

Universitätsmedizin Rostock
Arbeitsbereich Geschichte der Medizin
Leiter: Prof. Dr. med. Ekkehardt Kumbier
Betreuer: Prof. Dr. Hans-Uwe Lammel

**Die Geschichte der Klinik Waldeck
von der Tuberkulose-Heilstätte zur
Fachklinik für Medizinische Rehabilitation**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Universitätsmedizin Rostock

1. Gutachter: Prof. Dr. Hans-Uwe Lammel, Universität Rostock,
Institut für Rechtsmedizin, Arbeitsbereich Geschichte der Medizin
2. Gutachter: Prof. Dr. Regina Stoll, Universität Rostock,
Institut für Präventivmedizin
3. Gutachter: Prof. Dr. Philipp Osten, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

vorgelegt von

Henry Dethloff, geb. am 20.09.1968 in Leipzig
aus Mechelsdorf

Jahr der Einreichung: 2020
Jahr der Verteidigung: 2022



Abkürzungsverzeichnis

Abt.	Abteilung
BGL	Betriebsgewerkschaftsleitung
Ders.	Derselbe (Autor)
einschl.	einschließlich
FM	Mecklenburg-Schwerinsches Finanzministerium
Hrsg.	Herausgeber bzw. herausgegeben
LHA-SN	Landeshauptarchiv Schwerin
LVA	Landesversicherungsanstalt
Mill.	Million
MLV-LH	Mecklenburgischer Landesverein zur Gründung von Lungenheilstätten
MLV-BT	Mecklenburgischer Landesverein zur Bekämpfung der Tuberkulose
MMA	Mecklenburg-Schwerinsches Ministerium, Abt. für Medizinalangelegenheiten, ab 1919 Mecklenburg-Schwerinsches Ministerium für Medizinalangelegenheiten
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
o.g.	oben genannt
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschland
Sig.	Signatur
SVA	Sozialversicherungsanstalt
Tbc	Tuberkulose
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
Verf.	Verfasser
z.B.	zum Beispiel
z.Z.	zur Zeit

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	2
1. Einleitung	5
1.1 Problemstellung	5
1.2 Stand der Forschung	6
1.3 Eigene Fragestellung	8
1.4 Quellen, Methoden und Vorgehen in der Arbeit	9
2. Der Beginn des Kampfes gegen die Tuberkulose in Deutschland, die Entstehung der Heilstätte Waldeck und ihre weitere Entwicklung	13
2.1 Die Situation der Tuberkulosebekämpfung im Deutschen Reich um 1900 bis 1918	13
2.1.1 Epidemiologische Betrachtungen	13
2.1.2 Entstehung der Lungenheilstätten im Deutschen Reich	17
2.2 Die Entstehung und Entwicklung des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten und die Errichtung der Lungenheilstätte Waldeck	33
2.3 Die Situation der Heilstätte bis 1918 und die Entstehung der Fürsorgestellen in Mecklenburg	50
2.3.1 Von der Inbetriebnahme bis zur ersten Schließung der Heilstätte 1918	50
2.3.2 Die Neuausrichtung und Umbenennung des Vereins und die Entstehung der Fürsorgestellen in Mecklenburg	57
2.4 Die Situation von 1919 bis zur zweiten Schließung 1923	61
2.5 Der Zeitraum von der Wiedereröffnung 1924 bis 1933	77
2.5.1 Die Wiederaufnahme des Heilstättenbetriebes	77
2.5.2 Die Etablierung chirurgischer Behandlungsmethoden in Waldeck	80
2.5.3 Planung und Errichtung des Erweiterungsbaues	81
2.6 Waldeck in der Zeit des Nationalsozialismus	106
2.7 Der Zeitraum von der Nachkriegszeit bis zu den fünfziger Jahren	133
2.7.1 Der Heilstättenbetrieb in der Nachkriegszeit	133
2.7.1.1 Die Lebensmittelversorgung	133
2.7.1.2 Die Versorgung mit Energie und Heizmaterial	141
2.7.1.3 Die Wasserversorgung	143
2.7.1.4 Auslastung und Einnahmesituation der Heilstätte	144

2.7.1.5	Das Fehlen qualifizierter Mitarbeiter	146
2.7.1.6	Fehlende Transportmittel und die Anlage eines Notfriedhofes	149
2.7.1.7	Personelles Fehlverhalten und Verstöße	152
2.7.2	Die Heilstätte während der Fleckfieberepidemie	159
2.8	Die Betreuung tuberkulöser Schwangerer und genitaltuberkulöser Frauen in Waldeck	165
2.8.1	Die Betreuung tuberkulöser Schwangerer in Waldeck	165
2.8.2	Die Betreuung genitaltuberkulöser Frauen in Waldeck	171
2.9	Erfolge und wirtschaftliche Probleme bei der Bekämpfung der Tuberkulose	174
2.9.1	Der Rückgang der Tuberkulose	174
2.9.2	Die Auswirkungen des wirtschaftlichen Mangels in der DDR auf die Heilstätte am Beispiel der Heizungsanlage	178
2.10	Die beginnende fachliche Neuausrichtung von der Tbc-Heilstätte zur Fachklinik für neurologische Frührehabilitation in den achtziger Jahren	185
2.11	Die Heilstätte in der Wendezeit und ihre weitere Profilierung in den neunziger Jahren	196
2.12	Die Fachklinik Waldeck in den Jahren 2004 bis 2018	211
3.	Tabellarische Übersicht der leitenden Chefarzte in Waldeck	216
4.	Zusammenfassung	217
5.	Thesen	229
6.	Quellen- und Literaturverzeichnis	233
6.1	Ungedruckte Quellen	233
6.1.1	Mündliche Quellen	233
6.1.2	Schriftliche Quellen	233
6.1.3	Archivalien	234
6.2	Gedruckte Quellen	235
6.3	Forschungsliteratur	235
6.3.1	Printmedien	235
6.3.2	Internetseiten	238
7.	Abbildungsverzeichnis	239
	Danksagung	242
	Selbständigkeitserklärung	243
	Tabellarischer Lebenslauf	244

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Entstehung und Entwicklung der Fachklinik Waldeck von der Tuberkulose-Heilstätte zur Fachklinik für Rehabilitation neurologischer Erkrankungen.

