
letten, Nitrangin, Coffein, Folichol, Azoangin, Tecesal, PAS, Gargarisma und Ascorvit. Neben den ärztlichen Untersuchungen wurde seine Lunge geröntgt, Blut, Urin, Stuhl, Sputum und verschiedene Abstriche wurden laborchemisch und mikrobiologisch untersucht, ein EKG wurde durchgeführt, Aszites punktiert (Bauchwasser), Körpergröße, -gewicht und -temperatur gemessen. Sollten die Unterlagen an dieser Stelle nicht unvollständig sein, wurde hier ein Patient mit einer offenen Lungentuberkulose 5 Monate in Zellenhaft (höchstwahrscheinlich mit anderen Häftlingen) untergebracht, bevor er auf die Krankenstation eingewiesen wurde.

Fall Nr. 6 – „Der Suizid“

Am 06.04.1952 suizidierte sich der damals 23-Jährige nach 5 Jahren Haft und, nach seinen protokollierten Angaben, zahlreichen Suizidversuchen. Der 1929 in Thüringen geborene Mann gibt in seinem handschriftlich verfassten Lebenslauf an, er sei mit 11 Jahren wegen „nicht Folge leistens“ im Jungvolk, dem er seit dem 10. Lebensjahr angehört habe, für 2 Jahre in einem Erziehungsheim untergebracht worden. Danach habe er in einer Pflegefamilie gewohnt. Seine Pflegeeltern seien beide „große Nazis“ gewesen und er habe dort „mehr Dresche als Brot“ bekommen. Er sei dann 1944 nachts ausgerissen und mit 2 anderen Männern in den Wald geflüchtet, wo sie aber vom Volkssturm gestellt worden seien. Aus diesem Grund sei er als Partisan und Deserteur zum Tode verurteilt worden, die amerikanischen Truppen hätten ihn aber befreit. Bis 1947 habe er dann bei seiner Mutter gelebt und als Holzfäller gearbeitet. Im März 1947 habe er Verwandte in der amerikanischen Zone besucht und sei im Mai auf der Rückreise in Bad Salzungen verhaftet worden. Ihm sei Grenzübertritt und Spionage vorgeworfen worden. Nach seiner Verurteilung zu 15 Jahren Strafzarbeitslager habe er vom Mai 1947 bis Februar 1950 in Sachsenhausen eingesperrt, sei dann nach Untermassfeld verlegt worden, in die Nähe des Wohnsitzes seiner Mutter. Diese stellte in einem Schreiben an die Gefängnisleitung im August 1951 einen Antrag auf Besuchserlaubnis für ihren Sohn, den sie 4 Jahre nicht gesehen habe. Ob dieser Antrag bewilligt wurde ist unklar. In Sachsenhausen habe er bereits mehrere Suizidversuche unternommen, indem er sich die Pulsadern geöffnet habe. Eine Rasierklinge habe er mit nach Untermassfeld geschmuggelt und sich damit am 02.03.1950 wiederum die Pulsadern geöffnet. Grund dafür sei gewesen, dass er als Kalfaktor abgelöst worden sei und noch keine andere Arbeit gehabt hätte, wodurch er „noch blödsinnig werde“. Aus einem Vernehmungsprotokoll vom 12.03.1950 geht hervor, dass er ungefähr einen Monat zuvor von einem der Wachtmeister angesprochen worden sei, woher er stamme. Nachdem er ihm erzählt habe, dass seine Mutter in der Nähe der Haftanstalt wohne habe er ihn gebeten, dieser Nachricht von

seiner Verlegung nach Untermassfeld zu überbringen. Der Wachtmeister habe zugestimmt und ihm nach einigen Tagen sogar Zigaretten und Speck mitgebracht, die ihm seine Mutter für ihn mitgegeben habe. Er habe ihm auch mitgeteilt, dass seine Mutter an Gelbsucht und sein jüngerer Bruder an Lungenentzündung erkrankt seien. Da diese Informationen aus einem Vernehmungsprotokoll stammen, scheint die Gefälligkeit des Wachtmeisters nicht unbeobachtet geblieben zu sein. Weitere Auswirkungen auf den Strafgefangenen sind nicht beschrieben, aber es fällt der zeitlich enge Zusammenhang mit dem Verlust seiner Arbeit als Kalfaktor und des verübten Suizidversuchs auf. Laut Bericht des Leiters der Vollzugsanstalt Torgau an die Mordkommission vom 07.04.1952 sei aus dem Bericht über die bisher verübten Suizidversuche zu ersehen, dass der Strafgefangene ein „schwermütiges Wesen“ gehabt habe und sich schon während seiner gesamten Haftzeit mit Selbstmordgedanken beschäftigt habe. Am 06.04.1952 habe er sich dann um 12.30 Uhr mittels eines Handtuchs und eines Fußlappens erhängt. Im Brief an die Mutter des Verstorbenen werden seitens der Vollzugsanstalt Torgau als Todesursache Kreislaufstörungen angegeben.

