

Jan Haverkamp

Rauschmittel im Nationalsozialismus. Die gesetzliche und therapeutische Entwicklung 1933–1939¹

Göring war morphiumsüchtig.² Hartnäckig halten sich Gerüchte, die immer wieder durch Hinweise bestärkt werden, dass Hitler Aufputsch- und Beruhigungsmittel vom „Reichsspritzenmeister“ Morrell erhielt.³ Die Wehrmacht setzte massiv das Aufputschmittel Pervitin im Krieg ein. Vor und während des Frankreichfeldzuges, „from April to July 1940 more than 35 million pills of Pervitin and Isophan [...] were delivered to the Army and the Luftwaffe.“⁴ Im Konzentrationslager Sachsenhausen führten die Nazis Experimente mit Häftlingen durch, um die „Wunderdroge“ zu finden, die den

¹ Im Text wird bezüglich der Ärzte und Apotheker ausschließlich die männliche Form verwendet, da dem Autor kein weibliches Fachpersonal in den Unterlagen begegnete. Im Fall der Süchtigen wird Einfachheit halber ausschließlich die männliche Form verwendet, was ebenfalls die weiblichen Abhängigen beinhalten soll. Der Text basiert auf Jan Haverkamp, *Rauschmittel im Nationalsozialismus*, München 2009.

² Vgl. Joachim Fest, *Das Gesicht des Dritten Reiches*, fünfte Auflage, München 1997, S. 116; Robert Wistrich, *Wer war wer im Dritten Reich?*, überarbeitet und erweitert von Hermann Weiß, Frankfurt am Main 1987, S. 119, 122.

³ Vgl. Werner Pieper (Hg.), *Nazis on Speed. Drogen im 3. Reich*, Bd. 1, Löhrbach 2002, S. 263–276.

⁴ Zitiert nach Peter Steinkamp, *Pervitin (Methamphetamine) Tests, Use and Misuse in the German Wehrmacht*, in: Rüdiger vom Bruch / Ulrich Herbert (Hg.), *Man, Medicine and the State: The Human Body as an Object of Government-Sponsored Medical Research in the 20th Century*, Stuttgart 2006, S. 65. Bei Pervitin handelte es sich um ein Amphetamin, welches 1938 auf den Markt kam und in den Apotheken frei verkäuflich war. 1941 fiel es aufgrund der ersten Fälle von Abhängigkeit unter das Opiumgesetz. Vgl. Pieper, *Nazis on Speed* (wie Anm. 2), S. 114–133; Reichsgesetzblatt I, Berlin 1941, S. 328.

deutschen Soldaten zum Übermenschen mutieren ließe.⁵ Dementsprechend trat der nationalsozialistische Staat als Produzent, Entwickler und Verteiler von Rauschmitteln auf. Doch wie gestaltete sich die Situation für den „normalen“ Abhängigen? Wie gingen die Nationalsozialisten mit Rauschmittelsüchtigen um? Veränderten sich die Gesetzeslage sowie die Entzugsmöglichkeiten signifikant im Vergleich zur Weimarer Republik? Inwiefern waren Süchtige von den diversen Verfolgungs- und Entmenschlichungsmethoden der Nazis betroffen? Erstaunlicherweise konzentriert sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung in Deutschland auf die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg und hat sich bisher nur rudimentär mit den Anfängen der Betäubungsmittelsucht und der nationalsozialistischen Ära auseinandergesetzt. Das Hauptaugenmerk lag dabei vor allem auf der gesetzlichen Entwicklung.⁶ Einzig Tilmann Holzer hat die ideologische Ausrichtung der Rauschmittelbekämpfung sowie den organisatorischen Aufbau untersucht. Zudem stellt Holzer die wichtigsten Protagonisten vor und stützt sich bei seiner Analyse auf ein breites Quellenmaterial.⁷ In diesem Text richtet sich der Fokus auf die gesetzlichen Veränderungen sowie die Methoden der Behandlung von Süchtigen in Heil- und Pflegeanstalten. Das Quellenmaterial besteht aus Artikeln aus zeitgenössischen wissenschaftlichen Zeitschriften und exemplarischen Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalten Buch und Wittenau. Darüber hinaus soll ein Ausblick erfolgen, inwiefern Abhängige Opfer der nationalsozialistischen Terrormaßnahmen wie Euthanasie und Sterilisierung geworden sind.

⁵ Vgl. Astrid Ley / Günter Morsch, *Medizin und Verbrechen. Das Krankenrevier des KZ Sachsenhausen 1936–1945*, Berlin 2007 (Schriftenreihe der Stiftung Brandenburgische Gedenkstätten, Bd. 21), S. 361.

⁶ Vgl. Jan Wriedt, *Von den Anfängen der Drogengesetzgebung bis zum Betäubungsmittelgesetz vom 1. 1. 1972*, Frankfurt am Main 2006; Detlef Briesen, *Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA*, Frankfurt am Main 2005.

⁷ Vgl. Tilmann Holzer, *Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene*, Norderstedt 2007.

Wenn hier von Rauschmitteln gesprochen wird, handelt es sich hauptsächlich um die Derivate des Opiums, die zwischen 1921 und 1939 neben dem Alkohol die größte Verbreitung in der deutschen Gesellschaft fanden. Unter die relevanten Opiatpräparate fallen zum Beispiel Morphinum, Eukodal, Pantopon, Holopon, Eumecon, Laudanon, Heroin und Trivalin, die in ähnlicher Weise wirken. Da in den meisten Fällen eine Morphiumsucht oder Polytoximanie vorlag, werden die unterschiedlichen Süchte im Folgenden unter dem Begriff Morphinismus subsumiert. Die häufig vermutete starke Verbreitung von Kokain lässt sich nach 1925 nicht bestätigen. Zwar stieg besonders nach dem Ersten Weltkrieg die Zahl der Konsumenten wie beim Morphinum sprunghaft an, doch sank sie der zeitgenössischen Literatur zufolge in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre wieder.⁸

Die gesetzlichen Entwicklungen der Rauschmittelbekämpfung

Am 1. Januar 1921 trat das „Gesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens von Den Haag“ in Kraft. Aufgrund des Artikels 295, Absatz 1, des Versailler Vertrages waren alle unterzeichnenden Staaten zur Umsetzung verpflichtet. Die große Neuerung dieses Gesetzes lag vor allem in der Einbeziehung der Produktion von Opium- und Kokainderivaten und in der schärferen Kontrolle des Handels, insbesondere des Großhandels. Die Situation änderte sich für den Konsumenten dadurch kaum, da nur der Bezug aus dem Großhandel erschwert wurde, worunter insbeson-

⁸ Vgl. Karl Bonhoeffer / Georg Illberg, Über Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin, 83 (1926), S. 235; Alfred Kauffmann, Der Kokainismus und Morphinismus in der Kriegs- und Nachkriegszeit vom gerichtsärztlichen Standpunkt, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin, 80 (1925), S. 398–399; Kurt Pohlisch, Rauschgifte und Konstitution, Berlin 1937, S. 10; Hanns Schwarz, Über die Prognose des Morphinismus, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 63 (1927), S. 216.

dere der illegale Kleinhandel litt. Die Abhängigen konnten mit Hilfe eines Rezeptes oder dessen Fälschung ohne weiteres ihr Suchtmittel erhalten. Die Abgabe an den Bürger war an die Rezeptpflicht nach den Bestimmungen von 1891 gebunden sowie der Prämisse, Heilzwecken zu dienen, unterworfen. Zudem waren der Konsum und der Besitz von Rauschmitteln weiterhin nicht strafbar.⁹

Der nächste größere Einschnitt ergab sich infolge des Genfer Abkommens im Jahr 1925. So trat am 1. Januar 1930 das sogenannte Opiumgesetz in Kraft, welches die vorherigen Gesetze ersetzte. Wieder einmal betrafen die Regelungen hauptsächlich den Handel und die Ein- und Ausfuhr von Rohopium und -kokain sowie deren Derivate. Damit zielte das Gesetz abermals auf die Ausweitung der Kontrolle des Handels und der Herstellung, wodurch der Schmuggel und illegale Handel eingedämmt werden sollten. Im Dezember 1930 erließ die deutsche Regierung die „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken“.¹⁰ Von nun an war die Abgabe von Rauschmitteln nur erlaubt, wenn sie ärztlich begründet war, womit die Vergabe nach Heilzwecken spezifiziert und verschärft wurde. Eine Abgabe zu Genusszwecken beziehungsweise bewusst an Süchtige konnte nur noch erfolgen, wenn der Mediziner personenbezogene Daten sowie die Angaben über die Qualität und Quantität des Mittels in einem „Morphinbuch“ aufführte. Darunter fiel auch die Frage, „warum [...] zur Zeit keine Entziehungskur eingeleitet [werde]?“¹¹ Der grundlegende Effekt des Opiumgesetzes war die Möglichkeit, den Weg des Opiums und Kokains von der Einfuhr über die Weiterverarbeitung bis zum Verbraucher lückenlos zu kontrollieren.¹²

⁹ Vgl. Reichsgesetzblatt 1921, Berlin, S. 2–5. Zum Inhalt und zu den Auslegungen der Gesetze Wriedt, Drogengesetzgebung (wie Anm. 6), S. 71–76. Allerdings fehlen bei Wriedt Beschreibungen der Bedeutung und Auswirkungen der Bestimmungen.

¹⁰ Vgl. Reichsgesetzblatt, 1930, Teil I, S. 635–643.

¹¹ Vgl. ebd., S. 636. Zu Kokain vgl. ebd., S. 637–638.

¹² Der Kriminalkommissar Arthur Nebe rühmte bereits 1929 die Berliner Kartei gefälschter Rezepte, die erfolgreich der Verbrechensbekämpfung diene. Vgl. Arthur

Das Gesetz von 1930 scheint seine Wirkung auf die Zahl der Süchtigen und ihre Verbrauchsgewohnheiten gehabt zu haben. Der weitverbreiteten Beschaffung des Narkotikums auf dem Weg einer erschlichenen Verschreibung oder über ein gefälschtes Rezept waren seitdem Hürden gesetzt. Das Rezept musste bestimmte Kriterien erfüllen – wie die Unterschrift des Arztes, eine Gebrauchsanweisung und das Ausstellungsdatum – und es musste medizinisch begründbar sein. Zudem waren die Apotheker verpflichtet, alle Rezepte fünf Jahre aufzubewahren sowie ein Morphinbuch zu führen. Damit erhöhte sich die Gefahr für einen Süchtigen, entdeckt zu werden. Friedrich Panse weist in seinem Artikel darauf hin, dass seit 1931/32 neue Fälle von Morphinismus seltener auftraten. Jedoch verweist er andererseits auf einen Anstieg des Schlafmittelmisbrauchs sowie vermehrte Fälle von Schlafmittelsüchtigen in den Heil- und Pflegeanstalten.¹³ Die Morphinisten wechselten anscheinend aufgrund der restriktiveren Regelungen zu den frei erhältlichen Schlafmitteln.

