als ein hoher Wert. Hinzu kommt, dass die Sterblichkeit für die Jahre 1940, 1944, 1945 und 1946 mit jeweils etwa 20 Prozent noch um etwa ein Viertel über dem Durchschnittswert liegt.

Immanente Entwicklungen wie etwa der prozentuale Anstieg der Sterblichkeit um etwa fünf Prozentpunkte von 1943 auf 1944 lassen sich mitunter plausibel erklären. So dürften die Bedingungen in Hebron für eine Unterbringung erkrankter Kinder nur bedingt geeignet gewesen sein. Schließlich handelte es sich nicht um einen pädiatrischen Fachbau, sondern um eine Einrichtung für psychisch erkrankte Erwachsene. Hinzu kamen eine drastische Verschlechterung der hygienischen Bedingungen, wie aus vorhandenen Quellen hervorgeht, und nicht zuletzt auch ein erhöhtes Arbeitsaufkommen.¹⁷⁸ Im Juli 1945 machte Pastor Meyer beispielsweise darauf aufmerksam, dass fünf bis sechs Schwestern dauerhaft damit beschäftigt seien, die bis zu 2.000 täglich anfallenden verschmutzten Windeln von Hand zu waschen.¹⁷⁹ Im Gegensatz zur Interpretation einzelner Entwicklungen ist bei einer Gesamteinschätzung der Sterblichkeit Vorsicht geboten. Um valide Zahlen generieren zu können, ist ein zeitgenössischer Vergleich mit anderen ähnlich organisierten und ausgerichteten Krankenhäusern erforderlich.

Ein anderes Vorgehen führt *erstens* zwangsläufig zu retrospektiven Bewertungen, die entsprechend vor dem Hintergrund späterer oder gar gegenwärtiger medizinischer Standards erfolgen. Noch in den Untersuchungszeitraum fallen bedeutsame Innovationen im Bereich der Pharma-

178 Vgl. Meyer an Kunze, 11.7.1945, HAB, Sar 1, 1404.

179 Vgl. ebd.

kologie wie die Entdeckung der Folsäure im Jahre 1941¹⁸⁰ – Folsäuremangel während der Schwangerschaft kann zu Fehlbildungen wie Spina bifida („Offener Rücken“) oder Gaumenspalten beim Neugeborenen führen – oder der Einstieg in die Massenproduktion von Antibiotika,¹⁸¹ die sich allerdings erst während der 1950er Jahre auswirkten. Hinzu kamen in diesem Jahrzehnt auch neue Möglichkeiten der operativen Versorgung.¹⁸²

Zweitens erlaubt nur eine differenzierte Analyse der spezifischen Umstände vor Ort eine zutreffende Bewertung der Sterbezahlen, und *drittens* könnte eine vorschnelle Urteilsbildung, es handele sich um „hohe“ Sterbezahlen, eine schlechte Qualität der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen implizieren oder sogar zu einem möglicherweise unangemessenen Rückschluss führen: Unter Leitung des Befürworters der NS-Bevölkerungspolitik Friedrich v. Bernuth sei im Krankenhaus „Sonnenschein“ darauf verzichtet worden, schwerstkranke Kinder zu behandeln, um sie auf diese Weise zu Tode zu bringen.¹⁸³ Weiter ließe sich argumentieren, dass ein Anhänger „eugenischer“ Ideen in der Kriegssituation zwangsläufig Prioritäten neu setzen und auf eine Behandlung so genannter „aussichtsloser Fälle“ verzichten würde. Allerdings fehlt diesbezüglich – wie auch für andere Krankenhäuser – ein aus den Quellen hergeleiteter Beweis.¹⁸⁴

Abgesicherte Aussagen über die Sterblichkeit im Krankenhaus „Sonnenschein“ können letztlich nur über einen Vergleich ermittelt werden. Systematisch erhobene Zahlen aus anderen Krankenhäusern insbesondere für die 1930er Jahre stehen jedoch derzeit nicht zur Verfügung. Allenfalls eine grobe Orientierung bis in die 1920er Jahre bietet eine prozentuale Aufstellung der Sterblichkeit in der Kinderklinik Leipzig zwischen 1891

180 Vgl. Art. „Folsäuremangel“, unter: <http://www.meine-gesundheit.de/folsaeuremangel> [Letzter Zugriff: 31.5.2016]; Art. „Folsäure: ‚Star‘ am Vitamin-Himmel“, unter: <http://burgenland.orf.at/radio/stories/2585052/> [Letzter Zugriff: 15.2.2016]; Erich P. Meyer, Folsäure. Das Vitamin fürs Leben, Stans 2004, S. 28–43.

181 Zur Geschichte des Penicillins vgl. Christian Mähr, Von Alkohol bis Zucker. Zwölf Substanzen, die die Welt veränderten, Köln 2010, S. 107–120. Zeitgenössisch vgl. Wallace E. Herrell/Ernst Schulze, Penicillin und andere Antibiotica, Stuttgart 1949. Bezogen auf das Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ vgl. Unbekannter Verfasser, Jahresbericht des Kinderkrankenhauses der Westfälischen Diakonissenanstalt „Sarepta“ der Jahre 1950, 1951 und 1952, S. 1.

182 Seit dem Ende der 1950er Jahre konnten beispielsweise bestimmte Formen der Spina bifida operativ behandelt werden. Vgl. Hannes Friedrich/Otto Spoerri/Susanne Stemmann-Acheampong, Missbildung und Familiendynamik. Kinder mit Spina bifida und Hydrocephalus in ihren Familien, Göttingen 1992, S. 9–12.

183 Vgl. Degen, Bethel, S. 26–43.

184 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 310.

und 1925.¹⁸⁵ Hier wurden zum Beispiel für die Jahre 1892 und 1893 Sterbequoten von 34,40 Prozent und 30,40 Prozent notiert. Bis kurz vor dem Ersten Weltkrieg sanken die Zahlen auf 17,80 Prozent (1911), 17,70 Prozent (1912) und 15,40 Prozent (1913). Danach kam es erneut zu einem Anstieg. Für die Jahre 1920 bis 1925 lässt sich eine durchschnittliche Sterblichkeit von 17,75 Prozent errechnen.¹⁸⁶ Eine Sterbequote im zweistelligen Bereich war während der 1920er Jahre auch in der Leipziger Kinderklinik die Regel. Vor diesem Hintergrund erscheinen die für „Sonnenschein“ ermittelten Zahlen – abgesehen von den Jahren 1940 sowie 1944 bis 1946 – unauffällig. Es steht jedoch außer Frage, dass hier dringender Forschungsbedarf besteht. So wäre es in einem ersten Schritt erforderlich, Zahlen für ein ebenfalls am Rande einer Großstadt gelegenes Kinderkrankenhaus mit einem ähnlich großen Einzugsbereich zu ermitteln.

Da die für „Sonnenschein“ vorliegenden Zahlen aufgrund fehlender entsprechender Statistiken nicht in ein Verhältnis zu an anderen Orten erhobenen Daten gesetzt werden können und auch keine Patientenakten vorliegen, die eine Rekonstruktion von Krankheitsverläufen und Medikationen ermöglichen würden,¹⁸⁷ bleibt als Auswertungsmethode einzig der immanente Vergleich. Die folgenden Ausführungen zeigen, dass sich dabei durchaus wertvolle neue Erkenntnisse gewinnen lassen.

4.3 Herkunft

Das betrifft zunächst die Herkunft der verstorbenen Kinder. Über eine statistische Erfassung lässt sich nicht nur der Einzugsbereich des Krankenhauses veranschaulichen. Gleichermaßen ist es erstmals möglich, durch eine Aufstellung das Verhältnis zwischen einer Herkunft aus der Stadt Bielefeld, dem Landkreis und anderen Orten zu erfassen und die Entwicklung dieses Verhältnisses während des Untersuchungszeitraums nachzuvollziehen.

185 Vgl. Schilling, Kinderkrankenhäuser, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 22 (1926), H. 14, S. 417–423, hier: S. 419. Ich danke Uwe Kaminsky für den Hinweis auf diese Quelle.

186 Vgl. ebd.

187 Dazu vgl. Volker Hess, Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichte, in: Stollberg/Vanja/Kraas, Krankenhausgeschichte heute, S. 43–52; Petra Fuchs, Krankenakten als Quelle im Kontext der Disability History, in: Hans-Walter Schmuhl/Ulrike Winkler (Hg.), Welt in der Welt. Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Perspektive der Disability History, Stuttgart 2013, S. 43–60.

Tabelle II: Herkunft der verstorbenen Kinder gemäß Todesanzeigen

	Stadt Bielefeld		Landkreis Bielefeld		andere Orte		Gesamt	
1939	57	29,84 %	30	15,71 %	104	54,45 %	191	100 %
1940	79	27,24 %	59	20,34 %	152	52,41	290	100 %
1941	41	22,40 %	30	16,39 %	112	61,20 %	183	100 %
1942	39	20,10 %	33	17,01 %	122	62,89 %	194	100 %
1943	55	22,82 %	35	14,52 %	151	62,66 %	241	100 %
1944	62	23,05 %	40	14,87 %	167	62,08 %	269	100 %
1945	48	17,45 %	54	19,64 %	173	62,91 %	275	100 %
1946	73	19,89 %	48	13,08 %	246 ¹⁸⁸	67,03 %	367	100 %
1947	56	18,18 %	41	13,31 %	211	68,51 %	308	100 %
1948	61 ¹⁸⁹	20,75 %	46	15,65 %	187 ¹⁹⁰	63,61 %	294	100 %
1949	54	18,37 %	39	13,27 %	201	68,37 %	294	100 %
1950	44	18,88 %	41	17,60 %	148	63,52 %	233	100 %
Gesamt	669	21,31 %	496	15,80 %	1974	62,89 %	3.139	100 %

Die Statistik in Tabelle II verdeutlicht zunächst den Charakter „Sonnenscheins“ als ein in das städtische Milieu eingebundenes Landkrankenhaus. Bezüglich der Sterbezahlen ist das Ergebnis eindeutig. Im Durchschnitt stammten mit knapp 63 Prozent fast zwei Drittel der Verstorbenen nicht aus der Stadt Bielefeld (21,31 Prozent) beziehungsweise dem Landkreis Bielefeld (15,80 Prozent), sondern aus anderen Teilen Westfalens. In den Jahren 1941–1945, 1948 und 1950 orientiert sich die prozentuale Verteilung der Sterblichkeit zwischen Stadt, Landkreis und weiterer Umgebung beinahe am Durchschnittswert.

188 Hier einbezogen wurde der Datensatz eines am 19. September 1946 verstorbenen Kindes, bei dem kein Wohnort angegeben ist.

189 Hier einbezogen wurde der Datensatz eines am 30. September 1948 verstorbenen Kindes aus Bethel.

190 Hier einbezogen wurde der Datensatz eines am 1. Mai 1948 verstorbenen Kindes, bei dem kein Wohnort angegeben ist.

Es ist zu vermuten, dass sich die Patientinnen und Patienten aus ländlichen Bereichen und weiter entfernten Städten bei ihrer Aufnahme – verglichen mit den Neuankömmlingen aus dem Bielefelder Stadtgebiet – grundsätzlich in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung befanden. Gründe hierfür dürften etwa Verzögerungen beim Krankentransport als Folge der unzureichenden Verkehrsanbindung dörflicher Gegenden,¹⁹¹ aber auch der kriegsbedingte Benzinmangel¹⁹² gewesen sein.

Hinzu kam eine laufende Ausdünnung der hausärztlichen Versorgung spätestens ab 1942.¹⁹³ Während der 1940er Jahre entstanden auf dem Land zum Teil unhaltbare Situationen.¹⁹⁴ Hier mussten unter anderem Praxen geschlossen werden, nachdem ihre Inhaber zum Dienst in der Wehrmacht eingezogen worden waren,¹⁹⁵ es fehlte an Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretungen,¹⁹⁶ das medizinische Personal überalterte zunehmend,¹⁹⁷ vakante Posten wurden durch unerfahrene Assistenzärzte ersetzt.¹⁹⁸ Ende der 1930er Jahre standen im Deutschen Reich durchschnittlich sieben Ärzte pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung. Insbesondere in ländlichen Gegenden wurde der Versorgungsschlüssel jedoch zunehmend reduziert, und bereits ab 1942 gab es Landkreise, in denen ein Arzt für mehr als 10.000 Personen zuständig war.¹⁹⁹

191 In den Jahren 1955/56 musste ein Drittel der Arbeitnehmer aus ländlichen Gegenden täglich 60 bis 179 Minuten Pendelzeit zu ihren Arbeitsplätzen aufwenden, davon wiederum ein Drittel 120 bis 179 Minuten. Vgl. Bernd van Deenen, Arbeitnehmer in ländlichen Räumen. Eine repräsentative Untersuchung in der Bundesrepublik 1955/56 in Gemeinden unter 5.000 Einwohner, Bonn 1958, S. 197.