Aus den vorliegenden Daten geht hervor, dass der Strafgefangene auch nach mehreren bekannt gewordenen Suizidversuchen keiner psychiatrischen Untersuchung oder Therapie zugeführt wurde, obwohl man ihn als schwermütig einschätzte. Unterlagen aus anderen Haftanstalten scheinen nicht angefordert worden zu sein, da jeweils nur von den Aussagen des Strafgefangenen ausgegangen wird in den Berichten. Einem Arzt wurde er nach vorliegenden Unterlagen nur nach dem Eröffnen seiner Pulsadern im März 1950 in Untermassfeld vorgestellt. Es habe nach dessen Aussagen keine Lebensgefahr bestanden. Eine sicherlich indizierte Vorstellung bei einem Psychiater scheint nicht erfolgt oder auch nur angedacht worden zu sein.

Fall Nr. 7 – „Fieberhafter Infekt“

Der 46-jährige Strafgefangene verstarb laut Totenschein am 28.01.1953 an einer Lungenentzündung mit Herz- und Kreislaufschwäche. Er war am 18.01.1953 mit den typischen Anzeichen eines fieberhaften Infektes auf die Krankenstube verlegt worden und erhielt dort nach Aussage des Krankenberichtes Lichtbündeltherapie, Schwitzpackungen, Medikamente gegen Fieber, Hustensaft und Jodkali. Am 23.01. sei eine plötzlich auftretende Muskelschwäche in beiden Oberarmen hinzu gekommen. Am nächsten Tag seien auch die Beine von den Lähmungserscheinungen betroffen gewesen. Am 27.01. sei der Patient an den unteren Extremitäten schließlich gelähmt gewesen. Die behandelnden Ärzte planten wegen des Verdachts auf eine Gehirnhautentzündung eine Verlegung des Patienten in

ein Haftkrankenhaus, dies wurde aber „des Transportes wegen“ nicht durchgeführt. Am 28.01 hätten sich die Symptome soweit gebessert, dass er wieder Nahrung habe aufnehmen können und sich mit seinem Bett-nachbarn habe unterhalten können, bis eine plötzliche erhebliche Verschlechterung des Zustandes mit Schnappatmung eingesetzt hätte, die in Minuten zum Tode geführt habe. Bei keinem anderen Patienten sind die letzten Stunden vor dem Ableben so genau protokolliert. Der Schwerpunkt des ausführlichen Krankenberichtes des Sterbetages des Patienten liegt auf der Plötzlichkeit der Verschlechterung des Zustandes bis hin zum Tod um 13.45 Uhr.

Fall Nr. 13 – „Beidseitig Beinamputiert“

Der 27-Jährige verstarb laut Totenschein nach 5 Jahren Haft am 06.01.1951 an offener Lungentuberkulose, tuberkulöser Hirnhautentzündung und Herz- und Kreislaufschwäche. Nach den Angaben in der Anamnese waren ihm 1943 nach einer Kriegsverwundung beide Unterschenkel amputiert worden. Ab Oktober 1950 habe er unter zunehmender Schwäche, Husten und Bruststechen gelitten, bei der Aufnahme auf die Krankenstube am 30.11.1950 werden auch schleimiger Auswurf, Frösteln, Appetitmangel und „profuse Nachtschweiße“ angegeben. Er sei in dürrigem Ernährungs- und Kräftezustand aufgenommen worden. Die Amputationsnarben an beiden Unterschenkeln werden als reizlos beschrieben, seien also gut verheilt. Es werden an dieser Stelle auch der Verlust der Endglieder des 2. und 3. Fingers der rechten Hand und Erfrierungsfolgen an den Endgliedern des 4. Fingers der rechten Hand und des 3. und 4. Fingers der linken Hand beschrieben. Ob es sich hierbei um alte oder neue Verletzungen handelt bleibt unklar. In den folgenden Wochen entwickelte er laut Krankenbericht zunehmend Durchfälle, Schmerzen im Unterbauch, Harnverhalt, Fieber und schließlich Nackensteifigkeit. Sein Bewusstsein sei eingetrübt und er habe nur mit Hilfe eines Katheters Wasser lassen können. In der am 05.01.1951 dokumentierten Liquorpunktion seien massenhaft Bakterien gefunden worden. Hieraus geht hervor, dass auch körperlich behinderte Menschen in Torgau inhaftiert waren. Eine Überweisung in ein anderes Krankenhaus war nicht erfolgt.

Fall Nr. 56 – „Lungentuberkulose und Zellenhaft“

Der 61-jährige Strafgefangene verstarb laut Krankenbericht am 02.05.1953 an offener Lungentuberkulose, Larynx-tuberkulose mit Lähmung des linken Nervus recurrens (führte zur Lähmung des linken Stimmbandes) und Herz- und Kreislaufschwäche. Im Juni 1949 sei bei ihm röntgenologisch erstmals der Verdacht auf eine Lungentuberkulose gestellt worden, 3 Jahre nachdem am 03.04.1946 seine Haftzeit begonnen hatte.