Interessanterweise blieben die rechtlichen Bestimmungen des Opiumgesetzes aus der Weimarer Republik im Kern im Nationalsozialismus bestehen. Nur zweimal veränderten die Nationalsozialisten die Rechtslage. Allerdings waren damit nur minimale Modifi-

Nebe, Kriminalpolizei und Rauschgifte, in: *Kriminalist. Monatsheft*, 4 (1929), S. 81. Wie effektiv die zuständigen Behörden kontrollierten, muss leider offen bleiben. Eine Bearbeitung wäre aber eine lohnende Aufgabe, da sich eine Vielzahl von Fragen nach Strukturen, Theorie und Praxis der Verfolgung anschließen.

¹³ Vgl. Friedrich Panse, *Grundlagen, Ausbreitung und Bekämpfung des Opiat- und Schlafmittelmisbrauchs in Deutschland*, in: *Gegen die Rauschgifte!*, Berlin 1936, S. 24. Zum Anstieg des Schlafmittelmisbrauchs vgl. Hans Knospe, *Schlafmittelmisbrauch*, in: *Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B*, 10 (1937/38), S. 382–383; Hans Joachim Meyer, *Über chronischen Schlafmittelmisbrauch und Phanodormpsychosen*, Dissertation, München 1939, S. 4; Pohlisch, *Rauschgifte und Konstitution* (wie Anm. 8), S. 6–7, 13. Die bei Hans Joachim Meyer angegebenen Zahlen aus einer psychiatrischen Abteilung zeigen einen Anstieg besonders nach 1933.

kationen verbunden, die keine besonderen Konsequenzen für die Süchtigen hatten.¹⁴

Ganz anders gestaltete sich die Entwicklung im Hinblick auf die bürgerlichen Rechte und die Strafverfolgung. So trat am 24. November 1933 das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ in Kraft. Die wesentlichen Bestimmungen zum Betäubungsmittelmissbrauch lagen im § 42, der die Möglichkeit schaffte, straffällige Rauschmittelsüchtige ohne deren Zustimmung in eine Heil- und Pflegeanstalt einzuweisen. Die Unterbringung der Süchtigen war im § 42c allerdings an drei Bedingungen geknüpft. So musste der Süchtige gewohnheitsmäßig Rauschmittel konsumieren und musste im Rausch oder „mit einer solchen Gewöhnung in ursächlicher Verbindung“¹⁵ stehend eine Straftat begangen haben. Als letzter Punkt sollte eine Unterbringung nötig sein, um den Betroffenen „an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.“¹⁶ Die Unterbringung konnte laut § 42f unbeschränkt erfolgen und vom Gericht bei Erfüllung des Zweckes zu bestimmten Fristen aufgehoben werden. Im Falle der Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten betrug die Frist drei Jahre.¹⁷ Nach der Entlassung war das Gericht befugt, Auflagen zu erlassen, die der Entlassene zu erfüllen hatte. Darunter konnte zum Beispiel eine Meldepflicht oder die Kontrolle über eine permanente Abstinenz fallen. Wenn die Anordnungen nicht eingehalten wur-

¹⁴ Vgl. Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1933, S. 287–288; Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1934, S. 22 ff.; Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1935, S. 212. Zur Änderung des zweiten Genfer Abkommens vgl. Wriedt, Drogengesetzgebung (wie Anm. 6), S. 114–117. Der Kontrakt bezweckte vor allem eine Kontrolle der hergestellten Mengen von Betäubungsmitteln und eine Beschränkung auf den Verbrauch in Medizin und Wissenschaft. So verpflichteten sich alle Vertragsstaaten auf eine jährliche Schätzung und Erstellung von Statistiken, die sie dem Völkerbund mitteilen mussten.

¹⁵ Vgl. Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1933, S. 996.

¹⁶ Ebd. Das Gesetz nennt nur Entziehungsanstalten. Heil- und Pflegeanstalten erfüllten diese Aufgabe im gleichen Maße. Vgl. Werner Thomas, Vorbeugende, sichernde und bessernde Maßnahmen gegen rauschgiftsüchtige Rechtsbrecher, in: *Kriminalistik*, 5 (1938), S. 103.

¹⁷ Vgl. Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1933, S. 996.

den, war das Gericht berechtigt, eine wiederholte Einweisung zu veranlassen.¹⁸ Allerdings bestand weiterhin im Nationalsozialismus keine direkte Handhabe für eine Entmündigung von Morphinisten. Eine Vielzahl von Autoren kritisierte die Praxis: „Es scheint sowohl vom Standpunkt eines natürlichen Rechtsempfindens wie des ärztlichen Denkens untragbar, daß manchmal erst die Straffälligkeit eines Patienten die Möglichkeit einer Entziehung schaffen muß.“¹⁹ Die fehlende Möglichkeit der Entmündigung war schon in der Weimarer Republik unter den Fachleuten eine häufig diskutierte Streitfrage, da die Entmündigung die Voraussetzung für die Zwangseinweisung von Abhängigen in die Heil- und Pflegenanstalten darstellte. So führte der § 6 des BGB explizit nur die Trunksucht als Entmündigungsgrund an, aber nicht den Konsum anderer Substanzen. Nur unter der Voraussetzung der Diagnose der Geisteskrankheit existierte eine Möglichkeit, einen Abhängigen zu entmündigen und ihn damit zum Entzug zu nötigen.²⁰ Da aber die Beschaffung der nötigen Rauschmittel über kurz oder lang zwangsläufig zu einem Verstoß gegen das Opiumgesetz führte, war ab 1933 jeder Abhängige im Zuge des § 42 von einem Zwangsaufenthalt in einer Heil- und Pflegenanstalt bedroht. Die Einweisungen aufgrund des § 42 des

¹⁸ Vgl. ebd. Zur Praxis der Einweisung und der späteren Auflagen vgl. Werner Thomas, Zusammenarbeit der Gau- und Kreisarbeitsgemeinschaften für Rauschgiftbekämpfung mit der Kriminalpolizei, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B (1937/38), S. 309; ders., Vorbeugende, sichernde und bessernde Maßnahmen (wie Anm. 16), S. 105.

¹⁹ Vgl. W. M. Fraeb, Die rechtspolitische Bedeutung der Rauschgiftbekämpfung, in: Juristische Wochenschrift, 44 (1934), S. 2755; O. Graf, Psychologische und medizinische Grundlagen einer rationellen Suchtgiftbekämpfung, in: Gerhart Feuerstein (Hg.), Suchtgiftbekämpfung. Ziele und Wege, Berlin 1944, S. 22; Rudolf Koch / Heinrich Többen, Der heutige Stand der Bekämpfung des Rauschgiftmissbrauchs, in: Monatschrift für Kriminalpsychologie, 27 (1936), S. 528; Langelüddeke, Zur gesetzlichen Behandlung Rauschgiftsüchtiger, in: Zeitschrift für Neurologie, 158 (1937), S. 437; Thomas, Maßnahmen (wie Anm. 16), S. 106.

²⁰ Vgl. Bonhoeffer / Ilberg-Sonnenstein, Verbreitung und Bekämpfung (wie Anm. 8), S. 243; Kauffmann, Kokainismus und Morphinismus (wie Anm. 8), S. 414; Briesen, Drogenkonsum (wie Anm. 6), S. 75. Zum Wortlaut der entsprechenden Passagen des § 6 BGB: Ernst Joël, Behandlung der Giftsuchten, Leipzig 1928, S. 102.

StGB waren allerdings nicht sehr zahlreich. In dem Zeitraum 1934–1937 wurden im ganzen Reich nur 289 Personen eingeliefert.²¹

Auf der anderen Seite erfüllten die Nationalsozialisten eine lang erhobene Forderung. Sie schufen eine restriktiv wirkende Handlungsmöglichkeit gegenüber süchtigen Ärzten, die neben den Pflegeberufen und Apothekern die größte Gruppe unter den Opiatabhängigen waren. Nicht nur die berufliche Tätigkeit litt unter der Sucht, sondern die Ärzte waren zudem noch die Quelle für die unberechtigte Verschreibung von Rezepten.²² Der § 42l erlaubte es nun, ein Berufsverbot auszusprechen, wenn ein Vergehen aufgrund der Privilegien des Berufsstandes begünstigt verübt wurde. So konnten die Richter dafür eine Strafe von drei Monaten verhängen.²³ Zudem ermöglichte es die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 im § 3, Absatz 4, einem Arzt die Zulassung zu verweigern, wenn, „wegen einer Sucht, die für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Eignung und Zuverlässigkeit fehlt.“²⁴

In den wissenschaftlichen Publikationen postulierten die Autoren ebenfalls eine Verbesserung der Erfassung von Betäubungsmittelsüchtigen. Insbesondere in Großstädten war es den Morphiniten möglich, permanent den Arzt sowie den Apotheker zu wechseln, um die benötigte Verschreibung und Substanz zu erhalten. Die Ärzte und Apotheker konnten wegen des unsteten Besuchs nicht einschätzen, ob es sich um ein berechtigtes oder unberechtigtes Verlangen handelte. Obwohl die Nationalsozialisten neue Einrichtungen wie zum Beispiel die Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung kreierten beziehungsweise reorganisierten, fehlte eine Zen-

²¹ Vgl. Thomas, Maßnahmen (wie Anm. 16), S. 104. Thomas führt die geringen Zahlen auf die Unkenntnis und fehlende Erfahrung der Staatsanwälte und Richter zurück. Da keine exakten Zahlen über Rauschmittelsüchtige existieren, ist es schwierig, eine Relation herzustellen. Dennoch scheinen 289 Personen innerhalb von vier Jahren eine geringe Anzahl zu sein.

²² Vgl. Mogens von Harbou – von der Hellen, Der giftsüchtige Arzt im Strafrecht, in: Die Medizinische Welt, 9 (1935), S. 463.

²³ Vgl. Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1933, S. 997.