192 Vgl. Fründt an den Reichsgesundheitsführer und den Reichsminister des Innern, 17.4.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 1276; Reichsverteidigungskommissar Westfalen-Nord an den Reichsgesundheitsminister, 18.2.1945, S. 2.

193 Vgl. Heinz-Peter Schmiedebach, Der Arzt als Gesundheitsoffizier – die systematische Militarisierung der Medizin von 1933 bis zum Zweiten Weltkrieg, in: Johanna Bleker/ders. (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865–1985, Frankfurt am Main 1987, S. 191–208, hier: S. 206 f.

194 Vgl. Gesundheitsamt des Kreises Büren an den Regierungspräsidenten, 24.2.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

195 Vgl. Staatliches Gesundheitsamt des Kreises Paderborn an das Regierungspräsidium, 2.11.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

196 Vgl. Gesundheitsamt des Landkreises Bielefeld an den Regierungspräsidenten, 3.10.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

197 Vgl. Gesundheitsamt des Landkreises Bielefeld an den Regierungspräsidenten, 24.3.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

198 Vgl. Gesundheitsamt des Kreises Herford an den Medizinaldezernenten der Regierung oder dessen Vertreter, 2.11.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

199 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 192 ff.

In Brackwede im Landkreis Bielefeld kam es im Juni des Jahres kurzfristig zu einer Situation, in der für die gesamte, etwa 18.000 bis 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner zählende Gemeinde nur ein einziger Arzt zur Verfügung stand.²⁰⁰ Unter derartigen Bedingungen ließen sich weder eine Erreichbarkeit in Notfällen noch eine zeitnahe Diagnostik gewährleisten – und damit auch keine rechtzeitige Einweisung in die Krankenhäuser.²⁰¹

4.4 Verweildauer im Krankenhaus „Sonnenschein“

Im Folgenden soll, bezogen auf die Stichjahre 1939, 1942, 1945, 1947 und 1949, die Verweildauer der im Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ verstorbenen Kinder untersucht werden, wobei eine Differenzierung nach der Herkunft – aus der Stadt Bielefeld, dem Landkreis Bielefeld und dem weiteren Umfeld – erfolgt.

Tabelle III: Verweildauer verstorbener Kinder im Krankenhaus „Sonnenschein“ 1939 gemäß Todesanzeigen

1939	absolut	Verweildauer 1–3 Tage		Verweildauer 4–10 Tage		Verweildauer 11–30 Tage		Verweildauer über 30 Tage	
Stadt Bielef.	57	23	40,35 %	13	22,80 %	15	26,32 %	6	10,53 %
LK Bielef.	30	14	46,67 %	9	30,00 %	5	16,67 %	2	6,67 %
sonstige Herkunft	104	30	28,85 %	29	27,88 %	34	32,69 %	11	10,58 %
Gesamt	191	67	35,08 %	51	26,70 %	54	28,27 %	19	9,95 %

Die überwiegend kurze Verweildauer der verstorbenen Patientinnen und Patienten macht eine eng gefasste Einteilung notwendig, die einerseits die Sterblichkeit unmittelbar nach der Einlieferung (Verweildauer: ein bis drei

²⁰⁰ Vgl. Gesundheitsamt des Landkreises Bielefeld an den Regierungspräsidenten, 3.10.1942, LAV NRW OWL, M1 I M, 646.

²⁰¹ Allgemein zur Belastung der zivilen Ärzte während des Krieges vgl. Kater, Ärzte, S. 95–98.

Tage) oder nach wenigen Tagen (vier bis zehn Tage) abbildet, aber gleichzeitig auch eine Gruppe von Patientinnen und Patienten klar identifiziert, die längere Zeit behandelt wurden (Verweildauer über dreißig Tage).

Im Jahre 1939 (vgl. Tabelle III) ereignete sich die Mehrzahl der Todesfälle im Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ (61,78 Prozent) innerhalb der ersten zehn Tage. Dabei lagen die entsprechenden Zahlen bei den Kindern aus dem Landkreis Bielefeld deutlich über dem Durchschnitt (76,67 Prozent). Bei den Kindern aus der Stadt Bielefeld (63,15 Prozent) war diese Tendenz nur leicht überdurchschnittlich ausgeprägt. Von den Kindern, die aus anderen Regionen in das Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ verbracht wurden, starben hingegen, bezogen auf die Gesamtzahl aller Todesfälle in dieser Gruppe, etwas weniger in den ersten zehn Tagen (56,73 Prozent). Es steht zu vermuten, dass aus dem Landkreis Bielefeld vergleichsweise viele moribunde Kinder wie etwa Frühgeburten mit sehr geringem Gewicht oder Kinder, die an akuten Infektionskrankheiten mit fulminantem Verlauf litten, in das Krankenhaus „Sonnenschein“ gebracht wurden. Bei Kindern mit solcher Diagnose, die aus dem übrigen Westfalen stammten, dürfte man in vielen Fällen angesichts des weiten Weges und der geringen Überlebenschance davon abgesehen haben, sie noch nach Bethel zu bringen, deshalb gab es in dieser Gruppe vergleichsweise weniger Todesfälle in den ersten Tagen. Dementsprechend starben von den Kindern, die von weiter her kamen, überdurchschnittlich viele innerhalb des Zeitraums vom elften bis zum dreißigsten Tag nach der Aufnahme (32,69 Prozent, gegenüber 26,32 Prozent der Kinder aus der Stadt Bielefeld und 16,67 Prozent aus dem Landkreis Bielefeld). Auch bei einer Verweildauer von über dreißig Tagen lag der Wert für die Kinder von außerhalb noch etwas über dem Durchschnitt.

Tabelle IV: Verweildauer verstorbener Kinder im Krankenhaus „Sonnenschein“ 1942 gemäß Todesanzeigen

1942	absolut	Verweildauer 1 – 3 Tage		Verweildauer 4 – 10 Tage		Verweildauer 11 – 30 Tage		Verweildauer über 30 Tage	
Stadt Bielef.	39	14	35,90 %	7	17,95 %	14	35,90 %	4	10,26 %
LK Bielef.	33	18	54,55 %	7	21,21 %	4	12,12 %	4	12,12 %
sonstige Herkunft	122	51	41,80 %	24	19,67 %	27	22,13 %	20	16,39 %
Gesamt	194	83	42,78 %	38	19,59 %	45	23,20 %	28	14,43 %

Im Jahre 1942 (vgl. Tabelle IV) gab es mit 194 etwa genauso viele Sterbefälle wie drei Jahre zuvor. Über 44 Prozent der 155 nicht im Stadtgebiet gemeldeten Patientinnen und Patienten starben innerhalb von drei Tagen,²⁰² und nochmals 20 Prozent überlebten keine zehn Tage.²⁰³ Diese Kinder kamen zumeist aus kleinen Dörfern wie etwa Oberbauerschaft und Obermehnen bei Lübbecke, Unterlütbe und Dankersen bei Minden, Evesen bei Bückeburg oder Besenkamp und Südlengern im Landkreis Herford. Selten stammten sie aus Klein- und Mittelstädten der Region wie Minden, Bad Oeynhausen oder Versmold und nur ausnahmsweise aus weiter entfernten Großstädten. Für das Jahr 1939 sind beispielsweise Aachen, Oldenburg und Bremen als Herkunftsorte belegt, für das Jahr 1942 Osnabrück.²⁰⁴

Tabelle V: Verweildauer verstorbener Kinder im Krankenhaus „Sonnenschein“ 1945 gemäß Todesanzeigen

1945	absolut	Verweildauer 1 – 3 Tage		Verweildauer 4 – 10 Tage		Verweildauer 11 – 30 Tage		Verweildauer über 30 Tage	
Stadt Bielef.	48	13	27,08 %	8	16,66 %	18	37,50 %	9	18,75 %
LK Bielef.	54	8	14,81 %	12	22,22 %	19	35,18 %	15	27,77 %
sonstige Herkunft	173	30	17,34 %	31	17,92 %	63	36,42 %	49	28,32 %
Gesamt	275	51	18,55 %	51	18,55 %	100	36,36 %	73	26,55 %

Im Jahre 1945 war der Anteil der Todesfälle, die sich innerhalb der ersten zehn Tage nach Aufnahme ereigneten (37,10 Prozent), deutlich niedriger als 1939 (61,78 Prozent) und 1942 (62,37 Prozent). Von den Kindern aus der Stadt Bielefeld, die im Krankenhaus „Sonnenschein“ starben, überlebte 1945 ein Anteil von 43,74 Prozent die ersten zehn Tage nicht – gegenüber 63,15 Prozent im Jahre 1939 und 53,85 Prozent im Jahre 1942. Der entsprechende Wert für den Landkreis Bielefeld deckte sich 1945 mit 37,03 Prozent fast exakt mit dem Durchschnitt. 1939 hatte der Wert für den Landkreis noch bei 76,67 Prozent, 1942 bei 75,76 Prozent gelegen. Der

202 Die Zahl 155 addiert sich aus 33 (Landkreis Bielefeld) sowie 122 (sonst. Herkunft).

203 Die Rechnung für das Jahr 1942 lautet: 7 + 24 (Verweildauer 4–10 Tage für Landkreis Bielefeld + Verweildauer 4–10 Tage für sonstige Herkunft) = 31. Das entspricht 20,00 % von insgesamt 155 Todesfällen nach einer Verweildauer von vier bis zehn Tagen für den Landkreis und die weitere Umgebung.

204 Vgl. Datensatz 1939; Datensatz 1942.

Wert für die Kinder aus anderen Regionen lag 1945 mit 35,26 Prozent etwas unter dem Durchschnitt. 1939 hatte er bei 56,73 Prozent gelegen, 1942 bei 61,47 Prozent. Insgesamt liegen die Werte jetzt viel enger beieinander. Das gilt auch für den Zeitraum für den elften bis zum dreißigsten Tag nach der Aufnahme. Der Grund dafür dürfte darin zu suchen sein, dass sich das Kinderkrankenhaus nunmehr in der Senne befand und sowohl von der Stadt Bielefeld als auch von den meisten Städten und Gemeinden im Landkreis Bielefeld und im übrigen Westfalen aus nur noch schwer erreichbar war – unabhängig von der Herkunft dürfte man nun in vielen Fällen davon abgesehen haben, moribunde Säuglinge und Kleinkinder noch in die Senne zu verbringen, zumal der Verkehr bei Kriegsende weitgehend zum Erliegen gekommen war. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich nur noch bei einer Verweildauer von über einem Monat: Der Anteil der verstorbenen „Stadtkinder“, die sich vor ihrem Tod derart lange in „Sonnenschein“ aufgehalten hatten, lag mit 18,75 Prozent deutlich unter den entsprechenden Werten der Kinder aus dem Landkreis (27,77 Prozent) und der Kinder aus anderen Regionen (28,32 Prozent). Bei 41 von insgesamt 49 aus der weiteren Umgebung eingelieferten und länger als dreißig Tage behandelten Fällen ist als unmittelbare Todesursache eine Ernährungsstörung verzeichnet worden. Das belegt, dass sich bei diesen Kindern das Sterben über mehrere Wochen hinziehen konnte. Das entspricht einer allgemeinen Entwicklung im Bereich der Gesundheitsversorgung im Deutschen Reich während des Krieges: Der Stadt-Land-Unterschied verlor an Bedeutung.²⁰⁵

Tabelle VI: Verweildauer verstorbener Kinder im Krankenhaus „Sonnenschein“ 1947 gemäß Todesanzeigen

1947 ²⁰⁶	absolut	Verweildauer 1 – 3 Tage		Verweildauer 4 – 10 Tage		Verweildauer 11 – 30 Tage		Verweildauer über 30 Tage	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Stadt Bielef.	56	17	30,36 %	12	21,43 %	19	33,93 %	8	14,29 %
LK Bielef.	41	13	31,70 %	7	17,07 %	15	36,58 %	6	14,63 %
sonstige Herkunft	211	55	26,06 %	51	24,17 %	59	27,96 %	46	21,80 %
Gesamt	308	85	27,60 %	70	22,73 %	93	30,19 %	60	19,48 %

205 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 211.