Von Juni 1949 bis Januar 1950 habe er wegen Verschattungen in der linken Lunge unter Lazarettbeobachtung gestanden. Im April 1951 dann wieder Aufnahme in die Krankenabteilung wegen Heiserkeit, Mattigkeit, Nachtschweiß und mangelndem Appetit. Mit einer Größe von 174 cm habe er 60 kg gewogen (BMI = 20), sein Allgemeinzustand wird als reduziert bezeichnet. Sein Gebiss sei nicht kaufähig gewesen. Es sei eine stationäre Behandlung erfolgt, die bis zu seinem Tod andauerte. Es wurden verschiedene Röntgenaufnahmen der Lungen angefertigt, das Sputum auf Tuberkuloseerreger untersucht, eine Tebethionkur durchgeführt, sein Kehlkopf gespiegelt, Medikamente zur Stärkung des Kreislaufs und zur Linderung des Hustens gegeben, eine spezielle Kost verabreicht („Tbc-Verpflegung“) und sein Zustand dokumentiert. Ab Januar 1952 wurde festgehalten, dass er schlecht esse trotz der „guten Tbc-Verpflegung“ und dauernd abnehme. Ab Februar habe er zunehmend unter Fieber gelitten, Herz- und Kreislaufmittel seien ständig notwendig geworden. Trotz der Medikamentengaben (Tecesal, Strophantin, Kampfer) sei der Verfall merklich voran geschritten und am 02.05. verstarb er nach sehr starker plötzlich auftretender Hämoptoe (Auswerfen größerer Blutmengen) um 19.55 Uhr. Er scheint während dieser Zeit auf der Krankenstation untergebracht gewesen zu sein und lag nicht im Zellentrakt mit den anderen Gefangenen.

Fall Nr. 65 – „8 Tage“

Der 55-jährige Mann verstarb am 25.02.1952 an Lungen- und Darmtuberkulose, sowie einer Herzmuskelschwäche, wie in dem Totenschein vermerkt wurde. Er war seit September 1946 in Haft, bis Dezember 1949 in Sachsenhausen, wie aus der Anamnese des behandelnden Arztes in Torgau hervorgeht. In Sachsenhausen hätte er 1948 eine Analfistel entwickelt, sei 1949 an Mumps und Grippe erkrankt. Nach seiner Überführung nach Torgau sei er im Dezember 1950 auf die Dystrophiestation verlegt worden. Im April 1951 waren die Befunde der Röntgenaufnahmen der Lunge als kontrollbedürftig eingeschätzt worden, seit Februar 1952 hätten ihn starke Schmerzen in der Umgebung des Afters geplagt. 8 Tage vor der Aufnahme auf die Krankenstation am 15.02.1952 hätten dann flohstichartige, später flächenhafte Hautblutungen eingesetzt, sowie Erbrechen, Bauchschmerzen, Appetitmangel, Durst, Mattigkeit und Kopfschmerzen. Bei der Untersuchung hätten sich bei dem Patienten ausgeprägte Fistelbildungen in der Analgegend gezeigt. In der durchgeführten Rektoskopie (Enddarmspiegelung) hätten sich 2 Ulcera (Geschwüre) in der Darmschleimhaut etwa 20 cm ab anal gefunden. Unter weiterer Verschlechterung des Allgemeinbefindens des Patienten, Schmerzen und Gewichtsabnahme um 3 kg in 2 Tagen sei am 20.02.1952 eine Verlegung in den Krankenbau angeordnet worden. Ob der Patient aus seiner Zelle in den

Krankenbau, oder von einer anderen Krankenstation dorthin verlegt wurde bleibt unklar. Der Patient erholte sich nicht mehr, habe am 24.02.1952 plötzlich einen Temperaturanstieg auf 40°C entwickelt, über Schmerzen im Unterbauch geklagt und sei dann auf der Toilette zusammen gebrochen. Am nächsten Morgen sei er im Krankenbau verstorben. Erwähnenswert ist hier die Beschreibung der auffallenden und teilweise sicherlich sehr schmerzhaften Symptome des Patienten (zum Teil großflächige und auffällige Hautblutungen, eitrig belegte Analfisteln), die bereits einige Zeit bestanden haben müssen, bevor sie zu dem protokollierenden Arzt geführt haben.

Fall Nr. 68 – „Herzschwäche“

Der 60-jährige Mann starb am 12.06.1953 um 3.23 Uhr laut Totenschein an den Folgen seiner Lungentuberkulose, die 1951 bei einer Röntgenuntersuchung diagnostiziert worden sei. Mit Zunahme von Husten, Nachtschweiß und Fieber sei er Anfang Juli 1952 auf die Krankenstation aufgenommen worden. Nachfolgend sind in der Krankengeschichte seine Beschwerden und die durchgeführten Untersuchungen und deren Ergebnisse sehr genau dokumentiert. Der Patient schilderte im Verlauf seiner Erkrankung außer den oben genannten Symptomen ein starkes Druckgefühl in der Brust und im rechten Rippenbogen, Appetitmangel, Schwächegefühl, Atemnot, Schmerzen in der Magengrube, Aufstoßen, Blähungen, Völlegefühl, kolikartige Bauchschmerzen, Erbrechen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Schmerzen in der Herzgegend mit Angstgefühl und Kopfschmerzen. An Diagnostik seien durchgeführt worden: Anamnese, körperliche Untersuchungen, Gewichtsmessungen, Körpertemperaturmessungen, Blutdruckmessungen, Messung der ausgeschiedenen Urinmenge, Röntgenaufnahmen der Lungen, Laborbestimmungen (Urinanalysen, Blutanalysen, Sputumuntersuchungen auf Tbc.-Erreger, Stuhluntersuchungen, Magensaftanalysen) und EKG. An therapeutischen Maßnahmen seien durchgeführt worden: Aufnahme auf die Krankenstation, Injektionen mit Traubenzucker, Coffein und Digipurat, Antrag auf Verlegung des Patienten in ein Einzelbett und in ruhigere Atmosphäre, Flüssigkeitsgabe, Nitrangabe, Injektion von Neospiran. Unklar bleibt, ob der Patient größtenteils ambulant behandelt wurde und erst im Mai 1953 wieder stationär aufgenommen wurde, oder ob die Verlegung auf die Krankenstube im Mai einer Verlegung, z. B. von der Tbc.-Station entsprach. Augenfällig bei dieser Krankengeschichte ist der Absatz vom 02.04.1953, in dem von der Unterbringung des Patienten in einer Massenzelle mit 30 Personen in Doppelbetten die Rede ist. In keiner der anderen vorliegenden Krankengeschichten wird auf die Unterbringung der Patienten hingewiesen, beziehungsweise eine Änderung derselben beantragt, wie in diesem Fall.