²⁴ Vgl. Reichsärzteordnung, Berlin 1935, S. 2; Koch / Többen, Bekämpfung (wie Anm. 18), S. 523.

tralstelle, der bekannte Abhängige gemeldet wurden und die die Angaben an alle Ärzte und Apotheker weitergab. Zudem richteten die Nationalsozialisten bei der Neuordnung der Kriminalpolizei 1935 eine „Reichszentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen“ ein. Die Abteilung mit ihren Meldestellen führte eine Kartei straffälliger Süchtiger, die aber die strafrechtlich nicht in Erscheinung Getretenen nicht beinhaltete. Im Prinzip wäre dafür die „Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung“ prädestiniert gewesen, die in Zusammenarbeit mit den Fürsorgestellen die Betreuung der Süchtigen organisierte. Ob die Reichsarbeitsgemeinschaft ein Verzeichnis der Opiatabhängigen erstellte, ist leider nicht bekannt. Wenn eine solche Erfassung bestand, scheint die Kooperation mit der Kriminalpolizei und den lokalen Ärzten und Apothekern jedoch nicht sehr erfolgreich gewesen zu sein.²⁵

Darüber hinaus führte die Ärztekammer Berlin 1937 eine Drei-Wochen-Meldefrist für Ärzte ein. So mussten Ärzte, die einen Patienten länger als drei Wochen mit Rauschmitteln behandelten, die Ärztekammer in Kenntnis setzen. Daraufhin prüften zwei Gutachter den Fall und untersuchten den Patienten. Die Bewertung entschied dann über das weitere Vorgehen, das entweder in einer Empfehlung zu einer Entziehung oder in der Einschränkung der Medikation bestand. „Durch diese Maßnahme wurde eine große

²⁵ Vgl. G. Bundt, Über die Organisation der Rauschgiftbekämpfung in der Provinz Pommern, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe A, 19 (1936/37), S. 758; Bresgen (Oberregierungsapotheker), Die Zentralstelle für Opiatsuchten der Arbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung im Gau Ostpreußen, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B, 4 (1938/1939), S. 493–494; Gerhardt Feuerstein, Organisierte Suchtmittel-Bekämpfung, warum und in welcher Form?, Berlin 1937, S. 13, 15; Kosmehl, Der sicherheitspolizeiliche Einsatz bei der Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht, in: Suchtgiftbekämpfung, Berlin 1944, S. 33; Werner Thomas, Zusammenarbeit der Gau- und Kreisarbeitsgemeinschaften mit der Kriminalpolizei, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B (1937/38), S. 309. Laut Gerhardt Feuerstein scheint die Einrichtung einer solchen Zentralstelle im Dezember 1941 erfolgt zu sein. Vgl. Gerhardt Feuerstein, Ziel und Weg der Reichsmeldestelle für Suchtgiftbekämpfung, in: ders. (Hg.), Suchtgiftbekämpfung – Ziele und Wege, Berlin 1944, S. 7.

Zahl von Strafverfahren gegen Aerzte wegen unbegründeten Verschreibens von Rauschgiften vermieden und auch verhindert, daß die Patienten ‚wanderten‘.²⁶ Die Meldefrist schränkte den Beschaffungsspielraum der Morphinisten in Berlin stark ein. Sie konnten seitdem nicht mehr unerkannt über einen längeren Zeitraum bei einem Arzt ihr Rauschmittel beziehen, wenn dieser sich an die Anordnung hielt. Da aber die Meldefrist nicht alle Verschreibungen erfasste – insbesondere nicht die gefälschten – existierten weiterhin noch andere Möglichkeiten, die benötigten Opiate zu erhalten.

Die rechtliche Situation der Rauschmittelsüchtigen glich sich mehr und mehr derjenigen der Alkoholiker an. Beide Gruppen waren von dem neugeschaffenen § 42 betroffen, der bei Straffälligkeit eine Zwangseinweisung erlaubte. Allerdings waren weiterhin in erster Linie Alkoholiker von den Gesetzen zur Zwangseinweisung bei „Gemeingefährlichkeit“ oder bei einer „gemeingefährlichen Geistesstörung“ betroffen.²⁷ Auch hinsichtlich der Entmündigung änderte sich die Diskrepanz zwischen Alkoholikern und Alkaloid-süchtigen nicht.

²⁶ Vgl. Thomas, Maßnahmen (wie Anm. 16), S. 106; ders., Zusammenarbeit der Gau- und Kreisarbeitsgemeinschaften (wie Anm. 25), S. 310; Theo Paulstich, Bekämpfung der Suchtgiftschäden in ihrer Beziehung zu den Heil- und Pflegeanstalten, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, 1938/39, S. 574. Zum Erfolg der Meldefrist hinsichtlich des Rückgangs der eingeleiteten Verfahren vgl. Kosmehl, Einsatz (wie Anm. 25), S. 36 f. Die Zahlen sagen allerdings nichts darüber aus, inwiefern sich die Süchtigen auf anderen Wegen ihr Rauschmittel beschafften.

²⁷ Vgl. Waldemar Freienstein, Die gesetzlichen Grundlagen der Rauschgiftbekämpfung, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 2 (1936), 6, S. 213 ff.; Ernst Joël, Alkoholkranken-Fürsorge: Organisation, gesetzliche Bestimmungen, praktische Beispiele. Für den Gebrauch von Fürsorgestellen für Alkoholranke, von Wohlfahrts-, Jugend- und Polizeiämtern, Heilanstalten und Enthaltensamkeitsvereinen, Berlin 1928, S. 15 ff. Zur Entmündigung und vorläufigen Vormundschaft vgl. ebd., S. 31–36. Die Regelung bezog sich zwar gleichfalls auf Opiatsüchtige. Eine gemeingefährliche Geistesstörung tritt aber nur beim Entzug auf, so dass eine Zwangseinweisung auch hier selten erfolgte.

Eugenik

Der Blick auf die genetische Veranlagung von Rauschmittelsüchtigen beeinflusste ihre Wahrnehmung in der Öffentlichkeit sowie ihre Behandlung. Ab 1933 veränderte sich die Anschauung der genetischen Disposition maßgeblich. Deutlich wird der Unterschied zum Beispiel in der Definition des Begriffes „Rauschmittelsucht“. „Eine durch nichts abwendbare, Vernunftgründen nicht zugängliche Gier nach immer erneuter Aufnahme der Substanzen“²⁸ galt auch im Nationalsozialismus weiterhin als Erklärung für die Rauschmittelsucht. Der Drang nach einem Mittel, ohne das ein Leben nicht möglich scheint, dominierte zwar als Wesensmerkmal, doch im direkten Anschluss folgte der Verweis auf die körperliche Veranlagung für die Sucht. So erklärte der von den Zeitgenossen mehrfach zitierte Ernst Speer, dass „eben nicht das Mittel das Wesentliche an diesem Zustand ist, sondern die Haltungsanomalie der betroffenen Persönlichkeit.“²⁹ Der ebenfalls häufig angeführte Ernst Gabriel definierte Sucht beziehungsweise Süchtigkeit analog als „das drängende Verlangen nach Beseitigung einer dauernden, in der Anlage der Persönlichkeit gegebenen, quälenden seelischen Gleichgewichtsstörung mit Hilfe äußerer Mittel.“³⁰ Demnach war die Sucht

²⁸ Vgl. Erich Hesse, *Die Rausch- und Genussgifte*, zweite verbesserte Auflage, Stuttgart 1953, S. 3.

²⁹ Vgl. Ernst Speer, *Das Problem der Sucht*, in: *Zeitschrift für Neurologie*, 157 (1937), S. 579–587. Ernst Speer (1889–1964) war Psychotherapeut und Leiter der von ihm gegründeten Privatklinik für Psychotherapie in Lindau. Er war ein Vetter von Albert Speer und trat 1937 in die NSDAP ein. Aus dem Text ist nicht zu erschließen, ob er die eugenische Politik der Nationalsozialisten unterstützte oder sich den Umständen unterwarf. Vgl. Ernst Klee, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich*, Frankfurt am Main 2003, S. 590.

³⁰ Vgl. Ernst Gabriel, *Zur Psychotherapie der Suchten*, in: *Psychotherapeutische Praxis*, 3 (1936/1937), S. 10. Zur Biographie von Ernst Gabriel ist soviel bekannt, dass er Primararzt der Wiener Heil- und Pfllegeanstalt Am Steinhof sowie der „stellvertretende Fachbeauftragte der Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung im Lande Österreich“ war. Aus seiner Funktion und seinen Schriften lässt sich entnehmen, dass er den nationalsozialistischen Vorstellungen insbesondere in Bezug auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nahe stand. Vgl. Ernst Ga-

das Symptom einer psychischen Veranlagung beziehungsweise Erkrankung, wie die Artikel „Morphinismus“ in Meyers Lexikon unterstreichen. Darin wird 1928 erklärt, dass der Morphinismus „am häufigsten [...] durch schmerzhafteste körperliche und deprimierende oder erregende Krankheiten“ entstehe,³¹ wobei er in der Ausgabe von 1939 hauptsächlich als „bei [...] haltlosen, willensschwachen Psychopathen“ auftretend dargestellt wurde.³² Die pejorative Veränderung in der Begriffsdefinition verdeutlicht den Einfluss der nationalsozialistischen Ideologie und weist darauf hin, dass die Nationalsozialisten Morphinisten in die Maßnahmen der negativen Eugenik einbezogen.

Interessanterweise aber sind Rauschmittelsüchtige nicht explizit vom „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 betroffen. Neben diversen psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder „angeborenem Schwachsinn“ waren auch physische Einschränkungen wie „erbliche Blindheit oder Taubheit“ aufgeführt. Im § 1, Absatz 3, wurde außerdem ausdrücklich schwerer Alkoholismus aufgeführt.³³ Die logische Konsequenz wäre dementsprechend die Gleichstellung von Alkoholikern und Morphinisten gewesen.

Insgesamt rückten auch die Frage nach der Veranlagung und die rassenhygienische Diskussion im Vergleich zur Weimarer Republik immer mehr in den Mittelpunkt. Die Rauschmittelsüchtigen wur-

riel, Rauschgiftfrage und Rassenhygiene, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B, 4 (1938/39), S. 209–220, 245–253; Tilmann Holzer, Geburt (wie Anm. 7), S. 137.

³¹ Vgl. Morphinismus (Morphiumsucht), in: Meyers Lexikon, siebte Auflage, Bd. 8, Leipzig 1928, S. 754.

³² Vgl. Morphinismus (Morphiumsucht), in: Meyers Lexikon, achte Auflage, Bd. 7, Leipzig 1939, S. 1598.