206 In zwei Fällen ist die Verweildauer nicht angegeben. Beide Fälle wurden der Spalte „1–3 Tage“ zugeordnet.

Während der Nachkriegszeit blieb ein ähnliches Verhältnis zunächst erhalten. Von den Neuankömmlingen aus dem externen und vorrangig ländlich geprägten Bereich im Jahre 1947 (vgl. Tabelle VI) überlebten mit 46 von 211 immerhin 21,80 Prozent die ersten dreißig Tage, während es nur acht von den 56 aus der Stadt eingelieferten Kindern waren. Das entspricht 14,29 Prozent. Eine Erklärung dafür könnte darin bestehen, dass nunmehr urbane Notlagen²⁰⁷ zum Tragen kamen und die Versorgung der ländlichen Bevölkerung sich weniger dramatisch entwickelte als diejenige in den Großstädten. Die wichtigste dort bestehende Problemlage war die Unterernährung.²⁰⁸ Eine offizielle Wiegung in Sarepta im Juli 1946 ergab, dass von 1.018 Patientinnen und Patienten mit 549 mehr als die Hälfte als „untergewichtig“ anzusehen war.²⁰⁹ Die relative Verbesserung der Lage im ländlichen Bereich darf jedoch nicht über die desolante Gesamtsituation hinwegtäuschen, die bereits von den zeitgenössischen Beobachtern im Bereich der staatlichen Medizinalverwaltung kommentiert wurde. Ein Amtsarzt aus dem Landkreis Warburg vertrat beispielsweise die Auffassung, dass eine Mehrzuweisung von Nahrungsmitteln allein längst nicht ausreichte, um „die Schwierigkeiten unserer Zeit“ zu bewältigen.²¹⁰

Tabelle VII: Verweildauer verstorbener Kinder im Krankenhaus „Sonnenschein“ 1949 gemäß Todesanzeigen²¹¹

1949	absolut	Verweildauer 1 – 3 Tage	Verweildauer 4 – 10 Tage	Verweildauer 11 – 30 Tage	Verweildauer über 30 Tage
Stadt Bielef.	54	14 25,92 %	12 22,22 %	21 38,89 %	7 12,96 %
LK Bielef.	39	9 23,08 %	10 25,64 %	19 48,72 %	1 2,56 %
sons. Herkunft	201	72 35,82 %	29 14,43 %	59 29,35 %	41 20,40 %
Gesamt	294 ²¹¹	95 32,31 %	51 17,35 %	99 33,67 %	49 16,67 %

207 Dazu grundsätzlich: Bernhard Mewes, Der Lebensstandard in den Städten, Schwäbisch Gmünd 1949.

208 Vgl. Stadt Bielefeld, Meldung über die Körpergewichte der Normalverbraucher in der Woche vom 3. Juni bis 7. Juni 1946, LAV NRW OWL, D1, 52, Bl. 169. Das von den Behörden errechnete Durchschnittsgewicht eines 1,72 Meter großen und 46 Jahre alten Mannes lag demnach bei 58 Kilogramm.

209 Vgl. Landrat, Gesundheitsamt, an den Regierungspräsidenten, 6.7.1946, LAV NRW OWL, M1 I M, 651.

210 Amtsarzt des Gesundheitsamtes Warburg an den Regierungspräsidenten, 14.12.1945, LAV NRW OWL, D1, 212.

211 In einem Fall ist der Wohnort nicht verzeichnet. Der Fall wurde in die Kategorie „Sonstige Herkunft“ eingeordnet.

Im Gegensatz zur unmittelbaren Nachkriegszeit lässt sich für das Jahr 1949 (vgl. Tabelle VII) eine erneute Verschiebung feststellen. Von den aus weiter entfernten Orten stammenden Kindern verstarben wieder deutlich mehr innerhalb der ersten drei Tage. Innerhalb von zwei Jahren erfolgte ein prozentualer Anstieg von 26,06 Prozent auf 35,82 Prozent. Im gleichen Zeitraum sanken die Sterbequoten für Bielefeld und den Landkreis. Ganz offensichtlich spiegelt sich hier eine zunehmend verbesserte Versorgungslage der Stadtbevölkerung. Der Befund spricht für eine Entwicklung hin zur Vorkriegssituation von 1939 (vgl. Tabelle III).

4.5 Sozialer Hintergrund

Die eingetragenen väterlichen oder mütterlichen Berufe bilden ein Panorama der ostwestfälischen Wirtschaft ab. Gleichermäßen finden sich Woll- und Textilherstellung, Metallindustrie oder Zigarrenproduktion,²¹² ebenso Landwirtschaft und Bergbau.²¹³ Die unten stehende Statistik (vgl. Tabelle VIII) teilt die elterlichen Berufe der verstorbenen Kinder hinsichtlich ihres ökonomischen und sozialen Status in drei Großgruppen auf: 1. (Fach-) Arbeiter, 2. Beamte und Angestellte, 3. selbstständige und akademische Berufe. In letztgenannter Kategorie wurden Bauern und Landwirte, Kaufleute, Musiker, Ärzte, Apotheker, Ingenieure und Rechtsanwälte erfasst.²¹⁴

Die Aussagekraft der Statistik ist jedoch begrenzt. So lässt sich hieraus weder ablesen, ob und in welcher Hinsicht beispielsweise eine Aufnahme als Patientin oder Patient von dem Vermögen der Eltern abhängig gemacht wurde, noch ob Kinder aus Arbeiterfamilien gegenüber solchen aus Akademikerfamilien bei der Behandlung benachteiligt waren. Hierfür bedürfte es eines Abgleichs der regionalen Sozialstruktur mit den Aufnahmebüchern „Sonnenscheins“. Gegen Anschuldigungen aus den Reihen der So-

212 Dazu vgl. Monika Dickhaus/Martin Fiedler, Aufstieg und Niedergang: Die Geschichte der Bündler Tabakindustrie im 19. und 20. Jahrhundert, in: dies./ders./Norbert Sarhage (Hg.), Spuren der Zigarre. Bünde – ein Rundgang durch die „Zigarrenkiste Deutschlands“, Essen 2000, S. 11–46. Zu den Lebensbedingungen der Arbeiterinnen und Arbeiter vgl. Irmtraud Gensewich, Die Tabakarbeiterin in Baden 1870–1914, Mannheim 1986.

213 Bis in die späten 1950er Jahre wurde in mehreren Zechen im Mindener Umland Steinkohle abgebaut. Vgl. Hans Röhrs, Erz und Kohle. Bergbau und Eisenhütten zwischen Ems und Weser, Ibbenbüren 1992, S. 167–176, 185–223; Thomas Krassmann, Geologie und Bergbau des Schaumburger Landes und seiner Randgebiete, unter: <http://www.mineral-exploration.de/mepub/schaumburgteil2.pdf> [Letzter Zugriff: 15.2.2016].

214 Das muss nicht bedeuten, dass die Tätigkeit auch selbstständig ausgeübt wurde.

zialdemokratie und der Kommunisten, Sarepta betreibe in seinen Krankenhäusern „Klassenmedizin“, hatte Bethel sich während der 1920er Jahre mitunter zur Wehr setzen müssen.²¹⁵

Tabelle VIII: Berufe der Eltern der im Krankenhaus „Sonnenschein“ verstorbenen Kinder gemäß Todesanzeigen²¹⁶

	Arbeiter, Facharbeiter		Beamte, Angestellte ²¹⁶ , Handwerksmeister		Selbstständige Berufe, Akademiker		Beruf unbekannt	
1939	116	60,73 %	34	17,80 %	33	17,28 %	8	4,19 %
1940	170	58,62 %	62	21,38 %	50	17,24 %	8	2,76 %
1941	114	62,29 %	44	24,04 %	25	13,67 %	-	0 %
1942	120	61,86 %	47	24,23 %	27	13,92 %	-	0 %
1943	128	53,11 %	74	30,71 %	38	15,77 %	1	0,41 %
1944	113	42,01 %	63	23,42 %	33	12,27 %	60	22,30 %
1945	134	48,73 %	52	18,91 %	44	16,00 %	45	16,36 %
1946	163	44,41 %	77	20,98 %	60	16,35 %	67	18,26 %
1947	159	51,62 %	71	23,05 %	39	12,67 %	39	12,67 %
1948	163	55,44 %	74	25,17 %	42	14,29 %	15	5,10 %
1949	182	61,90 %	57	19,39 %	40	13,61 %	15	5,10 %
1950	149	63,95 %	47	20,17 %	25	10,73 %	12	5,15 %
Gesamt	1.711	54,51 %	702	22,36 %	456	14,53 %	270	8,60 %

215 Vgl. Wilke, Medizinische Entwicklung, S. 206 f.

216 Dazugerechnet wurden alle Bediensteten von Reichsbahn und Post, sofern nicht ausdrücklich eine Funktion als „Arbeiter“ angegeben wurde, sowie Wehrmachts- und SS-Angehörige in Unteroffiziers- und Offiziersrängen.

In Tabelle VIII ist auf den ersten Blick zu erkennen, dass durchschnittlich weit mehr als die Hälfte (54,51 Prozent) der in „Sonnenschein“ verstorbenen Kinder aus Arbeiterfamilien stammte – bis 1942 und wieder ab 1949 sogar etwa 60 Prozent. Viele Väter waren als (Hilfs-)Arbeiter in der Landwirtschaft, im Handwerk und in der Industrie beschäftigt, und ein Teil der Mütter hatte eine Anstellung in einem Haushalt.²¹⁷ Im Jahre 1944 wurde sogar für eine Mutter und einen Vater notiert, es handele sich um „Ostarbeiter“.²¹⁸

Aus der Aufstellung ist ersichtlich, dass der Anteil von Kindern aus Arbeiterfamilien unter den Verstorbenen von 1942 (61,86 Prozent) auf 1943 (53,11 Prozent) um beinahe neun Prozentpunkte zurückgeht. Zum Teil lag das gewiss an der vergleichsweise hohen sozialen Mobilität während der Kriegsjahre, die es Arbeitern beispielsweise ermöglichte, militärische Karrieren einzuschlagen und auf diese Weise ihren sozialen Status zumindest vorübergehend zu verbessern.²¹⁹ Insofern könnte sich hier teilweise auch eine Veränderung der Bevölkerungssozialstruktur abbilden. Weitaus bedeutsamer dürfte allerdings gewesen sein, dass Angehörige des Mittelstandes²²⁰ und des Bürgertums, also Angestellte, Inhaber kleiner Betriebe, Akademiker und Unternehmer, während des „totalen Krieges“ mehr Res-

217 Zur Industrialisierung Bielefelds und der umliegenden Landkreise vgl. Karl Ditt, *Industrialisierung, Arbeiterschaft und Arbeiterbewegung in Bielefeld 1850–1914*, Dortmund 1982. Eine Studie konstatiert für die 1950er Jahre eine erhöhte Säuglingssterblichkeit bei unehelich und früh geborenen Kindern sowie bei solchen, die „unter ungünstigen häuslichen Bedingungen geboren und aufgezogen“ wurden. Jörn Gleiß, *Soziologische Untersuchung über die Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet*, Köln/Opladen 1960, S. 23.

218 Vgl. Datensatz 1944. Allgemein zur Zwangsarbeit in der Bielefelder Wirtschaft sowie zur Rolle von „Ostarbeiterinnen“ und „Ostarbeitern“ in Bielefeld vgl. Hans-Jörg Kühne, *Kriegsbeute Arbeit. Der „Fremdarbeitereinsatz“ in der Bielefelder Wirtschaft*, Bielefeld 2002. Dazu grundsätzlich vgl. Ulrich Herbert, *Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches*, 2. Aufl. Bonn 1999; Mark Spoerer, *Zwangsarbeit unter dem Hakenkreuz. Ausländische Zivilarbeiter, Kriegsgefangene und Häftlinge im Deutschen Reich und im besetzten Europa 1939–1945*, Stuttgart/München 2001.

219 Vgl. Hans-Ulrich Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. 4: *Vom Beginn des Ersten Weltkriegs bis zur Gründung der beiden deutschen Staaten 1914–1949*, München 2003, S. 771 ff. Sofern Väter aus der Arbeiterschicht als Unteroffiziere oder Offiziere in der Wehrmacht bzw. der SS dienten, wurde das in der Zählung als Angestelltenverhältnis erfasst.

220 Als grundlegende Arbeit vgl. Adelheid von Saldern, *Mittelstand im „Dritten Reich“*. *Handwerker – Einzelhändler – Bauern*, Frankfurt am Main/New York 1979.

ourcen aufbringen konnten, um ihre erkrankten Kinder nach Bethel respektive in die Senne zu überführen.

Bedauerlicherweise lässt sich nicht belegen, wie das Verhältnis zwischen 1944 und 1947 aussah; für diese Jahre fehlen zu viele Berufsangaben. Offensichtlich konnte aufgrund der Wirren der Kriegs- und Nachkriegszeit im Bereich der Verwaltung die erforderliche Sorgfalt nicht aufgebracht werden. Zu vermuten ist ferner, dass sich unter den Kindern aus Flüchtlingsquartieren auch Waisen mit unbekanntem Familiengeschichten befanden. Im März 1947 wurden im Landkreis Bielefeld 93.823 Personen registriert, von denen 23.335 als „Umquartierte und Flüchtlinge“ galten; das entspricht etwa einem Viertel. Für die Stadt Bielefeld war es mit 22.304 von 136.713 Einwohnerinnen und Einwohnern etwa ein Sechstel.²²¹

4.6 Alter der verstorbenen Kinder

Eine Aufstellung der Altersstruktur der verstorbenen Kinder (vgl. Tabelle IX) macht deutlich, dass nur knapp 16 Prozent das Säuglingsalter überschritten hatten, also älter als ein Jahr waren. Das deutet auf „Sonnenschein“ besondere Rolle als Heilstätte für Säuglinge.²²² Eine wichtige Frage bestünde nunmehr darin, zu klären, wie sich das Verhältnis zwischen der Sterblichkeit in „Sonnenschein“ und der allgemeinen Säuglings- und Kindersterblichkeit in der Region entwickelte. Dafür bedürfte es jedoch entsprechender Vergleichszahlen. Bedauerlicherweise finden sich in den Aktenbeständen der regionalen Medizinalverwaltung keine Unterlagen, die Auskunft über die Situation während des Krieges geben könnten. Alle aus der Arbeit der Bezirksregierung und der britischen Besatzungsbehörden überlieferten Aufstellungen beziehen sich auf die späten 1940er Jahre.²²³

221 Vgl. Regierungspräsident an Dezernate, 12.3.1947, LAV NRW OWL, D 1, 52.

222 Vgl. Hardt an Drake, 10.4.1948.

223 Vgl. Staatliches Gesundheitsamt Minden, Statistik der Geburten und Sterbefälle des Kreises Minden im Juni 1946, LAV NRW OWL, D1, 52, Bl. 184.