Fall Nr. 90 – „Beinamputation“

Der 56-jährige Mann von 168 cm Größe und 57 kg Gewicht (BMI = 20) war seit dem 15.08.1946 in Haft. Anamnestisch war er seit einer Wirbelsäulenverletzung 1940 100% Unfallrentner vor seiner Inhaftierung. Im Sommer 1947 sei er auf der Dystrophiestation behandelt worden, im Herbst 1948 sei röntgenologisch eine Lungentuberkulose festgestellt worden und er sei in das Lazarett eingewiesen worden. Zu dieser Behandlung fehlen Unterlagen. Seit dem Januar 1951 habe er unter zunehmender Schwäche, Atemnot und Appetitlosigkeit gelitten, wozu sich im November 1951 Bruststiche, Husten und Auswurf hinzugesellt hätten. Ab dem 03.03.1951 klagte er laut den ärztlichen Aufzeichnungen über Kribbeln und Stechen im rechten Fuß und Unterschenkel. Nach einer am 05.03. plötzlich einsetzenden Verfärbung des rechten Unterschenkels und des Fußes mit Sensibilitätsstörungen dauerte es bis zum 10.03.1951, bis eine chirurgische Intervention erfolgte, die hier die Amputation des rechten Beines in Höhe des Oberschenkels bedeutete. In den Aufzeichnungen ist erwähnt, dass der Antrag für diese Operation am 07.03. gestellt wurde. Der Patient wurde einen Tag nach der Amputation wieder auf die Krankenstation des Gefängnisses verlegt, wo er Fieber entwickelte und katheterisiert werden musste, da er seit der Operation an einem Harnverhalt gelitten habe. Innerhalb von 2 Tagen nach der Amputation des Beines verstarb er. Als Todesursache wurde die Lungentuberkulose angegeben im Totenschein.

Fall Nr. 91 – „Schlaganfall“

Am 14.02.1953 wurde der 58-jährige Mann (Größe: 168 cm, Gewicht: 69 kg; BMI = 23) durch die Ambulanz in die Krankenstube eingewiesen, nachdem er in der Nacht zuvor einen Schwindelanfall mit Bewusstlosigkeit erlitten habe, wonach Sprach- und Gangprobleme aufgetreten seien. Bei der Aufnahme habe er unter Kopfschmerzen, Brechreiz, Schwindelgefühl, Druck und Schmerzen in der Herzgegend gelitten. Bei der Untersuchung hätten sich Symptome eines Schlaganfalls mit Lähmung des Gesichtsnerven und linksseitiger Gliedmaßenlähmung gezeigt. Therapeutisch wurden Bettruhe, Traubenzucker und Kühlung verschrieben. Die undeutliche Sprache habe sich zuerst gebessert, am 19.02. aber habe sich sein Zustand allgemein wieder verschlechtert. Die Halbseitenlähmung sei noch ausgeprägter gewesen, der Reflexstatus ebenfalls und der Patient habe weiterhin unter starken rechtsseitigen Bauchschmerzen gelitten. Er habe keine Nahrung bei sich behalten können, Fieber und Husten entwickelt und sei ab dem 24.02. nicht mehr ansprechbar gewesen. Am 25.02.1953 verstarb der Patient um 7.30 Uhr. Auffallend bei dieser Krankengeschichte ist die sehr ausführliche Dokumentation des Verlaufs mit akribischer Beschreibung der neurologischen Symptome. Der Patient wurde sehr genau untersucht, der Verlauf lege artis dokumentiert.

Kurzer Überblick über Tuberkulosediagnose und -behandlung im Nachkriegsdeutschland:

Bei den hier gefundenen 59 Fällen von Lungentuberkulose scheint es angebracht, sich mit dem Umgang mit dieser Krankheit in der interessierenden Zeit zu beschäftigen. Hilfreich waren hier deutsche Lehrbücher aus der Humanmedizin über Tuberkulose aus den Jahren zwischen 1948 und 1958. Zusammengefasst aus zwei dieser Werke⁸ soll hier exemplarisch ein Überblick über Diagnostik und Therapie der Tuberkuloseinfektion gegeben werden.