³³ Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1933, S. 529; Ostmann, Zur Unfruchtbarmachung wegen schweren Alkoholismus, in: Deutsches Ärzteblatt, Berlin 1936, S. 97; Ist die Rauschmittelsucht eine Erbkrankheit im Sinne § 1 Absatz 3 ErbkrNachw.-Ges.?, in: Medizinische Welt, 11 (1937), 2, S. 64 f. Die Nationalsozialisten griffen bei diesem Gesetz auf die Entwürfe und die Vorarbeit in der Weimarer Republik zurück. Vgl. dazu Wolfgang Benz / Hermann Graml / Hermann Weiß (Hg.), Enzyklopädie des Nationalsozialismus, zweite Auflage, München 1998, S. 241.

den zu „Schädlingen am Volkskörper“ erklärt und ihre „Erbgesundheit“ in Frage gestellt.³⁴ So kommt Walter Martin Fraeb zu dem Urteil: „Wer aber fortgesetzt die eigene sprudelnde Lebensquelle mit Gifteinspritzungen trübt und beschmutzt, versündigt sich nicht nur an sich selbst, sondern auch an seinem Volk und verwirkt den Anspruch, ein vollrechtsfähiger Volksgenosse zu sein.“³⁵ Gabriel und Kratzmann unterstützten diese Sicht, indem sie konstatierten, dass „die Sucht erbbedingt ist [...]. Aus rassenhygienischen Gründen müssen wir daher darauf bedacht sein, hochgradige Süchtige von der Fortpflanzung auszuschalten.“³⁶

Die Mehrzahl der Autoren teilte die Opiatabhängigen in zwei Gruppen: zum einen diejenigen, „die den gewöhnlichen Folgeerscheinungen der Giftsucht verfallen, in sozialer und ethischer Hinsicht unbrauchbar geworden sind“,³⁷ zum anderen diejenigen, „die sozial und ethisch erhalten geblieben sind.“³⁸ Gleichwohl hielten die Fachleute die Mehrheit der Morphinisten für Psychopathen.³⁹ Unter Psychopathie verstanden die Zeitgenossen „eine Abweichung vom Durchschnitt, die anlagemäßig bedingt ist“ und sich

³⁴ Vgl. Walter Martin Fraeb, *Untergang der bürgerlich-rechtlichen Persönlichkeit*, Berlin 1937, S. 4; E. Gabriel / E. Kratzmann, *Die Süchtigkeit*, Berlin 1938, S. 270; Theo Paulstich, *Süchtigenprobleme und Erb- und Rassenpflege*, in: *Der öffentliche Gesundheitsdienst*, Teilausgabe B, 2 (1936/37), S. 652.

³⁵ Vgl. Walter Martin Fraeb, *Bedeutung* (wie Anm. 19), S. 2753.

³⁶ Vgl. Gabriel / Kratzmann, *Süchtigkeit* (wie Anm. 34), S. 269.

³⁷ Vgl. von Harbou – von der Hellen, *Der giftsüchtige Arzt* (wie Anm. 22), S. 465.

³⁸ Vgl. ebd., S. 465.

³⁹ Vgl. Erich Hesse, *Rausch- und Genussgifte* (wie Anm. 28), S. 25; Günter Lax, *Missbrauch von Morphinum und anderen Arzneimitteln. Zusammenstellung der von 1928–1938 an der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Jena behandelten Morphinum- und anderen Arzneimittelsüchtigen*, Ratibor 1939, S. 12; Friedrich Panse, *Grundlagen* (wie Anm. 13), S. 26; Oskar Pauer, *Behandlungserfolge bei Morphinum- und Schlafmittelsüchtigkeit*, Breslau 1941, S. 3; Pohlisch, *Rauschgifte und Konstitution* (wie Anm. 8), S. 8; Leo Anton Spiegel, *Zur Frage des Morphinismus unter besonderer Berücksichtigung der Prognose*, in: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 106 (1937), S. 194.

„vor allem in der Gefühls-, Willens- und Triebphäre“ äußere.⁴⁰ Die Konsequenz aus der Definition ist eine genetische Veranlagung zur Psychopathie, die auf eine Affinität zum Morphinismus schließen lässt; hinzu kommt eine unklare Definition des Krankheitsbildes.⁴¹ Die psychopathischen Personen versuchten demnach mittels der Opiate ihre „Unzulänglichkeiten“ zu kompensieren. So betrachteten die Autoren übereinstimmend mit den Vertretern der Weimarer Republik den Morphiniumkonsum als Symptom für profundere psychische Probleme. Dennoch bestünde kein Automatismus, da der exogene Einfluss – also der Kontakt mit beziehungsweise der Zugang zu dem Rauschmittel – den Weg in die Sucht ebne. Die zwei in dieser Dichotomie unterschiedenen Phänomene dürfen aber nicht als gleichwertig betrachtet werden. Für die meisten Autoren war die psychopathische Veranlagung die Basis für die Rauschmittelsucht.⁴² A. M. Meerloo, ein niederländischer Psychiater, bemerkte in einer deutschen Fachzeitschrift folgerichtig, dass hinsichtlich der Vererbung der Psychopathie und damit einer Suchtdisposition unklare Interpretationen kursierten. So „spricht [der eine] von einem unveränderlichen minderwertigen Kern, der in der Persönlichkeit gelagert sei, der andere erwähnt eine allgemein schwächere Veranlagung, bei der außerdem Erziehung und Umgebung für die Berauschungssucht (Narkomanie) einen Boden heranbilden.“⁴³

⁴⁰ Vgl. Lax, Missbrauch (wie Anm. 39), S. 12. Die Definition der Psychopathie weicht nur geringfügig von der heutigen ab. So gilt sie ebenfalls als eine Abweichung von der Norm, welche angeboren ist. Allerdings kann sie im Unterschied zur nationalsozialistischen Sicht auch erst im Lebensverlauf auftreten. Vgl. Brockhaus Enzyklopädie Psychopathie, Bd. 17, zwanzigste überarbeitete Auflage, Mannheim 2001, S. 590.

⁴¹ Vgl. Friedrich Panse, Verbreitung und Folgen des Opiat- und Schlafmittelmissbrauchs in Deutschland, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B (1935/1936), S. 74.

⁴² Vgl. Pauer, Behandlungserfolge (wie Anm. 39), S. 4; Hans Schaller, Erfahrungen über Morphinismus und Behandlung von Morphinisten in einer Privatanstalt, in: Zeitschrift für Neurologie, 159 (1937), S. 354.

⁴³ Vgl. A. M. Meerloo, Über die Rauschgiftsucht, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin), 101 (1934), S. 98.

Trotz der diffusen Auslegungen und Bewertung kamen einige Autoren zu dem Schluss, dass einige Morphinisten als „haltlose“ Personen eingeordnet werden müssten, für die eine Behandlung nicht in Frage käme.⁴⁴ Einen „haltlosen“ Süchtigen setzte Lax gleich mit einem „Asozialen“, der „sich von der Gemeinschaft, von seinem Beruf und von seiner Familie“ losgesagt habe, für den es „nur ein Interesse, nämlich den Rausch“ gäbe und der „keinen Weg [scheue], in den Besitz der nötigen Rauschmittel zu gelangen.“⁴⁵

Speer kommt dementsprechend zu der Ansicht, dass die „Haltlosen“ eine angeborene Disposition besäßen und als Unheilbare in permanenter Sicherheitsverwahrung gehalten werden müssten.⁴⁶ Für einen Teil der Fachleute existierten somit mindestens drei Gruppen von Rauschmittelabhängigen: erstens die „wertvollen“ Morphinisten, bei denen eine Therapie mehr als sinnvoll sei, zweitens eine Zwischengruppe, die zwar nicht „wertvoll“ sei, bei der eine Behandlung aber dennoch in Frage komme, sowie drittens die Gruppe der „Haltlosen“, bei der eine Heilung unmöglich sei, weswegen sie für den Rest ihres Lebens von der Gesellschaft isoliert werden müsse.⁴⁷ Die Forderung nach einer Einbeziehung von Morphinisten in das Sterilisierungsgesetz war die konsequente Folge. Dieser Wunsch blieb jedoch formal unerfüllt.⁴⁸ Woher rührte also die unterschiedliche Einschätzung der Opiatabhängigen als geringere Bedrohung im Vergleich zu den Alkoholikern?

Eine Erklärung kann die spätere Untersuchung von Kurt Pohlisch zu den Nachkommen von Morphinisten bieten, da er sich als

⁴⁴ Vgl. Gabriel, Zur Psychotherapie (wie Anm. 30), S. 12. Zur Definition von „Haltlosen“ vgl. Oswald Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten, dritte Auflage, München 1929, S. 280–282.

⁴⁵ Vgl. Lax, Missbrauch (wie Anm. 39), S. 35 f.

⁴⁶ Vgl. Speer, Problem (wie Anm. 29), S. 580.

⁴⁷ Vgl. Holzer, Geburt (wie Anm. 7), S. 125.

⁴⁸ Vgl. Gabriel / Kratzmann, Süchtigkeit (wie Anm. 34), S. 269–270; Holzer, Geburt (wie Anm. 7), S. 138; Gerhard Marquardt, Die Bedeutung der Rauschgiftsucht. Morphium- und Kokainsucht im Bürgerlichen Recht, Berlin 1937, S. 76.

einzigem dem Thema mit einer empirischen Arbeit gewidmet hat.⁴⁹ Pohlisch examinierte etwa 2.000 Fälle von weiblichen und männlichen Morphinsten und kam zu dem Schluss, dass „es [...] keine psychopathische Veranlagung zum Süchtigwerden schlechthin“ gebe, sondern nur einen Hang zum Morphismus.⁵⁰ Zudem führte er an, dass die Morphinsten aufgrund der Langzeitwirkung des Opiats sich selbst sterilisierten und darüber hinaus meistens allein lebten. Folgen des Konsums seien die Unfruchtbarkeit der Abhängigen und deren gesteigerte Isolierung. Das Resultat davon sei letztlich eine halb so hohe Kinderquote wie beim Rest der Bevölkerung.⁵¹ Pohlisch beschäftigte sich auch mit der Vererbbarkeit der Sucht sowie mit den geistigen und körperlichen Auswirkungen der Sucht auf die Kinder der Süchtigen. Es galt als erwiesen, dass sich der Alkoholismus nachteilig auf die Gesundheit des Nachwuchses auswirke sowie „Erbschädigungen“ hervorrufe, die „von Generation zu Generation weitergegeben“ würden „und dadurch das gesamte Erbgut unseres Volkes bedrohen.“⁵² Pohlisch kam dagegen zu der Erkenntnis, dass bei Morphinsten keine Beeinträchtigung der Gene bestünde, da keine der auftretenden genetischen Besonderheiten eine signifikante Abweichung von den Eigenschaften der Allgemeinbevölkerung darstelle.⁵³

Abgesehen von den genetischen Komponenten finden sich in der Literatur noch andere Gründe für die Nichtbeachtung der Morphinsten. Dabei spielte eine Rolle, dass die Zahl der Rauschmittelsüchtigen niedriger war als die der Alkoholiker. Als einzige repräsentative Erhebung gibt es nur eine Untersuchung aus dem

⁴⁹ Vgl. Kurt Pohlisch, Nachkommen männlicher und weiblicher Morphinsten, in: *Erbarzt*, 1 (1934), S. 3 ff.