Tabelle IX: Alter der im Krankenhaus „Sonnenschein“ verstorbenen Kinder gemäß Todesanzeigen

	bis 1 Woche		8 Tage bis 1 Monat		älter als 1 Monat bis 1 Jahr		älter als 1 Jahr		Gesamt	
	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %
1939	37	19,37 %	30	15,71 %	71	37,17 %	53	27,75 %	191	100 %
1940	24	8,28 %	43	14,83 %	175	60,34 %	48	16,55 %	290	100 %
1941	27	14,75 %	37	20,22 %	101	55,19 %	18	9,84 %	183	100 %
1942	48	24,74 %	33	17,01 %	84	43,30 %	29	14,95 %	194	100 %
1943 ²²⁴	48	19,92 %	45	18,67 %	109	45,23 %	39	16,18 %	241	100 %
1944	27	12,00 %	62	27,56 %	104	46,22 %	32	14,22 %	225 ²²⁵	100 %
1945	9	3,27 %	27	9,82 %	194	70,55 %	45	16,36 %	275	100 %
1946	33	8,99 %	63	17,17 %	226	61,58 %	45	12,26 %	367	100 %
1947	31	10,06 %	61	19,81 %	166	53,90 %	50	16,23 %	308	100 %
1948	33	11,22 %	58	19,73 %	162	55,10 %	41	13,95 %	294	100 %
1949	48	16,33 %	51	17,35 %	161	54,76 %	34	11,56 %	294	100 %
1950	57	24,46 %	40	17,17 %	97 ²²⁶	41,63 %	39	16,74 %	233	100 %
Gesamt	422	13,63 %	550	17,77 %	1.650	53,31 %	473	15,28 %	3.095	100 %

Erklärungsbedürftig innerhalb der vorliegenden Statistik erscheint insbesondere der rapide Rückgang der Sterblichkeit der unter einer Woche alten Säuglinge in den Jahren 1944 und 1945. Der Hauptgrund könnte auch hier die Auslagerung des Kinderkrankenhauses in die Senne gewesen sein.

224 In einem Fall fehlt die Altersangabe. Der Datensatz wurde in die Kategorie „Bis eine Woche“ eingerechnet, weil als Todesursache „Lebensschwäche/Frühgeburt“ eingetragen ist. Zudem verweilte das Kind nur einen Tag.

225 Für das Jahr 1944 wird der Wert 225 als 100 % angegeben und nicht 269, weil ab November nur noch sporadisch Altersangaben in den Todesanzeigen enthalten sind.

226 Eingerechnet ist der Datensatz für ein am 23.8.1950 verstorbenes Kind, bei dem das Alter unleserlich eingetragen wurde.

Das Haus Hebron war im Vergleich zu Bethel auch für Patientinnen und Patienten aus Bielefeld schwerer erreichbar, was möglicherweise dazu geführt hat, dass gerade für akute Fälle, wie etwa bei Frühgeburten, kein rechtzeitiger Transport organisiert werden konnte. Entsprechend verstarben diese Kinder häufiger zu Hause.

Im Dezember 1945 schlug das Gesundheitsamt für den Landkreis Bielefeld Alarm. Zwischen dem 1. Juli und dem 30. September 1945 war es in den Kleinstädten und ländlichen Bereichen im Bielefelder Umland zu insgesamt 93 Todesfällen von Säuglingen im ersten Lebensjahr gekommen.²²⁷ Die „verhältnismäßig hohen Zahlen“, so der zuständige Amtsarzt, beruhten darauf, „dass im Landkreise [...] das Kinderkrankenhaus Bethel gelegen“ sei, „das Kinder des gesamten Regierungsbezirks“ aufnehme.²²⁸ Als Gründe insgesamt führte er das verstärkte Auftreten von Dyspepsien (Verdauungsstörungen) – möglicherweise aufgrund von Mangelernährung – an. Hinzu kamen „Schwierigkeiten in der Milchbelieferung, die durchweg nur jeden zweiten Tag erfolgte“, sowie „die Zuteilung verhältnismäßig geringer Nahrungsmittelrationen“.²²⁹ Eine Verbesserung der Situation sei nicht zu erwarten.²³⁰ In der Tat bestanden auch noch im Jahre 1948 akute Notlagen in „Sonnenschein“, wie aus einem Anschreiben des Gesamt-Anstaltsleiters Pastor Rudolf Hardt an die Bezirksregierung hervorgeht. Darin führte der Theologe aus, die Anzahl der Aufnahmege-suche sei derart hoch, dass regelmäßig Kinder zur Behandlung abgelehnt werden müssten.²³¹ Erschwerend komme hinzu, dass dem Krankenhaus auch „schwerstkranke Kinder aus der weiteren Entfernung des Minden-Ravensberger Landes zugesandt“ würden.²³² „Solche Kinder einfach abzuweisen“, sei oft unmöglich, „weil gewiss ist, dass sie an anderer Stelle auch nicht aufgenommen und behandelt werden können.“²³³ Damit befand sich das Krankenhauspersonal in einem Dilemma, das Hardt wie folgt beschrieb:

227 Vgl. Amtsarzt des Gesundheitsamtes Bielefeld-Land an den Regierungspräsidenten, 14.12.1945, LAV NRW OWL, D1, 212. Nach einer Auszählung des Verfassers handelt es sich um 88 Todesfälle von Säuglingen im ersten Lebensjahr im Krankenhaus „Sonnenschein“. Vgl. Datensatz 1945.

228 Ebd.

229 Ebd.

230 Vgl. ebd.; Stadtmedizinalrat Bielefeld an den Regierungspräsidenten, 13.12.1945, LAV NRW OWL, D1, 212.

231 Vgl. Hardt an Drake, 10.4.1948.

232 Ebd.

233 Ebd.

„Unsere Ärzte und Schwestern kommen dadurch in die größten Gewissenskonflikte. Weisen sie die Kinder einfach ab, so bedeutet es für einzelne den sicheren Tod, nehmen sie sie auf, so verschlechtern sich durch die Überbelegung die Pflegeverhältnisse und die Aussicht auf Gesundung. Das gilt besonders für die Säuglinge, die an sich das Hauptkontingent für die Überbelegung stellen.“²³⁴

Die regionale Säuglingssterblichkeit wurde während der Nachkriegsjahre von Amts wegen aufmerksam beobachtet und regelmäßig abgefragt.²³⁵ Im Juni 1946 beispielsweise verstarben im Regierungsbezirk Minden 104 Kinder vor Vollendung ihres ersten Lebensjahres, davon 31 im Landkreis Bielefeld.²³⁶ Im Landkreis Warburg waren es mit fünf Fällen deutlich weniger, doch auch hier war die Situation prekär.²³⁷ Grund war ein eklatanter Mangel an Kinder- und Säuglingsbekleidung. Die Kreisverwaltung sprach von einem unhaltbaren Zustand und befürchtete „ernsthafte Gesundheitsschäden der Säuglinge und Kleinkinder“.²³⁸ Über mehrere Jahre versuchten die Behörden daher, die Engpässe durch Verteilaktionen abzumildern.²³⁹ Die Medizinalverwaltung erkannte bereits Anfang 1945, dass eine Einlieferung nach „Sonnenschein“ für Säuglinge aus ganz Westfalen häufig die letzte Möglichkeit zum Überleben darstellte.²⁴⁰ Gleichzeitig war den Beamten aber auch klar, dass die Nachfrage die vorhandenen Möglichkeiten überstieg. Das Sterben in Bethel war in der zeitgenössischen Wahrnehmung daher eine bedauernswerte Zwangsläufigkeit²⁴¹ – das Krankenhaus „Sonnenschein“ hatte sich in diesem Verständnis zu einem Ort entwickelt, an dem der Tod gegenwärtig war.

234 Ebd.

235 Vgl. Gesundheitsamt Minden an den Regierungspräsidenten, 13.12.1945, LAV NRW OWL, D1, 212.

236 Vgl. Statistik der Geburten und Sterbefälle des Regierungsbezirks Minden im Monat Juni 1946, StA Detmold, D1, 52, Bl. 88.

237 Vgl. ebd.

238 Kreisverwaltung Warburg an die Amtsverwaltung Warburg-Land, 4.7.1946, LAV NRW OWL, D1, 212.

239 Vgl. Sozialminister des Landes Nordrhein-Westfalen an den Regierungspräsidenten Detmold, 29.10.1948, LAV NRW OWL, D1, 212.

240 Vgl. Regierungspräsident an den Oberpräsidenten, 3.1.1945, LAV NRW OWL, D1, 212.

241 Vgl. ebd.; Gesundheitsamt Minden an den Regierungspräsidenten, 13.12.1945.

4.7 Todesursachen

Die während der Jahre 1939 bis 1950 am häufigsten bescheinigten Todesursachen waren Lebensschwäche, Lungenentzündung, Ernährungsstörung sowie Hirnhautentzündung (vgl. Tabelle X). Unklar bleiben muss vor allem, was konkret sich jeweils hinter der Begrifflichkeit „Lebensschwäche“ verbarg. In einer Vielzahl der Fälle wurde noch zusätzlich vermerkt, es handele sich um Frühgeburten. Im Jahre 1941 findet sich dieser Eintrag 32 Mal bei insgesamt 41 an „Lebensschwäche“ verstorbenen Kindern, und 1947 in 59 von 61 Fällen.²⁴² Ganz offensichtlich entwickelte sich die Begrifflichkeit zu einem Synonym für Todesfälle von Frühgeburten.

Aus den Todesanzeigen selbst oder aus anderen Quellen lässt sich jedoch nicht rekonstruieren, wie die Einträge zustande kamen, ob sie möglicherweise fehlerhaft vorgenommen²⁴³ oder gar gefälscht wurden, wie es neuerdings Barbara Degen behauptet. Degen geht davon aus, dass das Sterben im Kinderkrankenhaus das Ergebnis eines kombinierten Systems „von Ernährungsexperimenten mit medizinischen Impfversuchen“ gewesen sei,²⁴⁴ stützt sich dabei jedoch ausschließlich auf allgemeine Indizien und führt keinen Quellenbeweis an.

242 Während der 1950er Jahre waren Frühgeburten mit 43 % die bei weitem häufigste Ursache der Säuglingssterblichkeit. Vgl. Gleiß, Soziologische Untersuchung, S. 11.

243 Zu den Fehlerquellen bei der Eintragung der Todesursache durch Ärzte vgl. W. Müller/N. Bocter, Beitrag zur Abschätzung der Aussagekraft der amtlichen Todesursachenstatistik. Eine empirische Untersuchung zur Verbesserung der Validität, Stuttgart/Berlin/Köln 1990, S. 23 f.

244 Degen, Bethel, S. 35.

Tabelle X: Am häufigsten bescheinigte Todesursachen im Krankenhaus „Sonnenschein“²⁴⁵

	100 %	Ernährungs- störung		Lebensschwäche		Hirnhaut- entzündung		Katarrh ²⁴⁶		Lungen- entzündung	
1939	191	6	3,14 %	51	26,70 %	17	8,90 %	6	3,14 %	39	20,42 %
1940	290	15	5,17 %	50	17,24 %	20	6,90 %	51	17,59 %	76	26,21 %
1941	183	14	7,65 %	42	22,95 %	15	8,20 %	13	7,10 %	43	23,50 %
1942	194	5	2,58 %	63	32,47 %	29	14,95 %	7	3,61 %	39	20,10 %
1943	241	8	3,32 %	70	29,05 %	32	13,28 %	3	1,24 %	47	19,50 %
1944	269	40	14,87 %	75	27,88 %	20	7,43 %	4	1,49 %	30	11,15 %
1945	275	113	41,09 %	27	9,82 %	25	9,09 %	7	2,55 %	34	12,36 %
1946	367	104	28,34 %	73	19,89 %	31	8,45 %	7	1,91 %	54	14,71 %
1947	308	71	23,05 %	62	20,13 %	28	9,09 %	4	1,30 %	40	12,99 %
1948	294	58	19,73 %	61	20,75 %	27	9,18 %	9	3,06 %	40	13,61 %
1949	294	59	20,07 %	72	24,49 %	17	5,78 %	1	0,34 %	60	20,41 %
1950	233	14	6,01 %	35	15,02 %	23	9,87 %	-	0,00 %	43	18,45 %
Gesamt	3.139	507	16,15 %	681	21,69 %	284	9,05 %	112	3,57 %	545	17,36 %

245 In einigen Fällen werden mehrere Todesursachen angegeben. Daher kommen Doppelzählungen vor.

246 In den Sterbeakten wird zwischen Magen-, Darm- und Magendarmkatarrh sowie anderen katarrhalischen Erkrankungen unterschieden.