1) Diagnose der Lungentuberkulose

- Gründliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung mit Inspektion des Brustkorbs, Perkussion und Auskultation
- Röntgenuntersuchung (sei außer bei der Wehrmacht ab 1944 in Deutschland noch kein Standard)
- Tuberkulinprobe und Sputumuntersuchung um Spezifität und Aktivität bestimmen zu können. Eventuell ergänzt durch eine Nüchternmagen-saftanalyse bei negativer Sputumprobe.
- Bestimmung der Aktivität der Infektion (Körpertemperatur, Senkungsgeschwindigkeit, Blutbild)

2) Therapie der Lungentuberkulose (Auszugsweise)

- Antibiose (Streptomycin – 1944 erstmals isoliert und angewendet, Para-Aminosalizylsäure: PAS – 1946 als wirksam erkannt)
- Tuberkulinbehandlung (bei fieberfreien, chronisch verlaufenden Fällen)
- Heilstättenbehandlung
- Kollapstherapie
- Hygienisch-diätetische Allgemeinbehandlung
- Antipyretika (fiebersenkende Medikamente): Pyramidon, Arsen-Aspirin-pillen bei subfebrilen Temperaturen
- Atropin, Agarizin, Salvysat, Kampfer gegen den Nachtschweiß
- Hustenstillende Mittel
- Appetitlosigkeit bekämpfen (Chinin, Pepsinwein, Diät)

8 Prof. Dr. H. Ulrici: Der praktische Arzt und die Tuberkulose. Springer-Verlag; Berlin, Göttingen, Heidelberg; 1948: 43–51

Prof. Dr. J. Hein, Prof. Dr. H. Kleinschmidt, Prof. Dr. E. Uehlinger: Handbuch der Tuberkulose in fünf Bänden, Band 1 – Allgemeine Grundlagen. Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1958: 106 ff, 198ff

Eine Einschätzung der Qualität von Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose ist bei den sehr lückenhaften Krankenunterlagen der vorliegenden Fälle aus der Haftanstalt Torgau nicht einfach. Bei den ausführlicheren Krankengeschichten entsteht aber dennoch der Eindruck, dass die oben genannten Punkte Geltung hatten bei der Behandlung und dass sowohl diagnostische, als auch medikamentöse Grundsätze dieser Zeit in grundlegenden Punkten von den Ärzten beachtet wurden. In welchen Fällen aber ein Strafgefangener diesen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zugeführt wurde und wie z. B. die allgemeinen hygienischen Verhältnisse waren, lässt sich allein aus den vorliegenden Unterlagen nicht beurteilen. Einige therapeutische Möglichkeiten, die anderen Lungentuberkulose-Patienten dieser Zeit zur Verfügung standen, wie z. B. eine Heilstättenbehandlung, stand den Strafgefangenen von vornherein sicherlich nicht zu. Insgesamt bleibt die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Strafgefangenen schon aus dem Grund exemplarisch, weil viele der in Torgau Inhaftierten bereits einige Jahre in anderen Einrichtungen, z. B. Sachsenhausen, verbracht hatten, worüber keine Unterlagen vorliegen. Nach Augenzeugenberichten⁹ gab es z. B. eine sehr hohe Rate an Tuberkulosekranken, die aus Sachsenhausen nach Torgau kamen und dort zuerst ignoriert wurden, bevor die Röntgenreihenuntersuchungen begannen. Dies bestätigen zum Teil die Anamnesen der Ärzte in Torgau, in denen oft von der Erstinfektion in Sachsenhausen berichtet wird.

Körperliche Folgen von Unterernährung

Ausgehend von den Berichten der extrem schlechten Verpflegung in den Speziallagern der in Frage kommenden Zeit, ist hier im Folgenden aufgeführt, welche Auswirkungen Hunger auf den menschlichen Körper und die Gesundheit hat.

„Aus normalem Ernährungszustand heraus reichen die Energievorräte für einen Erwachsenen für mindestens 40–50 Tage, vorausgesetzt die Wasserzufuhr ist ausreichend.“¹⁰ Beim Hungern wird zunächst das in der Leber gespeicherte Glykogen aufgebraucht, dann wird das Fettgewebe mobilisiert, so dass der Mensch mit der Zeit abmagert. Es werden auch die Eiweißreserven des Körpers verbraucht, was zu einer Atrophie (Verminderung) der Skelettmuskulatur führt. Der Körper kann nur noch in sehr geringem Maße benötigte Stoffe herstellen. Die gedrosselte Eiweißsynthese

9 Hans-Joachim Hantsche für die Landesgruppe Sachsen-Anhalt der Vereinigung der Opfer des Stalinismus: Diktaturwechsel und seine Folgen im Kreis Querfurt und Umgebung; Justizvollzugsanstalt Naumburg; Magdeburg; 2003:

10 U.-N. Riede, H.-E. Schaefer (Hrsg.): Allgemeine und spezielle Pathologie; 4. akt. Auflage; Thieme Verlag Stuttgart, New York; 1995: 133

führt zu einer messbaren Abnahme der Eiweiße im Blut (Hypoproteinämie), zu einer Verminderung des blutbildenden Knochenmarks und des lymphatischen Apparates (körpereigene Immunabwehr) und führt zu einer verminderten Fähigkeit zur Regeneration seitens der Gewebe. Die Folge davon sind Hungerödeme (Hungerbauch), Anämie (Blutarmut) und Infektanfälligkeit. Der Patient kann im Extremfall im hypoglykämischen Koma (Koma durch „Unterzuckerung“) mit einer Dysbalance im Säure-Basen-Haushalt versterben. Ein hungernder Mensch magert also ab, entwickelt Ödeme, die Muskulatur, auch die des Herzens nimmt ab. Haut und Schleimhäute sind blass, ebenfalls atrophisch und zeigen Wundheilungsstörungen (Hungergeschwüre). Er neigt zu Infekten.

Diskussion der Ergebnisse

Bei der Sichtung der Krankenberichte fiel zuerst einmal ins Auge, dass in den Fällen, in denen ausreichendes Aktenmaterial vorhanden war, eine ausführliche Dokumentation der Krankengeschichten seitens der behandelnden Ärzte zu finden war. Es fanden sich Anamnesen, körperliche Untersuchungsbefunde, fortlaufende Krankengeschichten mit Ausführungen über Diagnostik und Therapie, sowie Fieberkurven mit Angaben über Laborbestimmungen und verabreichte Medikamente. Die Niederschriften, viele handschriftlich, einige in Maschinenschrift, zeugen von medizinischer Sachkenntnis (Vokabular, diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen) und legen den Schluss nahe, dass die Verfasser ein Medizinstudium absolviert haben. Dokumentiert sind zahlreiche klinisch-chemische, als auch mikrobiologische Untersuchungen von Blut, Urin, Sputum, Liquor, Magensaft, Stuhl und verschiedenen Abstrichen. Es wurden Röntgenuntersuchungen und EKGs durchgeführt, die Patienten körperlich untersucht, katheterisiert und punktiert. Es scheinen Medikamente, auch für die Behandlung der Tuberkulose, zur Verfügung gestanden zu haben. Die Genauigkeit und Ausführlichkeit der Dokumentation scheint im Widerspruch zu den Berichten über unhaltbare Zustände in der Unterbringung und Verpflegung der Häftlinge in Torgau zu dieser Zeit zu stehen. Eine Antwort könnte darin begründet liegen, dass die behandelnden Ärzte selbst Inhaftierte waren und keine Angestellten der Anstaltsleitung. Weitere Diskrepanzen zwischen den Krankenberichten und Augenzeugenberichten bestehen bei der Beschreibung der körperlichen Symptome der Häftlinge. Augenzeugen berichten von Wanzenplagen, Krätze, Skorbut, unhaltbaren hygienischen Bedingungen in den Zellen. Nichts davon findet sich in den Krankenakten. Auch Augenzeugenberichte über Misshandlungen der Häftlinge lassen sich durch diese Krankenakten nicht bestätigen. Es wird von keinen typischen Hautveränderungen berichtet, die z. B. für eine Krätze sprechen könnten, es werden keine Verletzungen beschrieben oder die

hygienischen Verhältnisse in den Unterkünften beanstandet. Hinweisend könnte hier die auch in anderen Speziallagern, wie z. B. in Sachsenhausen, übliche Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit durch übergeordnetes Personal sein. In Sachsenhausen behandelten mitinhaftierte Ärzte die Häftlinge und wurden von russischen Ärzten wiederum kontrolliert. Diese hätten regelmäßig alle Akten durchgesehen und die Zimmer inspiziert¹¹. Dies könnte ein möglicher Grund für das Fehlen von offensichtlichen Zeichen der schlechten Haftbedingungen in den Akten sein. Auffallend war deshalb auch der Antrag auf ein Einzelbett für den herzkranken Patienten Nr. 68, der in einer Massenzelle mit 30 Mann untergebracht gewesen sei. Hier wurde einmalig die Unterbringung der Häftlinge erwähnt. In den Unterlagen von 71 Häftlingen fanden sich 93 Nennungen von verschiedenen Tuberkuloseerkrankungen zum Todeszeitpunkt. Die durchschnittliche Haftzeit betrug 4,2 Jahre, wobei die kürzeste Haftdauer 1 Jahr betrug. Sowohl die in der Haft verbrachte Zeitdauer, als auch viele Erwähnungen in den Anamnesen der Untersucher weisen auf einen Infektionsbeginn der Tuberkulose während der Haftzeit hin. In den Anamnesen wurde als Ort des Krankheitsbeginns vielfach Sachsenhausen angegeben. Aus den Krankenunterlagen war nicht klar zu ersehen, in welchen Fällen z. B. Lungentuberkulosepatienten auf die Krankenstation aufgenommen wurden. Im Falle einer ansteckenden Tuberkulose wäre es natürlich obligat gewesen die Patienten von den anderen nicht Infizierten Inhaftierten zu trennen.