⁵⁰ Vgl. ebd., S. 4.

⁵¹ Vgl. ebd., S. 3.

⁵² Vgl. ebd., S. 170; Gabriel, Rauschgiftfrage (wie Anm. 30), S. 209–220; Ostmann, Unfruchtbarmachung (wie Anm. 33), S. 97.

⁵³ Vgl. Pohlisch, Nachkommen (wie Anm. 49), S. 4. Hinsichtlich der Vererbung von psychischen Erkrankungen, die häufig im Zusammenhang mit dem Morphismus erwähnt wurden, konnte Pohlisch keine Aussagen treffen, da ihm eine genaue Abgrenzung von anderen Ursachen nicht möglich war.

Jahr 1928, die ebenfalls von Kurt Pohlisch durchgeführt wurde. Pohlisch bezog sich dabei auf die gesammelten Rezepte des ersten Halbjahres von 1928, die in der Opiumstelle des Reichsgesundheitsamtes aufbewahrt wurden. Auf diesem Weg konnten circa 98,7 Prozent aller Apotheken berücksichtigt werden. Als Grenze für Morphinumabhängigkeit legte Pohlisch einen Tagesverbrauch von 0,1 g eines Opiatpräparates fest. Das Resultat der Untersuchung bezifferte einen Personenkreis von 6.356, die im ersten Halbjahr 1928 mehr als 6,0 g Morphinum bezogen und damit als chronische Morphinisten galten. Die Zahl entsprach einem Prozentsatz von 0,01–0,011 Prozent der Bevölkerung des Deutschen Reiches. Die Daten spiegeln aber nur den Konsum der an Apotheken bezogenen Opiate wieder. Alle anderen Beschaffungsmöglichkeiten, wie illegaler Handel, Diebstahl oder Rezeptkauf, fanden keine Beachtung, so dass die Anzahl der Süchtigen höher gewesen sein muss. Dennoch zeigt die Untersuchung, dass es sich um eine relativ kleine Zahl von Morphinumabhängigen handelte.⁵⁴ Zum Vergleich: Werner Thomas bezifferte die Zahl der Alkoholiker 1938 auf 300.000 Personen.⁵⁵ Ein weiterer Grund könnte die von einigen Autoren geäußerte Vermutung sein, dass sich unter den Morphinisten „eine nicht kleine Zahl von absolut hochwertigen Menschen [befänden], um deren Ausschaltung aus dem Volksgut es schade [wäre].“⁵⁶ Allerdings galt diese Aussage vor allem für gelegentliche Konsumenten oder für Abhängige, die über lange Jahre eine gleiche Dosierung beibehielten.

In der Praxis spielte die rechtliche Differenz wiederum keine große Rolle, wie die Recherche in den Akten der Heilanstalten Buch sowie Wittenau zeigt. Auch die Morphinisten mussten sich

⁵⁴ Vgl. Kurt Pohlisch, Die Verbreitung des chronischen Opiatmißbrauchs in Deutschland, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 79 (1931), S. 1–32.

⁵⁵ Vgl. Thomas, Maßnahmen (wie Anm. 16), S. 102.

⁵⁶ Vgl. Gabriel, Rauschgiftfrage (wie Anm. 30), S. 249; Fritz Fränkel / Benjamin Fränkel, Die Bedeutung der Rauschgifte für die Juden und die Bekämpfung der Suchten durch die Fürsorge, in: Jüdische Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik, 3 (1932), S. 24; Hanns Schwarz, Über die Prognose des Morphinismus, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 63 (1927), S. 197.

einer erbbiologischen Untersuchung unterziehen, wie zum Beispiel im Fall von Elisabeth B. Aus welchem Grund sie „erbbiologisch“ erfasst wurde, bleibt wegen der fehlenden Informationen in der Akte leider unklar.⁵⁷ Allerdings hieß der Beschluss wie auch in den anderen untersuchten Fällen: „Fällt nicht unter das Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses.“⁵⁸ Holzer weist darauf hin, dass bei den Alkoholikern der Grund für die Sterilisierung die psychopathische Veranlagung gewesen sei, die ursächlich den Alkoholismus bedingt habe.⁵⁹ Dementsprechend waren Morphinisten durch das Hintertürchen der Psychopathie ebenfalls von einer Zwangssterilisierung bedroht.

Auswirkungen in der Praxis

Die fehlenden rechtlichen Möglichkeiten für eine dauerhafte Unterbringung in der Weimarer Republik lassen sich exemplarisch anhand der Akte von Emil B. belegen. Er arbeitete erst als Pfleger und später als Bademeister und befand sich in den Jahren 1921–1931 neunzehn Mal in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt. Das Spektrum reicht von Aufenthalten von nur drei, fünf oder sieben Tagen bis zu 176 Tagen. Im Gegensatz zu den häufigen und relativ kurzen Klinikaufenthalten Emil B.s während der Weimarer Republik stehen die Verweildauern im Nationalsozialismus. In der Zeit von 1933 bis 1942 befand sich Emil B. sieben Mal in einer Heil- und Pflegeanstalt. Bis auf eine Verweildauer von 48 Tagen verbrachte er mindestens 143 Tage (zwanzig Wochen) und höchstens ein Jahr und zwei Monate in einer öffentlichen Einrichtung. Somit erhöhte sich die Aufenthaltsdauer, während die Häufigkeit abnahm. Letztere hing natürlich von der Verweilzeit ab. Gleichzeitig gab es aber zwischen November 1937 und Oktober 1939 keinen

⁵⁷ Vgl. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-01, Nr. 1120.

⁵⁸ Vgl. Krankenakten Heil- und Pflegeanstalt Wittenau, ID 3873, Nr. K1064, ID 171, Nr. E0240; Heil- und Pflegeanstalt Buch, Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-01, Nr. 1209.

⁵⁹ Vgl. Holzer, Geburt (wie Anm. 7), S. 135.

Aufenthalt in einer Heil- und Pflegeanstalt und auch keine Aufenthalte in staatlichen Zwangseinrichtungen wie Arbeits- oder Bewahrungshäusern. Während in der Weimarer Republik die Abstände zwischen den Aufenthalten relativ kurz waren, verbrachte Emil B. im Nationalsozialismus also zwei Jahre kontinuierlich ohne klinische Betreuung. Es ist allerdings zu bezweifeln, dass die Absenz in den Heil- und Pflegeeinrichtungen auf die verbesserten Therapiemethoden im Nationalsozialismus zurückzuführen ist. Eher ist eine erhöhte abschreckende Wirkung anzunehmen, die sich auf die neuen rechtlichen Maßnahmen gründete. So verordnete Professor Dr. Müller-Hess als gerichtlicher Sachverständiger im Januar 1936 eine einstweilige Unterbringung nach § 42b, c StGB aufgrund von Rezeptfälschung. Da Emil B. nach § 51 als schuldunfähig galt, konnte die Zwangseinweisung nach § 42b, c erfolgen. Die Aufenthaltsdauer lag nun nicht mehr in der Entscheidungskraft des Morphinisten, sondern konnte durch gerichtliche Anweisung erfolgen. Dadurch erklären sich die längeren Aufenthalte von Emil B. in den Heil- und Pflegeanstalten.

Im August 1936 musste Emil B. wieder in eine Heil- und Pflegeanstalt, da er erneut als Rauschmittelsüchtiger aufgefallen war. Wahrscheinlich deckte eine Kontrolluntersuchung die erneute Abhängigkeit auf; B. blieb etwa neun Monate, bis zum 15. Mai 1937, in der Anstalt. Im September 1937 folgte ein kurzer Aufenthalt von 48 Tagen. Emil B. war scheinbar wegen eines Lungenleidens und der damit verbundenen Morphin-Verschreibung eines Arztes rückfällig geworden. Die geringe Verweildauer erklärt sich aus dem Umstand, dass er wegen des wahrscheinlich geringen Konsums keine Entzugserscheinungen zeigte.

Während eines weiteren Aufenthaltes im Oktober 1939 blieb Emil B. indes nur zwölf Tage in der Anstalt. Den Antrag auf Entlassung stellte seine Ehefrau, die daraufhin als Aufenthaltspflegerin fungierte. In der Akte ist vermerkt, dass gegen die Entlassung keine rechtlichen Schritte eingeleitet werden konnten, was sehr verwunderlich ist. Denn Emil B. wurde aufgrund einer Kontrollunter-

suchung durch das Universitäts-Institut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin eingewiesen. Laut § 42f und § 42h hätte bei einem Rückfall ein Gericht über die Verweildauer entscheiden müssen.⁶⁰ Warum in diesem Fall eine gerichtliche Prüfung ausblieb, ist aus der Akte nicht ersichtlich. Möglich ist, dass die staatlichen Eingriffsmöglichkeiten begrenzt waren, solange die Angehörigen zu dem Morphinisten hielten. Zur Beantwortung der Frage wäre allerdings eine eingehende Recherche in den Gerichtsakten notwendig.

Die Aufenthaltspflege durch Emil E.s Ehefrau schützte aber vor weiteren Einweisungen nicht. Da Emil B. weiterhin morphiumabhängig war, musste er Rezepte fälschen, um seine Sucht zu befriedigen. Die Rezeptfälschung fiel irgendwann auf, so dass Emil B. im November 1939 wieder in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen wurde. Bei der Entlassung erhielt er erneut die Auflage nach § 42, während zweier Jahre jederzeit für eine Kontrolluntersuchung zur Verfügung zu stehen. Bereits im September 1941 war B. wegen Rezeptfälschung wieder auffällig geworden und landete abermals in der Heil- und Pflegeanstalt Wittenau. Vermutlich war Emil B. dann ab 1942 in einem Konzentrationslager interniert. Auf dem Deckblatt seiner Akte ist „Sicherungsverwahrung“ vermerkt. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer ständigen Inhaftierung in einer öffentlichen Einrichtung auszugehen.