Die Aufstellung der häufigsten Todesursachen erlaubt eine Vermutung über die deutlich aus dem Rahmen fallende erhöhte Sterblichkeit im Jahr 1940 (vgl. Tabelle I). Für die Jahre 1939, 1941 und 1942 ist eine konstante prozentuale Sterblichkeit von circa 13 Prozent festzustellen, und auch die absoluten Zahlen (1939: 191; 1941: 183; 1942: 194) liegen bemerkenswert nahe beieinander. Im Gegensatz dazu starben im Jahre 1940 mit 290 beinahe so viele Kinder wie in den unmittelbaren Nachkriegsjahren bei einer Quote von 19,49 Prozent. Aus der vorliegenden Statistik (vgl. Tabelle X) ist zu ersehen, dass es in diesem Jahr zu einer Häufung von katarrhalischen Erkrankungen und Lungenentzündungen im östlichen Westfalen kam.

Bereits bei Betrachtung der absoluten Zahlen ist ein rapider Anstieg der eingetragenen Todesursache „Ernährungsstörung“ von acht Fällen im Jahr 1943 über 39 Fälle 1944 bis zu 113 Fällen im Jahr 1945 festzustellen. Prozentual betrachtet handelt es sich jeweils etwa um eine Verdreifachung. Es ist anzunehmen, dass sich hier die allgemein schlechte Versorgungslage der Bevölkerung gegen Ende des Krieges niederschlug,²⁴⁷ die gerade eine angemessene Ernährung von Säuglingen erschwerte. Friedrich v. Bernuth konstatierte in diesem Zusammenhang für Bielefeld und Umgebung einen Mangel an Zucker, Gemüse, Fett und Milch.²⁴⁸ Es handelte sich hierbei um eine auch für andere Teile Deutschlands feststellbare Unterversorgung mit Grundnahrungsmitteln, insbesondere während der zweiten Hälfte des Jahres 1945.²⁴⁹ Darüber hinaus machte der Chefarzt die Häufung von Infektionen aufgrund des beengten Wohnens, das Fehlen von Seife, Puder und Salben sowie einen außergewöhnlich heißen und trockenen Sommer für die schlechte Verfassung vieler Säuglinge verantwortlich.²⁵⁰

247 Vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 399–404. Bereits Ende 1941 traten im östlichen Westfalen bedrohliche Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Gummisaugern für Milchflaschen, Arzneimittel und Tee auf. Vgl. Reichsminister des Innern an den Regierungspräsidenten in Minden, 7.11.1941, LAV NRW OWL, D1, 212; Regierungspräsidium Minden an die Gesundheitsämter, Landräte und Oberbürgermeister des Bezirks, 24.11.1941, LAV NRW OWL, D1, 212; Regierungspräsident, Abschrift, Auszug aus dem SD-Bericht vom 11.12.1941, 16.12.1941, LAV NRW OWL, D1, 212.

248 Vgl. v. Bernuth an Dyes, 22.12.1945, LAV NRW OWL, D1, 212.

249 Vgl. Werner Droes/Erich Rominger, Die Auswirkungen der Mangelernährungen auf Körpergewicht und Körpergröße schleswig-holsteinischer Kinder in der Nachkriegszeit, in: *Zeitschrift für Kinderheilkunde* 67 (1949), S. 615–683, hier: S. 620.

250 Vgl. Bernuth an Dyes, 22.12.1945.

Tabelle XI: Todesfälle durch Tuberkulose im Krankenhaus „Sonnenschein“ gemäß Todesanzeigen²⁵¹

1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
3 / 7 ²⁵¹	1 / 9	1 / 5	4 / 11	1 / 21	4 / 15	3 / 14	4 / 17	11 / 18	6 / 8	5 / 10	1 / 17
5,24 %	3,45 %	3,28 %	7,73 %	9,13 %	7,06 %	6,18 %	5,72 %	9,42 %	4,76 %	5,10 %	7,73 %

Eine zweite auffällige Entwicklung ist die Zunahme der Todesfälle durch Tuberkulose seit 1942.²⁵² Die „Bekämpfung“ dieser Infektionskrankheit war ein zentrales Ziel der NS-Gesundheitspolitik und während der 1930er Jahre wurden hier, anders als etwa bei Scharlach oder Diphtherie, erkennbare Erfolge erzielt.²⁵³ Während des Krieges setzte jedoch eine gegenläufige Entwicklung ein – die Tuberkulose verbreitete sich zusehends.²⁵⁴ Die vorliegende Statistik (vgl. Tabelle XI) lässt den Schluss zu, dass sich auch im östlichen Westfalen seit Mitte des Krieges die Situation deutlich verschlechterte. Durchgängig bis 1950 waren von da an – in absoluten Zahlen gemessen – in „Sonnenschein“ an Tuberkulose Gestorbene im zweistelligen Bereich zu verzeichnen. Prozentual betrachtet lag die durchschnittliche Anzahl der Tbc-Opfer in den Jahren 1939 bis 1941 bei jährlich knapp 4 Prozent, danach bei etwa 7 Prozent.

251 Der zweite Wert bezieht sich auf die Fälle tuberkulöser Hirnhautentzündung, die in Tabelle X bereits in der Spalte „Hirnhautentzündung“ aufgeführt sind.

252 Zur Geschichte der Tuberkulose und ihrer Bekämpfung vgl. Sylvelyn Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000, S. 144–250; Stefan Winkle, Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, Düsseldorf/Zürich 1997, S. 83–152; Christine Wolters, Tuberkulose und Menschenversuche im Nationalsozialismus. Das Netzwerk hinter den Tbc-Experimenten im Konzentrationslager Sachsenhausen, Stuttgart 2011, S. 21–93.

253 Vgl. Kater, Ärzte, S. 84; Süß, Volkskörper, S. 214–223. Dagmar Ellerbrock veranschaulicht, dass die Heilung der Tuberkulose durch die Verwendung von Begrifflichkeiten und Deutungsmustern wie „Gesundheitsgefahr“, „Volksseuche“ und „Bekämpfung“ bewusst ideologisch aufgeladen wurde. Vgl. Dagmar Ellerbrock, Gesundheitspolitik in der amerikanischen Besatzungszone 1945–1949, in: Woelk/Vögele, Gesundheitspolitik, S. 313–345.

254 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 386.

Spätestens ab 1945 breiteten sich in ganz Deutschland zunehmend auch andere Infektionskrankheiten aus,²⁵⁵ so auch in der Region um Bielefeld. Bernuth berichtete Ende des Jahres an die Bezirksregierung von einem vermehrten Auftreten typischer „Schmutzkrankheiten“ wie etwa Impetigo (bakterielle Hautkrankheit) und Krätze, aber auch von Typhus-, Paratyphus- und Tuberkulosefällen.²⁵⁶ Eine wirksame Bekämpfung der Infektionskrankheiten erwies sich zu diesem Zeitpunkt als kaum noch möglich. In Westfalen konnten aufgrund der kriegsbedingten Einschränkungen weder eine zuverlässige amtsärztliche Diagnostik noch eine zeitnahe Meldung der Fälle gewährleistet werden.²⁵⁷ Hinzu kam, dass aufgrund zunehmender Transportschwierigkeiten häufig auch die Medikamentenauslieferung ausblieb.²⁵⁸ Viele Krankenhäuser in der Region waren in dieser Situation außerstande, die Betroffenen zu versorgen,²⁵⁹ etwa weil Betten fehlten.²⁶⁰ Das Regierungspräsidium wies daher Anfang 1944 die Gesundheitsämter in Bielefeld-Stadt und Bielefeld-Land an, auswärtigen Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern die Aufnahme in die örtlichen Krankenhäuser zu verweigern.²⁶¹

Als eine weitere Infektionskrankheit spielte in „Sonnenschein“ neben der Tuberkulose auch noch die Diphtherie eine gewisse Rolle – obwohl in Bethel eigentlich das Infektionskrankenhaus „Samaria“ die Versorgung derartiger Fälle gewährleisten sollte.²⁶² Der Betrieb in „Samaria“ war allerdings nach der Evakuierung stark eingeschränkt worden. In dem Gebäude befanden sich seit Mitte 1944 nur noch eine kleine Beobachtungsstation sowie zehn bis fünfzehn Betten für die Behandlung von Tbc-Fäl-

255 Zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung während der späten 1940er Jahre vgl. Manfred Vasold, Das Städtische Krankenhaus Nürnberg in der Zeit des Wiederaufbaus (1945–1958), in: *Historia Hospitalium. Zeitschrift der deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 20 (1995–1997), S. 217–244, hier: S. 218 ff.

256 Vgl. v. Bernuth an Dyes, 22.12.1945.

257 Vgl. Reichsverteidigungskommissar Westfalen-Nord an den Reichsgesundheitsminister, 18.2.1945, S. 1–3, M1 I M, 605, hier: S. 3.

258 Vgl. ebd.

259 Vgl. ebd.

260 Vgl. Gesundheitsamt Bielefeld an den Regierungspräsidenten, 22.1.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932.

261 Vgl. Regierungspräsident an die Landräte in Halle, Herford, Wiedenbrück, Detmold, 15.2.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932.

262 Zur Geschichte des Infektionskrankenhauses „Samaria“ vgl. Wilke, *Medizinische Entwicklung*, S. 208–212.

len.²⁶³ Diphtherie entwickelte sich während des Krieges zu einer ernsthaften Gefahr für die Bevölkerung, da sie nicht gleichmäßig verteilt auftrat, sondern in Form regionaler Epidemiezentren.²⁶⁴ Im Jahre 1944 war ganz offensichtlich das östliche Westfalen betroffen. Von den insgesamt weniger als zwanzig bescheinigten Diphtherie-Todesfällen entfielen elf auf das Jahr 1944. Reichsweit stieg während des Krieges der Anteil der Fälle mit tödlichem Verlauf von 4,6 Prozent im letzten Vorkriegsjahr auf 7,1 Prozent im Jahre 1944.²⁶⁵ Winfried Süß sieht darin nicht zuletzt auch eine mittelbare Folge der Luftangriffe. Sie zerstörten die gesundheitsbezogene Infrastruktur, bewirkten einen Zusammenbruch der Abfallentsorgung, führten zu einer Verseuchung des Trinkwassers und drängten Infizierte und Gesunde in Schutzräumen und Notunterkünften zusammen.²⁶⁶ Obwohl sich in unmittelbarer Nähe zum Kinderkrankenhaus die Facheinrichtung „Samararia“ befand, übernahm „Sonnenschein“ während des Krieges und in den darauffolgenden Jahren auch die Funktion eines regionalen Infektionskrankenhauses für Kinder; das belegt die steigende Anzahl von Todesfällen durch Tuberkulose und Diphtherie ab 1942. Auch im Nachkriegsdeutschland blieb insbesondere die Lungentuberkulose eine der größten medizinischen Herausforderungen. Um die Landesregierung von der Notwendigkeit einer finanziellen Beihilfe zum Wiederaufbau zerstörter Teile Samarias zu überzeugen, war es für Sarepta Anfang der 1950er Jahre daher naheliegend, die vordringliche Aufgabe der „Bekämpfung“ dieser Infektionskrankheit zu betonen.²⁶⁷ Die Behandlung erfolgte seit dieser Phase verstärkt durch den Einsatz von Antibiotika sowie mittels einer verbesserten apparativen Ausstattung.²⁶⁸

263 Vgl. Gesundheitsamt an den Regierungspräsidenten, 20.6.1944, LAV NRW OWL, M1 I M, 932.

264 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 215.

265 Vgl. ebd., S. 393.

266 Vgl. ebd., S. 391; ders., Medizin im Krieg, in: Robert Jütte (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 190-200, hier: S. 190 f. Zum Zusammenbruch der Müll- und Abwasserentsorgung am Beispiel Münchens vgl. Peter Münch, Stadthygiene im 19. und 20. Jahrhundert, Göttingen 1993, S. 244-283.

267 Vgl. Jacobi an den Sozialminister, z. Hd. Müller, 15.1.1952, HAB, Sar. 1, 2636; Jacobi, Auszug aus dem Sitzungsbericht des Arbeitsausschusses vom 26.2.1952, HAB, Sar. 1, 2636. Dagmar Ellerbrock weist darauf hin, dass die von den Nationalsozialisten bei der Auseinandersetzung mit der Tuberkulose genutzten Begrifflichkeiten und Deutungsmuster wie „Volksseuche“ oder „Bekämpfung“ im Rahmen der alliierten Gesundheitspolitik in die Nachkriegszeit überführt wurden. Vgl. Ellerbrock, Gesundheitspolitik.