Auffallend ist auch, dass sich kaum „chirurgische Diagnosen“ finden, wie z. B. eine Appendizitis (Blinddarmentzündung) oder eine Fraktur, wobei man bei einer solch großen Anzahl von Menschen wie hier von einem gewissen Prozentsatz dieser Erkrankungen ausgehen könnte. Bei den in den Akten genannten Diagnosen handelt es sich in erster Linie um Erkrankungen aus dem Fachbereich der Inneren Medizin. Dies könnte ein Hinweis auf die Facharzttrichtung der dokumentierenden Ärzte darstellen. Es könnte auch bedeuten, dass nicht alle Patienten auf dieser Krankenstation behandelt wurden, diese Unterlagen aber nicht vorliegen. Eine chirurgische Station mit Operationssaal scheint es aber nicht gegeben zu haben innerhalb der Haftanstalt, zumindest liegt die Vermutung nahe, da einer der Patienten wegen einer Amputation des Oberschenkels in das städtische Krankenhaus Torgau überwiesen wurde. Eine Hinzuziehung von ambulant tätigen Ärzten außerhalb der Haftanstalt wird nicht erwähnt. Ein überlebender ehemaliger Häftling berichtet z. B. davon, in späteren Jahren in ambulanter Behandlung bei einem außerhalb der Haftanstalt praktizierenden Augenarzt gewesen zu sein. Ein solcher Fall findet sich in diesen Unterlagen nicht. Die zahnärztliche Versorgung scheint ebenfalls

¹¹ Hans-Joachim Hantsche für die Landesgruppe Sachsen-Anhalt der Vereinigung der Opfer des Stalinismus: Diktaturwechsel und seine Folgen im Kreis Querfurt und Umgebung; Justizvollzugsanstalt Naumburg; Magdeburg; 2003: 64

nicht gesichert gewesen zu sein. Der Zahnstatus der meisten Patienten wurde von den behandelnden Ärzten stark bemängelt, eine Möglichkeit der Zahnbehandlung wird aber an keiner Stelle erwähnt. Auch wenn der von den vorhandenen Daten ermittelte BMI mit 20 noch an der unteren Normgrenze liegt, weisen die Beschreibungen aus den Untersuchungsbefunden eher in Richtung von Unter- und Mangelernährung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vorliegenden Krankenakten von ausgebildeten Medizinern verfasst zu sein scheinen. Ob es sich dabei um Angestellte der Haftleitung oder mitinhaftierte Ärzte handelte kann aus dem vorliegenden Material nicht beantwortet werden, in dem alle Namen aus datenschutzrechtlichen Gründen geschwärzt wurden. Die beschriebenen Patienten werden nur in wenigen Fällen als in gutem Allgemein- und Ernährungszustand bezeichnet. Die hier aufgeführten Häftlinge waren oft unterernährt, litten in der Vielzahl der Fälle bereits langjährig an Tuberkulose, an der sie meist letztlich auch verstarben. In einigen Fällen wurde von den behandelnden Ärzten eine Verlegung von schwer kranken Patienten in das städtische Krankenhaus von Torgau geplant, jedoch verstarben alle Patienten, bis auf einen, vor der Verlegung. Der einzige Patient, der außerhalb der Haftanstalt behandelt wurde, wurde anscheinend wenige Stunden nach der Operation (Amputation eines Beines auf Höhe des Oberschenkels) wieder auf die Krankenstation zurückverlegt, verstarb dort nach kurzer Zeit. Die Entscheidung über die Verlegung von Patienten in das Krankenhaus scheint nicht bei den behandelnden Ärzten, sondern bei der Gefängnisleitung gelegen zu haben, wie aus den in den Unterlagen erwähnten Antragstellungen hervorgeht, die zumindest in einem der Fälle zu einer bedenklichen Verzögerung der notwendigen Behandlung geführt haben. Die Bestätigung der in den Krankenakten und Totenscheinen dokumentierten Krankheitsdiagnosen durch eine Obduktion (Leichenöffnung) ist in keinem der vorliegenden Fälle durchgeführt worden, weshalb die Richtigkeit der Diagnosen natürlich angezweifelt werden kann. Außerdem ist bemerkenswert, dass nie der behandelnde Arzt auf dem Krankenrevier den Totenschein unterschrieben hat, wie man es erwarten könnte, sondern ein anderer Arzt, der nur auf den Revierarzt als letzten behandelnden Arzt hinweist. Die Totenscheine sind häufig auch erst ein bis zwei Tage nach dem Tod des Patienten ausgefüllt worden, was ebenfalls unüblich ist.

Bei der Arbeit mit dem vorliegenden Material sind einige Fragen aufgetaucht, die sich bislang noch nicht oder nur auf der Basis von Vermutungen beantworten lassen, was die Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen deutlich macht.

Die Untersuchungen an dem vorliegenden Material sollen weiter fortgesetzt werden, wobei noch mehr Archivmaterial und Zeitzeugenberichte mit in die Beurteilung einfließen soll.