Auch im Fall von Erna H. spielten der § 42 und die Verfolgungsbehörden eine wesentliche Rolle.⁶¹ Mit ihrem zweiten Aufenthalt in dem privaten Sanatorium Nicolassee im Dezember 1937 kam sie einer Einweisung in die Heil- und Pflegeanstalt Wittenau durch die Polizei zuvor. Im Mai 1938 erfolgte dann die Unterbringung durch die Staatsanwaltschaft. Das Gericht befand Erna H. für schuldig, sich Rauschmittel unter dem Namen einer Bekannten erschlichen zu haben. Die Folge war eine Zwangseinweisung auf der Grundlage des § 42b. Zusätzlich erschien im *Ärzteblatt* eine Warnung zur Rauschmittelsucht Erna H.s; sie erhielt auch jeweils nach den Ku-

⁶⁰ Vgl. Reichsgesetzblatt, Teil I, Berlin 1933, S. 996.

⁶¹ Vgl. Krankenakte von Erna H., Krankenakten Wittenau, ID 3076, Nr. H1807.

ren eine Verwarnung durch die Rauschgiftzentrale. In der Krankenakte ist zudem vermerkt, dass Erna H. eine erhebliche Gefahr für die Öffentlichkeit darstelle. Leider ist über ihr weiteres Schicksal nach ihrer Entlassung aus der Anstalt Wittenau am 10. November 1938 nichts bekannt. Nach den Recherchen Tilmann Holzers kann davon ausgegangen werden, dass die Nationalsozialisten sie im Zuge der Aktion T4 ermordeten.⁶² Denn „die T4-Ärzte selektierten die Personen, die nach § 42 des StGB verurteilt waren, in der Regel für die Gaskammer.“⁶³

Die beiden Fälle stehen symptomatisch für die neuen rechtlichen Möglichkeiten im Nationalsozialismus, Morphinsten zum Entzug zu zwingen. Die Zwangseinweisung erfolgte aufgrund der illegalen Beschaffung von Rauschmitteln. Da die Bezugsmöglichkeiten zum Ende der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus eingeschränkt waren, war es nur eine Frage der Zeit, bis die Süchtigen auffielen und in eine Anstalt eingewiesen werden konnten.

Interessant am Fall von Emil B. ist zudem, dass die Behörden 1934 eine Sterilisierung ablehnten. Die Häufigkeit der Aufenthalte während der Weimarer Republik und der damit zusammenhängende finanzielle Abstieg lassen vermuten, dass er Opfer einer Sterilisierung wurde. Denn Emil B. passte stringent in das nationalsozialistische Bild eines „Asozialen“.⁶⁴

⁶² Vgl. Holzer, Geburt (wie Anm. 7), S. 264.

⁶³ Vgl. ebd., S. 264.

⁶⁴ Vgl. zur Kategorisierung von „Asozialen“ Wolfgang Ayaß, „Asoziale“ im Nationalsozialismus, in: Ulrike Puvogel / Ingrid Tomkowiak (Hg.), „Minderwertig“ und „Asozial“. Stationen der Verfolgung gesellschaftlicher Außenseiter, Zürich 2005, S. 52 f. So war Emil B. auf die Fürsorge angewiesen, da er seit 1926 arbeitsunfähig war. Seine mögliche Einweisung in ein Konzentrationslager wird wahrscheinlich unter der Kategorie „Gewohnheitsverbrecher“ oder „asozial“ geschehen sein. Zur Deportation von § 42ern: Raimond Reiter, Psychiatrie im Dritten Reich in Niedersachsen, Hannover 1997, S. 53 f.

Die Konzepte und Diskussionen zur therapeutischen Behandlung von Morphinisten

Die Diskussionen um die unterschiedlichen Behandlungskonzepte für Morphinisten drehten sich im Nationalsozialismus wie auch in der Weimarer Republik vor allem um drei Fragen: (1) ob sich eine geschlossene oder eine offene Anstalt positiver auf den Entzug auswirke; (2) ob eine plötzliche oder eine langsame Entziehung vorzuziehen sei; (3) wie die Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlung auszusehen habe.

Ad (1): Unter einem Aufenthalt in einer geschlossenen Einrichtung verstanden die Zeitgenossen „Anstalten, die unter bestimmten Voraussetzungen Geistesranke auch ohne, ausnahmsweise gegen ihren Willen verpflegen müssen“.⁶⁵ Dies beinhaltete auch den Kernpunkt der Kritik an den geschlossenen Anstalten. Es handelte sich dabei um Stationen, auf denen „geistig behinderte Menschen“ untergebracht wurden, die keinen Ausgang bekamen – also die sogenannten „schweren Fälle“. Dadurch musste sich der Morphinist gleichgesetzt fühlen mit den sogenannten „Irren“, was eine von manchen Autoren befürchtete Trotzreaktion hervorrufen konnte. Im schlimmsten Fall kam die Unterbringung in einer geschlossenen Psychiatrie einer kompletten Entmündigung gleich. Dagegen argumentierten die Unterstützer der geschlossenen Abteilung mit den besseren Möglichkeiten zur Kontrolle der Morphinisten. Dazu gehörten die Überprüfung des Gepäcks bei der Einweisung, der Briefe sowie der Besuche. Aufgrund der eingeschränkten Bewegungsfreiheit blieb zur Beschaffung von Betäubungsmitteln nur der Weg über das Pflegepersonal. Die geringe Menge an Literatur zu dieser Problematik, die nach 1933 erschien, lässt darauf schließen, dass die Entscheidung zugunsten der geschlossenen Einrichtungen bereits vorher fiel. So unterteilte Hans Schaller beispielhaft den

⁶⁵ Vgl. J. Kolb, Fürsorge für Geistesranke, in: Oswald Bumke u. a. (Hg.), Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge, Berlin / Leipzig 1931, S. 82.

Aufenthalt der Morphinisten in drei Phasen. Während des Entzuges und seiner Abstinenzerscheinungen verbrachte der Abhängige seine Zeit auf der geschlossenen Abteilung der Heil- und Pflegeanstalt, um anschließend zur Beobachtung in den Wachsaal verlegt zu werden. Danach erfolgte die Unterbringung auf der offenen Abteilung, unter der Voraussetzung eines positiven Erscheinungsbildes. Allerdings beschränkte sich der Freiraum der Opiatabhängigen auf das Gelände der Anstalt, da sie zum Verlassen des Geländes einen Berechtigungsschein benötigten.⁶⁶ In ähnlicher Weise beschrieb Bender den Ablauf. Der Morphinist verbrachte demnach die ersten 14 Tage im Lazarett, um sich dann – immer noch auf einer geschlossenen Abteilung – bei den ruhigen Geisteskranken wiederzufinden. Erst nach vier Monaten war es den Süchtigen erlaubt, in ein „Landhaus“ zu ziehen, welches den größten Freiraum bot.⁶⁷

Ad (2): Unter der langsamen Entziehung verstanden die Fachleute die allmähliche Reduzierung der Tagesdosis Morphium. Der Süchtige verzichtete nach einer Übergangsphase von acht bis zehn Tagen ganz auf das Alkaloid.⁶⁸ In der Forschungsliteratur fanden sich selbst in der Weimarer Republik kaum Vertreter der langsamen Entziehungsmethode – außer Bleuler, Sprengel und Hahn. Sprengel erklärte, dass die Morphinisten das mitgebrachte Rauschmittel behalten könnten, um es nach eigenem Gutdünken zu konsumieren. Der Vorteil bestehe darin, dass sich der Abhängige beruhigt und sicher fühle und somit in der Anfangszeit selbstständig seine Abstinenzerscheinungen beheben könne. Zudem ermögliche der respektvolle Umgang ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient, worauf Sprengel besonderen Wert legte.⁶⁹ Nach Hahn

⁶⁶ Vgl. Schaller, Erfahrungen (wie Anm. 42), S. 365.

⁶⁷ Vgl. Paulstich, Bekämpfung (wie Anm. 26), S. 572 f.

⁶⁸ Vgl. Bumke, Lehrbuch (wie Anm. 44), S. 460.

⁶⁹ Vgl. Curt Sprengel, 350 Entziehungskuren von Morphium und anderen Opiumalkaloiden. Klinisch-praktische Erfahrungen, in: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1931, S. 104. Als Entzugsphänomene sind anzuführen: Zittern, in schweren Fällen Koordinationsstörungen, Parästhesien, Schmerzen oder unbeschreibbare Empfindungen, Schweißausbrüche, erhöhte Peristaltik, Diarrhöen,

bestanden weitere Vorzüge dieser Entziehungsmethode in der Verminderung der Abstinenzerscheinungen und der Vermeidung eines Kollapses. Denn die Gefahr eines tödlichen Kollapses potenzierte sich durch den plötzlichen Wegfall des Betäubungsmittels.⁷⁰

Die Befürworter des plötzlichen Entzugs beriefen sich ebenfalls hauptsächlich auf den zeitlichen Aspekt. Da insbesondere in der Weimarer Republik keine gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten existieren würden, um die Süchtigen in einer Anstalt unterzubringen, biete die plötzliche Absetzung einen größeren zeitlichen Spielraum, um auf den Morphinisten einzuwirken.⁷¹ Bei dieser Methode erhielt der Abhängige vom Zeitpunkt des Eintritts in die Anstalt kein Rauschmittel mehr. Um die physischen Schmerzen zu lindern, verabreichten die Ärzte in den meisten Fällen Schlafmittel, da gerade Schlaflosigkeit eines der häufigsten Entzugssymptome darstellte. Die Ärzte waren sich einig, dass die Morphinisten einen Anspruch auf Linderung der Leiden hätten, und man lehnte eine „pädagogisch wirksame Schockwirkung“ ab.⁷² Die Gabe des Schlafmittels variierte zwischen Gaben nur zur Nacht und einer permanenten Verabreichung, so dass der Morphinist die Abstinenzerscheinungen wie in einem Dämmer Schlaf erlebte und kaum

Schlaflosigkeit, innere und äußere Unruhe. Vgl. Eugen Bleuler, *Der Morphinismus*, in: *Lehrbuch der Psychiatrie*, vierte Auflage, Berlin 1923, S. 271; Karl Bonhoeffer, *Zur Therapie des Morphinismus*, S. 18; Sprengel, 350 Entziehungskuren (wie oben), S. 104.

⁷⁰ Vgl. Bleuler, *Morphinismus* (wie Anm. 69), S. 272; Benno Hahn, *Die Morphin-Erkrankungen*, Heidelberg 1927, S. 79.

⁷¹ Vgl. Bonhoeffer / Illberg, *Verbreitung und Bekämpfung* (wie Anm. 8), S. 238 f.; Joël, *Behandlung der Giftsuchten* (wie Anm. 20), S. 56.