268 Vgl. Wolters, Tuberkulose, S. 31 f.

4.8 Behinderung²⁶⁹

Ein häufig diskutiertes Thema im Zusammenhang mit Medizinverbrechen im Nationalsozialismus ist die so genannte „Euthanasie“ – damit gemeint ist die planmäßige Ermordung von kranken und behinderten Menschen.²⁷⁰ Für das Kinderkrankenhaus ergibt sich konkret die Frage, ob möglicherweise Kinder, bei denen zeitgenössische Diagnosen wie „Mongolismus“, „Schwachsinn“, „Idiotie“, Chorea minor („Veitstanz“), Hydrocephalus („Wasserkopf“) oder „Missbildung“ vorlagen, hier signifikant häufiger verstarben. Ein derartiger Befund könnte gegebenenfalls auf Tötungshandlungen hindeuten. Schließlich wurden auch Kinder und Jugendliche mit körperlichen oder geistigen Behinderungen im Deutschen Reich ab 1939 im Rahmen der staatlich organisierten Kinder-„Euthanasie“ systematisch ermordet.²⁷¹ Die Morde erfolgten meist in den bei Heil- und Pflegeanstalten eingerichteten so genannten „Kinderfachabteilungen“.²⁷² Aktive Tötungen in einzelnen somatischen Krankenhäusern lassen sich hingegen zwar mit einiger Plausibilität vermuten, sind in der Forschungsliteratur bisher aber nicht bewiesen worden.²⁷³

269 Zur Geschichte des Begriffs Behinderung vgl. Hans-Walter Schmuhl, *Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung*, Berlin 2010.

270 Vgl. Schmuhl, *Rassenhygiene*; Klee, „Euthanasie“; Friedlander, *Weg*.

271 Zur Kinder-„Euthanasie“ vgl. Schmuhl, *Rassenhygiene*, S. 182-189; Lutz Kaelber/Raimond Reiter (Hg.), *Kindermord und „Kinderfachabteilungen“ im Nationalsozialismus. Gedenken und Forschung*, Frankfurt am Main 2011.

272 Vgl. ebd.

273 Vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 310.

Tabelle XII: Verstorbene Kinder mit Behinderung im Krankenhaus „Sonnenschein“ gemäß HAB Amtsbüchern

	Anzahl der Aufgenommenen	davon in „Sonnenschein“ verstorben	
1939	32	9	28,13 %
1940	33	11	33,33 %
1941	28	11	39,29 %
1942	39	9	23,08 %
1943 ²⁷⁴	24	6	25,00 %
1944	25	9	36,00 %
1945	17	5	29,41 %
1946	28	9	32,14 %
1947	20	6	30,00 %
1948	47	19	40,43 %
1949	54	20	37,04 %
1950	47	8	17,02 %
Gesamt	394	122	30,96 %

Für das Kinderkrankenhaus in Bethel können für den Zeitraum zwischen 1939 und 1945 insgesamt lediglich 198 Aufnahmen von Kindern rekonstruiert werden, bei denen die festgestellten Krankheitsbilder oder Diagnosen einen Anlass für eine Überstellung in eine „Kinderfachabteilung“ hätten bieten können – das sind nicht einmal ein Prozent der dort Behandelten. Vor Ort starben sechzig von ihnen (30,3 Prozent) – die Übrigen wurden entlassen. Zu Verlegungen in „Kinderfachabteilungen“ finden sich keine Informationen, wie Abgleiche mit den Überlieferungen des „Euthanasie“-Standorts Niedermarsberg sowie mit den Aufnahmebüchern der „Kinderfachabteilung“ an der Provinzialheilanstalt Dortmund ergaben.²⁷⁵ Unter den 198 behandelten Kindern mit Behinderung befanden sich 78 „Pflegerlinge“ – damit gemeint sind Kinder, die in anderen Häusern Bethels dau-

274 Die Aufnahmebücher für das Jahr 1943 sind unvollständig erhalten.

275 So eine Mitteilung per E-Mail des LWL-Archivamts (Münster) vom 3.9.2014 betreffend die „Kinderfachabteilung“ Niedermarsberg an das Hauptarchiv Bethel sowie eine Mitteilung per E-Mail des LWL-Archivamts (Münster) vom 17.9.2014 betreffend die Provinzialheilanstalt Dortmund.

erhaft untergebracht waren. Hier lässt sich nur ein einziger Sterbefall – im Jahre 1939 – nachweisen.²⁷⁶

Es ist bekannt, dass in Heil- und Pflegeeinrichtungen auch nach 1945 sogenannte „wilde Euthanasie“ betrieben wurde. Damit gemeint ist eine Tötung durch Unterversorgung, falsche Medikation oder durch die Verabreichung des Beruhigungsmittels Luminal.²⁷⁷ Bezüglich somatischer Krankenhäuser fehlen hingegen derartige Erkenntnisse. Betrachtet man die Todesanzeigen des Kinderkrankenhauses „Sonnenschein“ für die Nachkriegszeit bis 1950, dann sinkt der prozentuale Anteil zwischen 1948 und 1950 von 40,43 auf 17 Prozent. Zuvor hatte es allerdings einen rapiden Anstieg von sechs auf 19 Todesfälle von 1947 auf 1948, also um fast 10,5 Prozentpunkte, gegeben. Die in den Todesanzeigen eingetragenen Diagnosen, Verweildauern und Todesursachen bieten keine Erklärung für diese Entwicklung (vgl. Tabelle XIII).

Tabelle XIII: Todesursachen der Kinder mit Behinderung 1948 im Krankenhaus „Sonnenschein“ gemäß Todesanzeigen

Nr.	Diagnose	Verweildauer	Todesursache
1	Hydrocephalus	41 Tage	Ernährungsstörung
2	Nasen- und Rachenmissbildung	20 Tage	Lebensschwäche
3	Cerebrale Schädigung ²⁷⁸	2 Tage	Frühgeburt, Lebensschwäche
4	Wolfsrachen ²⁷⁹	2 Monate	Ernährungsstörung
5	Wolfsrachen	4 Monate	Herzfehler, angeboren
6	Hydrocephalus, Spina bifida ²⁸⁰	17 Tage	angeborene Wirbelspalte

276 Vgl. HAB, AmtPat 212/213.

277 Dazu vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg 1998, S. 582. Faulstich geht neben den 70.000 Opfern der „Aktion T4“ von 117.000 Opfern der „wilden Euthanasie“ aus.

278 Bewegungsstörung.

279 Damit gemeint ist eine Gaumenspalte.

280 Ein Hydrocephalus entwickelt sich häufig als Folge einer Spina bifida. Vgl. Friedrich/Spoerri/Stemann-Acheampong, Missbildung, S. 213 ff. Ebenso vgl. Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus, Spina Bifida. Einführung zur körperlichen Situation, Menden 1982.

Nr.	Diagnose	Verweildauer	Todesursache
7	Hydrocephalus	3,5 Monate	Wasserkopf, Hirndruck
8	Spina bifida	3 Tage	angeborene Wirbelspalte
9	Spina bifida, Klumpfüße	11 Tage	angeborene Wirbelspalte
10	Impfencephalitis ²⁸¹ , Hydrocephalus	2 Tage	Hirnentzündung
11	Spina bifida, Hydrocephalus internus	3 Monate	angeborene Wirbelspalte
12	Mongolismus	8 Tage	Lebensschwäche
13	Mongolismus	4 Tage	Ernährungsstörung
14	Mongolismus	14 Tage	Lebensschwäche
15	Mongolismus	27 Tage	Lebensschwäche
16	Mongolismus	1 Tag	Lebensschwäche
17	Missbildung	1 Monat	Ernährungsstörung
18	Wolfsrachen	19 Tage	Ernährungsstörung
19	Mongolismus	1 Tag	Lungenentzündung

Zwar lässt sich feststellen, dass die prozentualen Anteile der bescheinigten Todesursachen „Ernährungsstörung“ und „Lebensschwäche“ mit 26,32 Prozent sowie 31,58 Prozent deutlich über dem Durchschnitt von 21,69 Prozent (Vgl. Tabelle X) liegen. Als Beweis für Unregelmäßigkeiten in der Erfassung oder gar als Indiz für vorsätzliche Tötungen behinderter Kinder im Krankenhaus „Sonnenschein“ lässt sich der Befund jedoch nicht deuten. Das liegt darin begründet, dass die absoluten Zahlen – es liegen nur sechs beziehungsweise fünf Fälle vor – nicht ausreichen, um signifikante Aussagen treffen zu können.

281 Durch eine (Pocken-)Schutzimpfung verursachte Gehirnentzündung.

4.9 Behandelte Erkrankungen

Die Frage, welche Krankheiten in „Sonnenschein“ erfolgreich behandelt werden konnten, lässt sich aus einer Auswertung der Todesanzeigen nicht beantworten. Hier bleibt zunächst lediglich der Versuch, indirekt Rückschlüsse zu ziehen. So besteht die Möglichkeit, die Einlieferungsgründe derjenigen Patientinnen und Patienten anzuschauen, die länger als dreißig Tage im Kinderkrankenhaus behandelt wurden.

Tabelle XIV: Behandelte Krankheiten im Krankenhaus „Sonnenschein“ gemäß Todesanzeigen

	100 %	mehr als 30 Tage behandelt	Lungenkrankheiten	Hirnhautentzündung	Ernährungsstörung	Magenpfortnerkrampf	Lebensschwäche (Frühgeburt)
1939	191	19	2	-	2	-	1
1942	194	28	3	5	1	-	4
1945	275	73	4	4	27	2	7
1947	308	60	12	1	21	4	6
1949	294	49	8	4	12	7	4

Tabelle XIV führt für die Jahre 1939, 1942, 1945, 1947 und 1949 für diejenigen Kinder, die länger als dreißig Tage stationär behandelt wurden, die fünf häufigsten Einweisungsgründe in das Kinderkrankenhaus auf. Für das Jahr 1939 beispielsweise handelt es sich um 19 Fälle. Darunter befinden sich neben eindeutigen Diagnosen wie Katarrh, Lungenentzündung oder Keuchhusten auch mehrere unklare Einträge wie „Lebensschwäche“ oder „Ernährungsstörung“. Andere Einweisungsgründe, etwa im Jahr 1947, waren Hauterkrankungen, Tuberkulose, Lungenentzündung, Magenpfortnerkrampf, Nierenerkrankungen, Rachitis oder Herzfehler. Hinzu kamen Frühgeburten.

Signifikant ist der Befund, dass „Sonnenschein“ in der Nachkriegszeit mit der Behandlung von Ernährungsstörungen, in der Mehrzahl vermutlich Mangelkrankungen, konfrontiert war. Von den im Jahre 1947 insgesamt sechzig länger behandelten Kindern wurden 21 mit einer derartigen vieldeutigen Diagnose eingeliefert. Anzumerken wäre hier, dass in fünf

dieser Fälle eine Lungenentzündung (Pneumonie) als Begleiterkrankung und Todesursache angegeben ist. Eine Lungenentzündung wird durch Bakterien, Viren, Pilze oder Parasiten verursacht. Besonders anfällig für eine Infektion sind Menschen mit schlechtem Allgemeinzustand und geschwächtem Immunsystem.²⁸² In der Statistik spiegelt sich daher der während der Nachkriegszeit dramatisch verschlechterte Gesundheitszustand, insbesondere von Kleinkindern. Viele Krankenhäuser waren in dieser Situation überfordert.

4.10 Entlassungen

Neben den Todesanzeigen existiert eine geschlossene Überlieferung der Aufnahmebücher des Betheler Kinderkrankenhauses. Sie enthalten Einträge zu persönlichen Daten wie Name, Meldeadresse, Geburtsort und -tag. Hinzu kommen eine Diagnose sowie der Einlieferungs- und Entlassungstag.²⁸³ Es wäre jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden, die Datenmenge in ihrer Gänze zu erfassen. Über ein Stichprobenverfahren soll dennoch versucht werden, zumindest zu vorläufigen Aussagen über Behandlungserfolge zu gelangen. Analog zur Aufstellung der Verweildauer der Verstorbenen (vgl. Tabellen III, IV, V, VI, VII) wurden die Jahrgänge 1939, 1942, 1945, 1947 und 1949 ausgewählt. Als sinnvolle Forschungsgrundlage dient hier eine Stichprobe von jeweils zwanzig Prozent aller entlassenen Kinder. Die anzustrebende Quote wurde über zwei quantitative Schritte erreicht. Zunächst wurde jeder siebte Fall eines entlassenen Kindes erfasst; anschließend wurden diese Fälle durch Zufallsstichproben über einen digitalen Zufallsgenerator auf 20 Prozent ergänzt.²⁸⁴ Für das Jahr 1939 handelt es sich um 228 Datensätze, für 1942 um 229, für 1945 um 185, für 1947 um 325²⁸⁵ sowie für 1949 um 321 Datensätze (vgl. Tabelle XV).