ANHANG:

Einschätzung von Allgemeinzustand (AZ) und Ernährungszustand (EZ), sowie des Zahnstatus, soweit in den Unterlagen vorhanden:

Allgemeinzustand (21 Nennungen):

Schlechter Allgemeinzustand	Neutrale Beurteilung	Guter Allgemeinzustand
Mäßig (3x)	ausreichend	Gut
Kachektisch		Muskulatur und Fettpolster genügt
Sehr schlecht		Fettpolster ausreichend (3x)
Stark reduziert		
Erheblich dystrophisch		
Dystrophisch		
Geschwächt (2x)		
Stark reduziert und kachektisch		
Reduziert (3x)		
Sehr geschwächt		
15 Nennungen	1 Nennung	5 Nennungen

Ernährungszustand (8 Nennungen):

Schlechter Ernährungszustand	Neutrale Beurteilung	Guter Ernährungszustand
Dürftig (2x)	ausreichend	Gut (2x)
Reduziert (3x)		
5 Nennungen	1 Nennung	2 Nennungen

Zahnstatus (30 Nennungen):

Mängel am Zahnstatus	Neutrale Beurteilung	Guter Zahnstatus
Oberkiefer-Prothese, Unterkiefer zahnlos	Ober- und Unterkieferprothese (2x)	Gebiss saniert
Gebiss defekt (2x)	Gebiss kaufähig (7x)	
Gebiss sehr defekt		
Gebiss mangelhaft (6x)		
Keine Kaufähigkeit (6x)		
Schlecht kaufähig		
5 gesunde, 1 gefüllter, 2 kariöse Zähne		
Gebiss stark defekt		
Gebiss lückenhaft		
20 Nennungen	9 Nennungen	1 Nennung

Abkürzungsverzeichnis

AT	Altes Testament
AZ	Allgemeinzustand
Bl.	Blatt
BMI	Body Mass Index (medizinisch)
BStU	Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes
CDU	Christlich-Demokratische Union (der DDR)
DAF	Deutsche Arbeitsfront (NS-Ersatzorganisation für alle Gewerkschaften)
DBAV	Deutscher Bauarbeiter-Verband (Weimarer Republik)
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DJ	Deutsches Jungvolk (NS-Ersatzorganisation für alle Jugendorganisationen, von 10–14 Jahren)
DMV	Deutscher Metallarbeiter Verein (Weimarer Republik)
EKG	Elektro-Kardiogramm (medizinisch)
Erl.	Erlass
EZ	Ernährungszustand
G.P.U.	Geheimdienst der UdSSR (tatsächliche Bezeichnung von 1922, 1934–1946 Abkürzung: NKWD, später KGB)
HJ	Hitlerjugend (NS-Ersatzorganisation für alle Jugendorganisationen, von 14–18 Jahren)
HVDVP	Hauptverwaltung der Deutschen Volkspolizei (der DDR)
IVVdN	Interessenvereinigung der Verfolgten des Nationalsozialismus
KD	Kontrollrats-Direktive
KPD	Kommunistische Partei Deutschlands
KZ	Konzentrationslager
LDP	Liberal-Demokratische Partei (in der SBZ/DDR)
LStU	Landesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR in Sachsen-Anhalt
MfS	Ministerium für Staatssicherheit (der DDR)
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSKOV	Nationalsozialistische Kriegsoferversorgung
NSKK	Nationalsozialistisches Kraftfahrer-Korps (NS-Ersatzorganisation für die „Herren“-Clubs)

NSLB	Nationalsozialistischer Lehrerbund
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NS-Ersatzorganisation nach Verbot der Arbeiterwohlfahrt)
o. B.	ohne Befund (medizinisch)
OKW	Oberkommando der Wehrmacht
OP	Operation (medizinisch)
PAS	Paraamino-Salizylsäure, ein Medikament (medizinisch)
PDS	Partei des Demokratischen Sozialismus (neuer Name der SED)
RAD	Reichsarbeitsdienst (NS-Organisation mit sechsmonatiger Dienstzeit für alle Männer zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr, ab 1939 auch für alle Frauen)
RLB	Reichslandbund
RSFSR	Russische Sozialistische Föderative Sowjet-Republik
SA	Sturmabteilung (der NSDAP)
SBZ	Sowjetische Besatzungszone
SD	Sicherheitsdienst (der SS)
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SMA	Sowjetische Militäradministration
SMAD	Sowjetische Militäradministration in Deutschland
SMT	Sowjetisches Militärtribunal
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SS	Schutzstaffel (der NSDAP)
SSR	Sozialistische Sowjetrepublik
SSSR	russisch für UdSSR
StGB	Strafgesetzbuch
SU	Sowjetunion, kurz für UdSSR
Tbc.	Tuberkulose (medizinisch)
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
UFJ	Untersuchungsausschuss freier Juristen
UK	unabkömmlich
USPD	Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands
V.g.d.M./VgM	Verbrechen gegen die Menschlichkeit
WC	water closet
ZA	Zentralarchiv (der BStU)

Impressum

Edda Ahrberg, Maike Schmitz, Prof. Jörg Frommer:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“

Die Erkenntnisse des Ministeriums für Staatssicherheit über 117 ehemalige Torgauer Häftlinge, welche auf dem Gertraudenfriedhof in Halle Anfang der 1950er Jahre verscharrt wurden

(Reihe „Sachbeiträge“, Teil 37)

Herausgeber: Die Landesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR in Sachsen-Anhalt
(Telefon: 03 91 - 5 67 50 51)

Magdeburg, Mai 2005

Layout: Stefan Nowotzin