⁷² Vgl. H. Frerking, *Die Rauschgiftsucht*, in: *Der öffentliche Gesundheitsdienst*, 2 (1936/37), 1, S. 32; Hesse, *Rausch- und Genussgifte* (wie Anm. 28), S. 4, 26 f.; F. M. Meyer, *Die Behandlung von Rauschgiftsuchten im offenen Heim und die Ergebnisse*, in: *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1936, S. 659; Pauer, *Behandlungserfolge* (wie Anm. 39), S. 17; Schaller, *Erfahrungen* (wie Anm. 42), S. 365. Unter einer Dauerschlafbehandlung verstanden die Mediziner die kontinuierliche Abgabe von Schlafmitteln, so dass sich der Abhängige in einem permanenten Schlafzustand beziehungsweise Dämmer Schlaf befand.

wahrnahm.⁷³ Nur einige wenige Autoren griffen auf die Idee der pädagogischen Abschreckung durch die Entzugssymptome zurück. „Das Abfangen der Entziehungserscheinungen durch eine Dauerschlafbehandlung [...] erweist sich meist als unzweckmäßig, weil dadurch das erzieherische Moment, das in dem Erleben der Entziehungserscheinungen und ihrer Herr werden zu erblicken ist, verloren geht.“⁷⁴ Letztlich war auch die Kontroverse um die Art des Entzuges im Nationalsozialismus beendet: „Im großen und ganzen hat sich aber doch die Methode der ‚plötzlichen Entziehung‘, bei der das Morphinium gänzlich weggelassen wird, durchgesetzt.“⁷⁵

Weitere Hilfsmittel für den Entzug waren in erster Linie warme Bäder, die beruhigend auf den Patienten wirkten. Gegen die Magenverstimmungen wurden leichte Kost und Milch verabreicht. Empfohlen wurden außerdem Abreibungen mit Franzbranntwein beziehungsweise Massagen und nach den ersten Tagen Bettruhe vereinzelte Spaziergänge und Liegekuren an der frischen Luft.⁷⁶

Ad (3): In der Weimarer Republik sollte eine Beschäftigungstherapie den Süchtigen von seinem Verlangen befreien. Diese Form der Behandlung sah entweder sportliche Betätigungen (zum Beispiel Schwimmen, Tennis und Reiten) oder Arbeit vor, wobei letztere in erster Linie handwerklicher beziehungsweise physischer Art sein sollte. Die Betätigung erfolgte möglichst im Freien, sollte einen sinnvollen Zweck erfüllen und sich an den Interessen und Talenten des Abhängigen orientieren. Darunter fielen vor allem Beschäftigungen in den Einrichtungen der Anstalt, wie Gartenarbeit,

⁷³ Vgl. Erich David, *Morphinismus und seine Therapie*, in: *Medizinische Welt*, 32 (1928), S. 1203; Joël, *Behandlung der Giftsuchten* (wie Anm. 20), S. 57 ff.; Ernst Speer, *Morphiumentzug im Dämmer Schlaf*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 (1931), S. 356; Sprengel, *350 Entziehungskuren* (wie Anm. 69), S. 105.

⁷⁴ Vgl. Heinz Kalk, *Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken*, Berlin / Wien 1940, S. 416. Vgl. dazu Frerking, *Rauschgiftsucht* (wie Anm. 72), S. 32; Pauer, *Behandlungserfolge* (wie Anm. 39), S. 12.

⁷⁵ Vgl. Pauer, *Behandlungserfolge* (wie Anm. 39), S. 9.

⁷⁶ Vgl. Bonhoeffer / Illberg, *Verbreitung und Bekämpfung* (wie Anm. 8), S. 20; Hahn, *Morphin-Erkrankungen* (wie Anm. 70), S. 99, 100 f., 105 ff.; Joël, *Behandlung der Giftsuchten* (wie Anm. 20), S. 60.

Haushaltsarbeiten, Aufgaben in der Krankenpflege oder Reinigungs- und Hilfsarbeiten. Zudem sollte der Morphinist je nach Intellekt geistig, aber auch kreativ gefordert werden, was vor allem in der Freizeit stattfand und sich auf Buchlektüre, Malen und Musizieren bezog. Letztlich bestanden die Kernpunkte der Therapie in einer abwechslungsreichen Gestaltung sowie im Aufbau einer regelmäßigen Struktur.

Aus diesem Grund empfahlen die Ärzte eine begleitende psychotherapeutische Behandlung, die sich vor allem aus Gesprächs- und Hypnosetherapie zusammensetzte. Die Hypnose diente zum einen dazu, unbewusste Ursachen für die Sucht zu eruieren, um die Behandlung dann gezielt anpassen zu können. Zum anderen setzten die Mediziner die Hypnose ein, um den Morphinisten in seinem Verhalten zu beeinflussen und ihn so von seinem Suchtverhalten zu heilen. Der Erfolg der Hypnosebehandlung war nicht unstrittig, da sie sich bei Alkoholikern als relativ wirkungslos entpuppt hatte.⁷⁷ Die meisten Autoren befürworteten jedoch die Gesprächstherapie, die vor allem durch die suggestiven Fähigkeiten des Arztes bestimmt war. Auf den Abhängigen sollte durch persönliche Unterhaltungen pädagogisch Einfluss genommen werden, so dass er der Sucht und seinen Gewohnheiten zu widerstehen lernte. Da die Heil- und Pflegeanstalten – als übliche Orte einer Entziehungskur – kein ausreichendes Personal besaßen, um eine individuelle Therapie durchzuführen, waren diese Forderungen bereits in der Zeit vor 1933 mehr eine Idealvorstellung als eine Realitätsbeschreibung.

Im Gegensatz zur Weimarer Republik passte die Psychotherapie im Nationalsozialismus nicht in das ideologische Bild. Bei der Entwicklung einer neuen Behandlungsdoktrin nahmen Gabriel und Kratzmann eine führende Stellung ein. Die Prämisse bestand nun darin, dass die Abhängigkeit eine unheilbare Erscheinung sei, die nur durch harmlose Substitutionsmittel in die richtigen Bahnen gelenkt werden könne. Als Ersatz kam in erster Linie die soziale Ar-

⁷⁷ Vgl. Joël, *Behandlung der Giftsuchten* (wie Anm. 20), S. 61.

beit in Einrichtungen der Fürsorge in Betracht. Die Behandlung in Form der Gesprächstherapie beziehungsweise der suggestiven Beeinflussung lehnten Gabriel und Kratzmann als unzweckmäßig ab, da sie die Sucht als eine der Person immanente Erscheinung definierten. Im Vordergrund standen jetzt vor allem die „Willenserziehung“, die durch die Beschäftigungs- beziehungsweise Arbeitstherapie bewerkstelligt werden sollte. Die erzieherischen Elemente der Therapien lagen in dem geregelten Tagesablauf und der Stärkung der Selbstachtung und des Selbstvertrauens, indem die Rauschmittelabhängigen eine sinnvolle und produktive Tätigkeit absolvierten, die ihren Neigungen entsprach. Zusätzlich sollten Turnübungen die Genesung beschleunigen.⁷⁸ Allerdings galt die ethische Grundeinstellung des Individuums, die auf Grundlage des Konzepts der Volksgemeinschaft beurteilt wurde, als Voraussetzung für die „Willenserziehung“. Nur wenn der Morphinist die Einsicht entwickelte oder besaß, dass er im nüchternen Zustand dem Volk sowie seiner nächsten Umgebung positiv dienen konnte, stand eine erfolgreiche Behandlung in Aussicht. Gleiches galt für den Arzt, der bei der Therapie den Nutzen für die Volksgemeinschaft im Auge behalten musste.⁷⁹ Konsequenterweise forderten Gabriel und Kratzmann für alle Personen, die zu einer solchen „Erziehung“ nicht in der Lage beziehungsweise nicht bereit waren, die Isolierung. So stellten sie sich eine eigene Kolonie für „die Unheilbaren“ vor, in der diese sich autark verpflegen sollten, um der Volksgemeinschaft nicht weiter zur Last zu fallen.⁸⁰

Die Praxis in den Heil- und Pflegeanstalten des Nationalsozialismus zeigt, dass sich die Behandlung auf die „Arbeitstherapie“ beschränkte. So findet sich in der gesamten Akte von Emil B. kein

⁷⁸ Vgl. Gabriel / Kratzmann, *Süchtigkeit* (wie Anm. 34), S. 267 ff.; Gabriel, *Zur Psychotherapie* (wie Anm. 30), S. 12.

⁷⁹ Vgl. ebd., S. 268; Dr. Bender, *Entwöhnungskuren – Anstalterfahrungen, Krankenhausfragen*, in: Gerhardt Feuerstein (Hg.), *Suchtgifte*, Berlin 1944, S. 75; Paulstich, *Bekämpfung* (wie Anm. 26), S. 575.

⁸⁰ Vgl. Gabriel / Kratzmann, *Süchtigkeit* (wie Anm. 34), S. 268; Gabriel, *Zur Psychotherapie* (wie Anm. 30), S. 12.

Beleg für eine psychotherapeutische Behandlung. Während seines Aufenthalts vom Juli 1933 bis zum April 1934 arbeitete er im Hausgarten und erledigte Hausarbeiten. Allem Anschein nach dienten die Arbeiten in erster Linie keinem therapeutischen Zweck, sondern der Beschäftigung, falls möglich in einer für die Heil- und Pflegeanstalten produktiven und profitablen Art und Weise. In keiner der zehn Krankenakten finden sich andere Behandlungsarten als die „Arbeitstherapie“.⁸¹ So waren die Abhängigen in der Plättstube, in der Küche, auf dem Feld, auf der jeweiligen Krankenstation und allgemein mit Hausarbeiten beschäftigt. Die Unterordnung therapeutischer Intentionen unter den wirtschaftlichen Zweck führte im Laufe der Zeit zu selektiven Behandlungen, mit negativen Konsequenzen für die Betroffenen. „Wer zu den meist einfachen Arbeitsleistungen nicht mehr fähig war, wurde den ‚Siechen‘ zugeordnet und der Minimalfürsorge ausgesetzt.“⁸²

Während die Anstaltspsychiatrie in der Weimarer Republik einen Aufschwung erlebte und sich neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden entwickelten, verschlechterte sich die Situation ab Beginn der 1930er Jahre allmählich. Infolge der Weltwirtschaftskrise verringerten sich die finanziellen Mittel der Heil- und Pflegeanstalten, so dass mehr und mehr die „Heilbaren“ im Zentrum der psychiatrischen Behandlung standen.⁸³ Ab 1933 sanken die

⁸¹ Vgl. Krankenakten Buch, Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-01, Nr. 1120, A Rep. 003-04-01, Nr. 1209; Krankenakten Wittenau, ID 1464, Nr. A 0028, ID 3873, Nr. K1064, ID 3076, Nr. H1807, ID 117, P0916, ID 171, Nr. E0240. In den anderen drei Akten wird keine Therapieform erwähnt.