282 Dazu zeitgenössisch vgl. Carl-Erich Schuntermann, Die Lungenentzündung, in: Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten 4 (1933), H. 1–3, S. 1–140.

283 Vgl. Fußnote 177.

284 Für die Datenerfassung danke ich Frau Ulrike Cruel.

285 Hier wurden statt 303 Datensätze (20 %) 325 Datensätze eingepflegt (21,44 %).

Tabelle XV: Behandelte Krankheiten im Krankenhaus „Sonnenschein“ gemäß Aufnahmebüchern^{286,287}

	100 %	Lungen-entzündung		Tuberkulose		Dyspepsie		Ernährungsstörung	
1939	228	36	15,79 %	3	1,32 %	8	3,51 %	13	5,70 %
1942	229	36	15,72 %	11	4,80 %	25	10,92 %	2	0,87 %
1945	185	24	12,97 %	9	4,87 %	38	20,54 %	8 ²⁸⁷	4,32 %
1947	325	25	7,69 %	43	13,23 %	45	13,85 %	6	1,85 %
1949	321	42	13,08 %	34	10,59 %	32	9,97 %	1	0,31 %
	1288	163	12,66 %	100	7,76 %	148	11,49 %	30	2,33 %

Die am häufigsten erfolgreich in „Sonnenschein“ behandelten Krankheiten waren demnach Lungenentzündungen, Tuberkulose, Dyspepsien (Verdauungsstörungen) und Ernährungsstörungen. Mit 34,24 Prozent – bezogen auf die Stichprobe – machen diese Fälle mehr als ein Drittel aller Entlassungen aus. Ein Abgleich mit der Sterbestatistik bestätigt die Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen (vgl. Tabelle XI) in Bielefeld und Umgebung. Zwischen 1942 und 1947 sowie 1949 kam es bei einem Anstieg von 4,8 auf 13,23 beziehungsweise 10,59 Prozent zu einer Verdoppelung der Tbc-Fälle in „Sonnenschein“. Noch eindrucksvoller ist der Anstieg zwischen 1939 und 1947 von 1,32 auf 13,23 Prozent; hierbei handelt es sich um eine Verzehnfachung. Die Hochrechnung für das Jahr 1942²⁸⁸ ergibt 55 entlassene Kinder, deren Tbc-Erkrankung erfolgreich behandelt wurde; im selben Jahr starben 15 Kinder an dieser Krankheit (vgl. Tabelle XI). Für das Jahr 1949 stehen hochgerechnete 170 Entlassungen 15 Sterbefällen gegenüber. Eine Stellungnahme Friedrich v. Bernuths aus dem März 1948 lässt jedoch Zweifel daran aufkommen, dass das Verlassen des Krankenhauses durchweg gleichbedeutend mit einer Heilung war. Darin gab Bernuth zu verstehen, dass es „wegen des ständigen Platzmangels“ häufig erforderlich

286 Bei den hier jeweils angegebenen 100 % handelt es sich um 20 % der insgesamt aufgenommenen Kinder.

287 Hierunter fällt ein Fall, bei dem „Unterernährung“ eingetragen ist.

288 Es erfolgt eine Multiplikation der erfassten Fälle mit dem Faktor 5 (20 % × 5 = 100 %).

sei, die Kinder zu früh zu entlassen.²⁸⁹ Zugleich wies der Chefarzt aber auch darauf hin, dass viele deutlich länger im Krankenhaus verweilten als erforderlich. Als Gründe gab er an, Eltern seien oftmals nicht dazu in der Lage, ihre Kinder abzuholen. Zudem sei es aus ärztlicher Sicht in vielen Fällen auch nicht zu vertreten, Patientinnen und Patienten nach einer überstandenen schweren Krankheit „in eine ungesunde, feuchte Wohnung, die häufig nur aus einem einzigen Zimmer für mehrere Personen besteht, oder in ein Flüchtlingslager zu entlassen“.²⁹⁰

Die Hochrechnungen bezüglich der Diagnose „Ernährungsstörungen“ ergeben für das Jahr 1945 vierzig erfolgreich behandelte Fälle, dreißig Fälle für 1947 sowie lediglich fünf Fälle für 1949. In den entsprechenden Jahren verstarben 113 (1945), 71 (1947) und 59 (1949) Kinder an einer Ernährungsstörung. Das Verhältnis ist zweifellos Ausdruck der Nachkriegsnot und steht somit auch für die Hilflosigkeit des Krankenhauspersonals angesichts einer nur eingeschränkt funktionsfähigen medizinischen Infrastruktur. Wenn Säuglinge und Kleinkinder in der Nachkriegszeit mit einer solchen Diagnose eingeliefert wurden, dann, so lässt sich der Befund zu spitzen, bedeutete das ganz überwiegend, dass sie kurz darauf verstarben.

Zur Behandlung aufgenommen wurden ferner Patientinnen und Patienten mit Entzündungen, Krämpfen, Verbrennungen, Vergiftungen, Augenleiden, Atemwegserkrankungen wie Keuchhusten oder asthmatischen Beschwerden sowie Hautkrankheiten wie Ekzeme,²⁹¹ Krätze²⁹² oder Impetigo.²⁹³ Bei Impetigo (Borkenflechte) handelt es sich um eine hochinfektiöse bakterielle Hauterkrankung, die vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern auftritt.²⁹⁴ Ähnlich wie bei den Infektionskrankheiten Diphtherie,²⁹⁵ Masern,²⁹⁶ Typhus oder Paratyphus²⁹⁷ wäre hier eine isolierte Unterbringung angezeigt gewesen. Da diese Möglichkeit in „Sonnenschein“ jedoch nicht

289 Vgl. Bernuth an einen unbekanntem Empfänger, 24.3.1948.

290 Ebd.

291 Für die Jahre 1939 und 1942 beispielsweise weist die Statistik je neunmal eine Behandlung von Ekzemen aus.

292 Für das Jahr 1945 weist die Statistik sechs Fälle von Skabies (Krätze) aus.

293 Für das Jahr 1947 weist die Statistik drei Fälle von Impetigo aus, für das Jahr 1948 sieben Fälle.

294 Vgl. Art. „Borkenflechte (Impetigo contagiosa, Grindflechte)“, unter: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/borkenflechte-impetigo-contagiosa-grindflechte> [Letzter Zugriff: 15.2.2016].

295 Für das Jahr 1942 weist die Statistik zwei Fälle von Diphtherie aus.

296 Für die Jahre 1942 und 1945 sind je zwei Infektionen mit Masern belegt.

297 In den erstellten Statistiken für die Jahre 1939, 1942, 1945, 1947, 1949 tauchen insgesamt 17 Fälle von Typhus bzw. Paratyphus auf.

gegeben war, mussten die Betten tagsüber in die Schwesternschlafräume gefahren werden sowie nachts in den Wirtschafts- und Ärztebereich.²⁹⁸

Die Einträge in den Aufnahmebüchern können nur sehr allgemein die gesundheitliche Gesamtsituation der regionalen Bevölkerung abbilden – das trifft gewiss auf die Mangelperiode ab 1945 zu. Möglicherweise geben diese Quellen vielmehr darüber Aufschluss, welche medizinischen Prioritäten einweisende Ärzte und Krankenhauspersonal jeweils gesetzt hatten. So sind für 1939, das noch als letztes Friedensjahr für das Gebiet des Deutschen Reiches bezeichnet werden kann, immerhin 15 Grippebehandlungen in „Sonnenschein“ belegt, für 1947 hingegen nicht eine einzige. Ganz ähnlich verhielt es sich in Bezug auf Lungenentzündungen. Prozentual betrachtet wurden 1947 mit Abstand die wenigsten Kinder mit einer derartigen Diagnose (7,69 Prozent) behandelt. Da nicht davon auszugehen ist, dass Influenza und Pneumonie in den Mangeljahren signifikant abnahmen, lässt der Befund den Rückschluss zu, dass für Patientinnen und Patienten mit grippalen Erkrankungen zu diesem Zeitpunkt keine Betten zur Verfügung gestellt wurden und bei Lungenentzündungen – sofern diese Erkrankung nicht überwiegend in „Samaria“ behandelt wurde – streng abgewogen wurde; Betroffene mussten vermutlich mitunter auch zu Hause gepflegt werden. In den Aufnahmebüchern fehlen zudem gänzlich Hinweise auf Knochenerkrankungen und -verletzungen. Das dürfte daran gelegen haben, dass für derartige Fälle das Krankenhaus Gilead als Heilstätte vorgesehen war.²⁹⁹

Ein Blick auf die Verweildauer der Entlassenen für die Jahre 1942, 1945 und 1947 (vgl. Tabellen XVI, XVII, XVIII) lässt erkennen, dass lediglich eine verschwindend geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten innerhalb der ersten drei Tage nach der Einlieferung entlassen wurde; zwischen 16 Prozent und beinahe 21 Prozent im Jahre 1947 verließen das Krankenhaus allerdings innerhalb der ersten zehn Tage.

298 Vgl. Übersicht Kraft, 17.3.1948.

299 Vgl. F. v. Bodelschwingh an Kirschsieper, 17.9.1931, HAB, Sar 1, 418.

Tabelle XVI: Verweildauer entlassener Kinder 1942
gemäß Aufnahmebüchern³⁰⁰

1942	Prozent	absolut	Verweildauer 1 – 10 Tage		Verweildauer 11 – 30 Tage		Verweildauer 30 – 60 Tage		Verweildauer länger als 60 Tage	
Stadt Bielef.	30,13 %	69	13	18,84 %	32	46,38 %	12	17,39 %	12	17,39 %
LK Bielef.	24,45 %	56	12	21,43 %	21	37,50 %	12	21,43 %	11	19,64 %
sonstige Herkunft	45,41 %	104	13	12,50 %	32	30,77 %	29	27,88 %	30	28,85 %
Gesamt	100 %	229	38	16,60 %	85	37,11 %	53	23,14 %	53	23,14 %

Zwischen 1942 und 1945 stieg die Anzahl derer, die länger als dreißig Tage verweilten, von 46,28 Prozent auf beinahe 59 Prozent an. Im Jahre 1939 lag der Anteil der länger als sechzig Tage behandelten Kinder bei 18,86 Prozent, im Jahre 1942 bei 23,14 Prozent, drei Jahre darauf bei 27 Prozent, 1947 wieder bei etwas mehr als 23 Prozent, und im Jahre 1949 waren es 20,18 Prozent. Ein Fünftel bis ein Viertel der Betten war somit dauerhaft mit Langzeitpatientinnen und -patienten belegt. Im Jahre 1945 beispielsweise betraf das Kinder mit Brustfell- und Lungenentzündung, mit Dyspepsien oder Tuberkulose sowie Frühgeburten. Bei der Verlängerung der Verweildauer handelt es sich um einen allgemeinen Trend im Deutschen Reich als Folge einer grundsätzlichen Schwächung durch jahrelange reduzierte Ernährung.³⁰¹ Neben der medizinischen Notwendigkeit, beispielsweise Fälle von Tuberkulose³⁰² längerfristig in einem Krankenhaus zu versorgen, könnte sich hier auch ein Bedürfnis der ärztlichen Leitung ausdrücken, Entlassungen kurz zuvor Genesener in unzureichende hygienische Bedingungen möglichst hinauszuzögern.³⁰³ Auf Basis der hier ausgewerteten Datenstichprobe könnte vermutet werden, dass in „Sonnenschein“ gezielt ein gewisses Platzkontingent für Rekonvaleszente vorgehalten wurde. Unklar ist dabei allerdings, ob es sich um ein Alleinstellungsmerkmal Bethels oder um ein auch in anderen Krankenhäusern übliches Verfahren handelte.

300 Die in den Tabellen XVI, XVII und XVIII angegebenen 100 % beziehen sich auf die Stichprobe (20 %).

301 Vgl. Mewes, Lebensstandard, S. 58 ff.

302 Vgl. ebd., S. 60.

303 Vgl. Übersicht Kraft, 17.3.1948.

Tabelle XVII: Verweildauer entlassener Kinder 1945
gemäß Aufnahmebüchern

1945	Prozent	absolut	Verweildauer 1 – 10 Tage		Verweildauer 11 – 30 Tage		Verweildauer 30 – 60Tage		Verweildauer über 60 Tage	
Stadt Bielef.	21,08 %	39	6	15,38 %	15	38,46 %	12	30,77 %	6	15,39 %
LK Bielef.	29,19 %	54	13	24,07 %	9	16,67 %	17	31,48 %	15	27,78 %
sonstige Herkunft	49,73 %	92	11	11,96 %	22	23,91 %	30	32,61 %	29	31,52 %
Gesamt	100 %	185	30	16,22 %	46	24,86 %	109	31,90 %	50	27,02 %

Die Erkenntnis, dass das Kinderkrankenhaus während der Kriegsjahre und darüber hinaus für einen erheblichen Anteil der Patientinnen und Patienten als „Langzeitkrankenhaus“ zur Verfügung gestellt wurde, lässt einen bemerkenswerten Rückschluss zu: „Sonnenschein“ wies einen Doppelcharakter auf als „Schutzbereich“ für die einen und ein Ort, an dem gestorben wurde, für die anderen – insbesondere für erkrankte Säuglinge und Frühgeburten.³⁰⁴ Doch auch hier bleibt die Frage ungeklärt, ob und gegebenenfalls in welcher Hinsicht und nach welchen Kriterien das Personal dabei bewusst steuernd eingegriffen haben könnte.

Tabelle XVIII: Verweildauer entlassener Kinder 1947
gemäß Aufnahmebüchern

1947	Prozent	absolut	Verweildauer 1 – 10 Tage		Verweildauer 11 – 30 Tage		Verweildauer 30 – 60Tage		Verweildauer über 60 Tage	
Stadt Bielef.	23,38 %	76	17	22,37 %	28	36,84 %	19	25,00 %	12	15,79 %
LK Bielef.	17,23 %	56	13	23,21 %	18	32,14 %	11	19,64 %	14	25,00 %
sonstige Herkunft	59,39 %	193	38	19,69 %	68	35,23 %	38	19,69 %	49	25,39 %
Gesamt	100 %	325	68	20,92 %	114	35,08 %	68	20,92 %	75	23,08 %

304 Von den entlassenen Kindern waren mindestens ein Jahr alt: 58 % (1942), 54 % (1945), 61,54 % (1947). Der Anteil der Säuglinge unter den Verstorbenen betrug für diese Jahre: 85,05 % (1942), 83,64 % (1945), 83,77 % (1945). Vgl. Tabelle IX.

Ganz ähnlich wie in den für die Todesfälle erstellten Statistiken stammte der überwiegende Anteil der erfolgreich behandelten und entlassenen Kinder nicht aus Bielefeld und seiner Umgebung, sondern aus anderen Teilen Westfalens. Im Jahre 1942 waren es 45,41 Prozent, es folgte ein Anstieg auf fast 50 Prozent im Jahre 1945 bis zu 59,39 Prozent im Jahre 1947. Nach der Verlegung in das Haus Hebron nahm der Anteil der entlassenen Kinder aus dem Stadtbereich nochmals deutlich von 30,13 Prozent 1942 auf 21,08 Prozent im Jahre 1945 ab.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Erst seit kurzer Zeit existiert eine systematische Erfassung der Todesanzeigen des Kinderkrankenhauses „Sonnenschein“ für den Zeitraum von 1939 bis 1950. Sie bietet erstmals die Möglichkeit einer wissenschaftlich abgesicherten Auswertung. Aus der Statistik geht hervor, dass das Sterben im Betheler Kinderkrankenhaus an der Tagesordnung war. In den Jahren 1944 und 1945 kamen beispielsweise mehr als zwanzig Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten zu Tode, und im Jahre 1946 starb durchschnittlich täglich ein Kind. Die Verstörung, die ein derartiger Befund erzeugen muss, regte diese Arbeit an. Eines ihrer Hauptziele bestand daher darin, die Sterblichkeit in „Sonnenschein“ zu deuten.

Ein derartiger Versuch, das Sterben – und damit verbunden auch den medizinischen Alltag – in einem Krankenhaus zu erforschen, wurde in der Geschichtswissenschaft bisher noch nicht unternommen. Das ist überraschend, da es sich hier schließlich um das „Kerngeschäft“ der stationären klinischen Versorgung handelt. Diese Leerstelle innerhalb der Medizingeschichte kann nicht deutlich genug benannt werden. Entsprechend fehlen auch einschlägige Erkenntnisse zu anderen Einrichtungen, die als Vergleichsgrößen hätten herangezogen werden können. Darüber hinaus erschwerte die geschichtspolitische Kontroverse um die Thesen Barbara Degens die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Todesfällen in „Sonnenschein“. Ein Ziel dieses Beitrags bestand daher darin, auf der Grundlage einer systematischen Quellenauswertung zu einer Versachlichung der Diskussion beizutragen. Es konnte gezeigt werden, dass die Behauptungen Degens aus den vorhandenen Quellen nicht belegt werden können und somit bis auf Weiteres zurückzuweisen sind.

Zugleich stellt sich jedoch die Quellenlage zum Krankenhaus „Sonnenschein“ in jeder Hinsicht als unbefriedigend dar. Der eklatante Mangel nötigte daher zur Entwicklung einer kombinierten Untersuchungsmethode,

die ursprünglich als Hilfskonstruktion mit experimentellem Charakter gedacht war, sich aber als ausgesprochen gewinnbringend erwies. Zum Herangehen gehören ein biografisch ansetzender Teil, der sich mit den Arbeiten des langjährigen Chefarztes Friedrich v. Bernuth befasst, eine Darstellung der Rahmenbedingungen des Krankenhausbetriebs in Bethel sowie eine statistische Auswertung der Sterbeunterlagen und Aufnahmebücher. Hier liegt die eigentliche wissenschaftliche Innovation. Über den Ansatz, Statistiken zu erstellen und diese anschließend immanent oder unter Zuhilfenahme anderer Quellen zu interpretieren, konnten nicht nur bestehende Erkenntnisse und Einschätzungen zum Charakter „Sonnenscheins“ bekräftigt, sondern gleichermaßen auch neue Aspekte zur Geschichte des Betheler Kinderkrankenhauses herausgearbeitet werden.

Die Statistiken machen den räumlichen Einzugsbereich „Sonnenscheins“ eindrucksvoll sichtbar. Neben den Patientinnen und Patienten aus der Stadt Bielefeld wurden dort erkrankte Kinder aus dem gesamten östlichen Westfalen von Rahden im Norden bis Warburg im Süden und von Hamm im Westen bis Höxter im Osten behandelt. Die systematische zahlenmäßige Erfassung und Aufstellung ermöglicht nunmehr eine exakte Quantifizierung der Herkunftsbereiche und liefert erstmals einen empirischen Beweis für die Doppelfunktion „Sonnenscheins“ als Land- und Stadtkrankenhaus.

Die Sterblichkeit gerade der aus der weiteren Umgebung eingelieferten Kinder ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Dazu gehören etwa die unzureichende Verkehrsanbindung des ländlichen Raums im östlichen Westfalen, aber auch der eklatante Landärztemangel während des Krieges. Diese Umstände führten sehr wahrscheinlich dazu, dass viele akute Fälle zu spät eingeliefert wurden, um eine erfolgreiche Behandlung vorzunehmen. Nur vereinzelt betreffen die Todesanzeigen Jugendliche; der Großteil benennt Säuglinge. Hier zeigt sich zum einen die Spezialisierung des Krankenhauses auf die Behandlung von Kleinst- und Kleinkindern. Gleichermäßen handelt es sich aber auch um Zeugnisse der Kindersterblichkeit in Deutschland, insbesondere während der zweiten Kriegshälfte und der Nachkriegsjahre.

Ein Beispiel für eine neu gewonnene Erkenntnis ist die Ermittlung der am häufigsten bescheinigten Todesursachen. Dazu gehören „Lungenentzündung“, „Ernährungsstörungen“ oder „allgemeine Lebensschwäche“. Die für den Untersuchungszeitraum nunmehr nachvollziehbaren Veränderungen der Zahlen spiegeln die zunehmende Not während der Nachkriegsjahre. Just an dieser Stelle zeigt sich aber auch die Grenze eines sich auf Statistiken stützenden Untersuchungsansatzes. Was genau sich hinter den Einträgen jeweils verbarg, kann allenfalls mittelbar erschlossen werden.

Zu diesem Zweck ließen sich etwa die – allerdings erst ab 1945 existierenden – Statistiken der Besatzungsbehörden zum Ernährungszustand der Gesamtbevölkerung sowie vereinzelt auffindbare Quellen aus anderen Krankenhäusern heranziehen.

Zwangsläufig entsteht somit Raum für Spekulationen. Vor dem Hintergrund des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Programms und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Chefarzt Friedrich v. Bernuth seit den 1930er Jahren wiederholt der NS-Bevölkerungspolitik das Wort geredet hatte, könnte tatsächlich die Vermutung aufkommen, dass der Tod erkrankter Kinder in „Sonnenschein“ möglicherweise vorsätzlich herbeigeführt worden ist – etwa durch die Verweigerung einer Behandlung. Doch obwohl ein Doppelcharakter des Krankenhauses als Ort, an dem gestorben wurde, und Langzeit-Heilstätte nachgewiesen werden kann, finden sich in den Quellen so gut wie keine Informationen zu Diagnostik, Medikation und Pflege. Ebenso wenig lässt sich herausarbeiten, in welchem Ausmaß das Krankenhauspersonal insgesamt mit NS-Gedankengut in Berührung gekommen war und wie sich das möglicherweise auf das Handeln vor Ort ausgewirkt haben könnte. Damit fehlt eine tragfähige Grundlage, um die Frage nach möglichen vorsätzlichen Tötungen zu beantworten. Informationen zum Alltag lassen sich ohne Behandlungsakten und Selbstzeugnisse nicht erschließen. Nur sie könnten gegebenenfalls erklären, welche Vorgänge sich tatsächlich hinter den Zahlen verbergen. Insofern muss auch die eng damit verknüpfte Frage nach der Qualität der medizinischen Leistungen „Sonnenscheins“ ungeklärt bleiben. Möglicherweise entsprachen die über beinahe zwei Jahrzehnte unter Friedrich v. Bernuth eingeübten Routinen entgegen formulierter Ansprüche und öffentlicher Wahrnehmung nicht mehr erstklassigen fachlichen Standards.

Der historische Blick auf die Todesfälle im Betheler Kinderkrankenhaus berührt an dieser Stelle, ohne dass das beabsichtigt gewesen wäre, eine weitere hochaktuelle Diskussion. Die Sterblichkeitsraten in Krankenhäusern gelten heute als Hauptindikatoren für deren medizinisches Leistungsvermögen. Als so genannte „Hospital Standardized Mortality Ratio“ (HSMR) bildet die risikoadjustierte Gesamtsterblichkeit in einem Krankenhaus zurzeit die alleinige Kennzahl für Qualität – und steht damit zu Recht auch in der Kritik.³⁰⁵ Der Blick auf das Fallbeispiel „Sonnenschein“

305 Vgl. Einladung zur Fachtagung „Sterblichkeitsrate im Krankenhaus – die standardisierte Kennzahl?“ am 26. Februar 2015 in Berlin, einsehbar unter: http://www.qkk-online.de/fileadmin/user_upload/dokumente/2014/November/CKiD_QKK_Einladungsflyer_HSMR_26022015_1_.pdf [Letzter Zugriff: 15.2.2016]. Für den Hinweis danke ich Herrn Eckhard Heesch.

führt deutlich vor Augen, dass es bei einer Evaluierung von Krankenhausleistungen unbedingt erforderlich ist, die besonderen Merkmale der jeweiligen Patientengruppen zu berücksichtigen. Es macht einen Unterschied, ob Erkrankte aus einem wohlhabenden Stadtviertel oder aus so genannten sozialen Brennpunkten eingeliefert werden beziehungsweise ob sie Möglichkeiten hatten, frühzeitig von einem Hausarzt oder einer Hausärztin untersucht zu werden. Berücksichtigt werden müssen ferner die jeweilige Ernährungsweise sowie die hygienischen Standards sowie nicht zuletzt auch soziale und kulturelle Bedingungen.

Die vorliegende Arbeit zum Kinderkrankenhaus „Sonnenschein“ hat erheblichen Forschungsbedarf im Bereich der Medizin- und Krankengeschichte zutage gefördert. Zwei zentrale Desiderate lassen sich festhalten: Bis heute hat es die Geschichtswissenschaft insgesamt versäumt, systematisch Daten im Bereich der Geschichte der Krankenhäuser zu erfassen. Dazu gehören beispielsweise Einlieferungs- und Behandlungszahlen, abgerechnete Pflagetage, behandelte Krankheiten und Sterbezahlen, aber auch Informationen über Anzahl und Sozialstruktur des Krankenhauspersonals. Aus diesem Grund fehlen Vergleichsfolien, anhand derer valide Aussagen über einzelne Krankenhäuser getroffen werden könnten. Das bedeutet im konkreten Fall: Niemand kann derzeit sagen, ob „Sonnenscheins“ Sterblichkeitsraten hoch, durchschnittlich oder möglicherweise sogar gering gewesen sind. Das zweite Desiderat betrifft die medizinische Entwicklung im Bereich der somatischen Krankenhäuser. Nach wie vor existiert keine entsprechende Forschungsarbeit, so dass es nicht einmal möglich ist, Spezifika von Kinder- und Erwachsenenkrankenhäusern zu identifizieren. Alles spricht hier dafür, das Forschungsfeld „Krankenhäuser“ weiter zu bestellen.