⁸² Vgl. Achim Thom, *Kriegsopfer der Psychiatrie. Das Beispiel der Heil- und Pflegeanstalten Sachsens*, in: Norbert Frei (Hg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit*, München 1991, S. 206 ff.

⁸³ Vgl. Kristina Hübener, *Die Auswirkungen der „Machtergreifung“ auf das System der Provinzialen Heil- und Pflegeanstalten Brandenburgs*, in: dies. (Hg.), *Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit*, Berlin 2002, S. 16 f.; Bronwyn McFarland-Icke, *Zur beruflichen Erziehung des psychiatrischen Pflegepersonals im Nationalsozialismus*, in: Matthias Hamann / Hans Asbeck (Hg.), *Halbierte Vernunft und totale Medizin*, Göttingen 1997, S. 132; Hans-Ludwig Siemen, *Psychiatrie im Nationalsozialismus*, in: Michael Cranach / Hans-Ludwig Siemen (Hg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933–1945*,

Pflegesätze für die Anstaltsinsassen weiter, während gleichzeitig die Aufnahmezahlen stiegen. „In den ersten sechs Jahren der NS-Herrschaft wurde das psychiatrische Anstaltswesen in stetig größerem Maße beansprucht. Während dieser Zeit stieg die Zahl der in psychiatrischen Anstalten behandelten Menschen um gut 80.000.“⁸⁴ Der Zuwachs an Patienten lag auch an den Zwangseinweisungen aufgrund des § 42.⁸⁵ Zudem kürzten die Nationalsozialisten die Pflegesätze, so dass ab 1935 nur noch 3,70 RM pro Kopf und Tag zur Verfügung standen, wodurch die Ernährung der Patienten nur teilweise gesichert war. Folglich stieg die Sterblichkeitsrate in den Heil- und Pflegeanstalten erheblich.⁸⁶ Außerdem verringerte sich im Nationalsozialismus die Zahl der in den Anstalten beschäftigten Ärzte und Pfleger. So kamen zum Beispiel in der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf in Sachsen elf Ärzte auf 1.715 Patienten. Die Arztstellen waren nicht immer mit ausgebildeten Medizinern, sondern zum Teil mit unausgebildeten Assistenzärzten besetzt. Der Ausbildungsgrad und die Zahlen des Pflegepersonals durchliefen eine kongruente Entwicklung.⁸⁷ Zwar bescheinigt Thom, dass die Einstellung der Anstaltsärzte „von einem relativ breiten Bemühen um die aktive Behandlung“ aller Neuzugänge getragen wurde,⁸⁸ doch kam es in Anbetracht der Patientenzahlen in den meisten Fäl-

München 1999, S. 18 ff.

⁸⁴ Vgl. Siemen, *Psychiatrie im Nationalsozialismus* (wie Anm. 83), S. 25 f.

⁸⁵ Vgl. Reiter, *Psychiatrie im Dritten Reich* (wie Anm. 64), S. 48. Die Krankenakten belegen die Entwicklung nur bedingt, da nur zwei Fälle aufgrund des § 42 eingewiesen wurden. Vgl. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-01, Nr. 1209, Krankenakten Wittenau, ID 3076, Nr. H1807.

⁸⁶ Vgl. Siemen, *Psychiatrie im Nationalsozialismus* (wie Anm. 84), S. 26 f.

⁸⁷ Vgl. Irmgard Gaertner, *Alle sind betroffen – NS-Psychiatrie in Hessen*, in: Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Ein Tagungsbericht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen*, Kassel 1989, S. 11; Isidor J. Kammer, *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Das Philipppshospital in Riedstadt (Hessen)*, Frankfurt am Main 1996, S. 21, 27; Siemen, *Psychiatrie im Nationalsozialismus* (wie Anm. 84), S. 28; Thom, *Kriegsopfer der Psychiatrie* (wie Anm. 83), S. 203, 207. Gaertner berichtet zudem, dass in einer Heil- und Pflegeanstalt neben zwei Ärzten eine rauschmittelsüchtige Medizinerin beschäftigt war.

⁸⁸ Vgl. Thom, *Kriegsopfer der Psychiatrie* (wie Anm. 82), S. 203.

len nicht zu einer individuellen Behandlung. So bemerkte der Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen 1937: „Von Psychotherapie auf den Krankenabteilungen kann wegen deren Überfüllung größtenteils nicht gesprochen werden, besonders von der Wachabteilung kann man nur von [einer] auch durch die Verhältnisse gebotenen, meist unzweckmäßigen Unterbringung, aber kaum von einer seelischen Behandlung sprechen.“⁸⁹ Einen ähnlichen Tenor weist die Beschwerde eines Patienten der Landesheil- und Pflegeanstalt Osnabrück an den Stabschef der SA in Berlin auf. Demnach wurden „Briefe von Patienten an ihre Angehörigen, welche eine Beschwerde oder eine vorgekommene Tatsache enthalten, welche sich für die Anstalt übel auswirken könnte, [...] zurückbehalten und nicht abgesandt [...]. An eine individuelle Behandlung seitens der Ärzte ist gar nicht zu denken, also für einen kranken Menschen unmöglich bei dieser Behandlung gesund zu werden. Fast alle hier vorkommenden Arbeiten werden von Kranken ausgeführt [...]“.⁹⁰ Die Heil- und Pflegeanstalten entwickelten sich also wieder zu Verwahreinrichtungen, die aufgrund der Überbelegung und der geringen Pflegesätze nicht immer das Überleben der Patienten garantieren konnten. Eine Psychotherapie konnte ein Opiat-abhängiger in diesem Umfeld nicht erwarten.

Die Situation der Rauschmittelsüchtigen verschärfte sich also nach der Machtübergabe an die Nationalsozialisten in fast allen Bereichen. Die Beschaffung der Rauschmittel gestaltete sich immer schwieriger, so dass letztlich nur Rezeptfälschung und -erschleichung übrig blieben. Die rechtliche Lage näherte sich jener der Alkoholiker an, obwohl im Nationalsozialismus weiterhin eklatante Diskrepanzen bestanden. So wurden die Morphinisten im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Lebens“ sowie in den Bestimmungen zur Entmündigung nicht explizit erwähnt. Wenn der Unterschied in der Praxis auch keine große Rolle spielte, so bot das Fehlen genauer Bestimmungen den Behandelnden doch eine gewisse Ent-

⁸⁹ Zitiert nach Thom, *Kriegsopfer der Psychiatrie* (wie Anm. 82), S. 207.

⁹⁰ Zitiert nach Reiter, *Psychiatrie im Dritten Reich* (wie Anm. 64), S. 95.

scheidungsfreiheit. Zwischen heil- beziehungsweise unheilbaren und für die Volksgemeinschaft wertvollen beziehungsweise wertlosen Abhängigen wurde unterschieden. Berühmte Rauschmittelabhängige, wie Herman Göring⁹¹ oder der Schriftsteller Gottfried Benn,⁹² konnten deswegen von den Zwangsmaßnahmen ausgenommen werden. Unter diese Ausnahmen fielen wahrscheinlich ebenfalls Ärzte, Akademiker und Künstler, die aufgrund ihrer Stellung oder ihres Berufes für die Nationalsozialisten eine unverzichtbare Funktion hatten. Gleiches galt ebenso für Alkoholiker wie zum Beispiel den Reichsleiter und Leiter der Deutschen Arbeitsfront, „Reichstrunkenbold“ Robert Ley.⁹³ Auf der anderen Seite konnten aber Personen, die für die Nationalsozialisten nicht von Wert waren und nicht in deren ideologisches Bild passten, sterilisiert oder für längere Zeit in Heil- und Pflegeanstalten eingesperrt werden. Hinzu kamen die geringe Anzahl an Morphinabhängigen sowie der eher unauffällige Konsum, aufgrund derer die Morphinabhängigen den politischen Entscheidungsträgern als marginales Problem erschienen, welches zudem nur geringe Profilierungsmöglichkeiten bot.

Die therapeutische Situation änderte sich für die Rauschmittelsüchtigen ebenfalls erheblich. Sie waren meist in geschlossenen Stationen mit geistig Behinderten untergebracht, erlebten einen plötzlichen Entzug, wurden mit Schlafmitteln behandelt und erhielten eine Arbeitstherapie. Allerdings stand die Arbeitstherapie in engem Zusammenhang mit der ökonomischen Nützlichkeit, so dass ab 1933 kaum noch von einer therapeutischen Zielsetzung gesprochen werden kann. Denn im Nationalsozialismus galten die Patienten

⁹¹ Vgl. Joachim Fest, *Das Gesicht des Dritten Reiches* (wie Anm. 2), S. 116; Wistrich, *Wer war wer im Dritten Reich?* (wie Anm. 2), S. 119, 122.

⁹² Vgl. Gottfried Benn, *Provoziertes Leben*, in: Edward Reavis (Hg.), *Rauschgiftesser erzählen*, Frankfurt am Main 1967. Den Aufsatz soll Benn laut Herausgeber bereits 1943 geschrieben haben. In der Schrift propagiert Benn den Rauschmittelkonsum als ein Mittel der Erkenntnisgewinnung und der Horizonterweiterung: „Potente Gehirne aber stärken sich nicht durch Milch, sondern durch Alkaloide“ (S. 223). Weitere eindeutige Textstellen: S. 231, 232.

⁹³ Vgl. [http://germanhistorydocs.ghi-dc.org/sub_image.cfm?image_id=1888&language=german] (Download 21. Februar 2012).

der Heil- und Pflegeanstalten in erster Linie als eine Belastung der Volksgemeinschaft. Eine umfangreiche Verpflegung und Behandlung galt als unerwünscht und überflüssig. Deshalb wurden die Aufwendungen für Personal, Verpflegung und Ausstattung drastisch gekürzt. In Anbetracht der Krankenakten muss zwar konstatiert werden, dass eine individuelle und umfassende Betreuung auch in der Zeit vor 1933 die Ausnahme war. Dennoch war das potenzielle Angebot in der Weimarer Republik vielseitiger. Das Repertoire enthielt Therapieformen wie die Suggestionmethode per Gespräch oder Hypnose sowie die Psychoanalyse. Eine Diskontinuität oder ein Bruch kann hinsichtlich der rechtlichen und therapeutischen Entwicklung also nicht konstatiert werden. Vielmehr handelte es sich um einen Paradigmenwechsel. Die Nationalsozialisten setzten in erster Linie Forderungen um, die bereits in der Weimarer Republik von zahlreichen Fachleuten formuliert worden waren.