Von der Tuberkulose waren in Deutschland mit der beginnenden Industrialisierung etwa ab der Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem die einkommensschwachen und armen Bevölkerungsschichten betroffen. Für die damals einzige Behandlungsmöglichkeit, die Freiluftkur, existierten zwar bereits hotelartige Einrichtungen in meist noblen Luftkurorten, die aber gerade für diese Schichten unbezahlbar waren. Um aber auch diesen Bevölkerungsteilen die Durchführung von Kuren an Orten mit als besonders sauber und lungenheilungsfördernd geltender Luft zu ermöglichen, entstanden nach und nach erste, durch Stiftungen und Wohltätigkeitsvereine finanzierte Heilstätten. Damit waren solche Kurplätze zwar möglich, aber aufgrund ihrer noch geringen Anzahl für die breite Masse dieser Schichten immer noch nicht erreichbar geworden. Die nach der Verabschiedung der ersten Sozialgesetzgebungen Ende des 19. Jahrhunderts entstehenden Landesversicherungsanstalten (LVA) sahen es deshalb als eine ihrer Pflichten an, die Anzahl der Heilstättenplätze durch Schaffung zahlreicher weiterer Einrichtungen deutlich zu erhöhen, wodurch letztlich die Bezeichnung dieser Einrichtungen als Volksheilstätten auch gerechtfertigt war. Der Großteil dieser Volksheilstätten entstand zwischen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts.

In Mecklenburg existierten bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts keine Lungenheilstätten. Da aber weder Land, Kommunen noch die Landesversicherungsanstalt über ausreichende finanzielle Mittel zum Bau von Lungenheilstätten verfügten, gründeten namhafte sozial engagierte Persönlichkeiten des Landes den „Mecklenburgischen Landesverein zur Gründung von Lungenheilstätten“. Im Ergebnis einer sehr engagierten Arbeit dieses Vereins konnte am 3. September 1911 die Lungenheilstätte Waldeck bei Schwaan im Beisein des Großherzogs Friedrich Franz IV. von Mecklenburg eingeweiht werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die wechselvolle Geschichte dieser Einrichtung möglichst umfassend aufzuzeigen.

1.2 Stand der Forschung

Die Fachklinik Waldeck verfügt, wie bereits oben erwähnt, über eine einhundertjährige wechselvolle Geschichte. Dennoch existiert bis auf einige lokalhistorischen Beiträge¹, Zeitungsartikel und der im folgenden Text erwähnten Jubiläumsschrift bisher keine Arbeit zur Betrachtung dieser Geschichte. Im Jahr 2011 beging die Fachklinik das einhundertjährige Jubiläum ihrer Einweihung. Aus diesem Anlass verfasste der ehemalige Chefarzt und Ärztliche Direktor, Herr Dr. Jürgen Uerckwitz zwar eine kurze Chronik, stellte aber schon bei seinen dafür erforderlichen Quellenstudien fest, dass die Geschichte der Klinik Waldeck in großen Teilen nur bruchstück- bzw. lückenhaft vorliegt, eine zumindest abschnittsweise Aufarbeitung hatte bisher nicht stattgefunden. Um diese Geschichte, die Entstehung der Klinik, ihr Bestehen und ihre Entwicklung während der verschiedenen politischen Phasen und Gesellschaftsordnungen (Kaiserreich, Weimarer Republik, Nationalsozialismus, DDR, BRD) aufzeigen und einordnen zu können, war es deshalb erforderlich, diese überhaupt erst einmal möglichst lückenlos darzustellen.

Die Anpassung an die jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der jeweilige Kurs der Heilstätte basierte dabei aber auch immer auf Entscheidungen der handelnden Personen, so dass also auch diese Personen, ihre Herkunft und ihre Werdegänge zu beleuchten waren.

Zur Geschichte der Tuberkulose, ihrer Entstehung und ihrer Therapie existieren bereits zahlreiche Abhandlungen, wie beispielsweise die Werke von Karl-Heinz Leven² oder Ulrike Moser³. Auf tiefergehende infektiologische und pneumologische Erläuterungen dieser Krankheit wird deshalb in dieser Arbeit verzichtet.

Bezüglich der Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und zur Heilstättenbewegung als damals einzige Therapiemöglichkeit für die breite Masse der Arbeiterklasse und der einkommensschwachen bzw. mittellosen Bevölkerungsschichten liegen bereits einige wissenschaftliche Abhandlungen vor, wie z.B. die Arbeiten von Sylvelyn Hähner-Rombach⁴,

¹ als Beispiel sei hier genannt: Schacht, Alexander: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan, in: Bad Doberaner Jahrbuch 8/2001, Bad Doberan 2000.

² Leven, Karl-Heinz: Die Geschichte der Infektionskrankheiten: Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert, Landsberg (Lech) 1997.

³ Moser, Ulrike: Schwindsucht. Eine andere deutsche Gesellschaftsgeschichte, Berlin 2018.

⁴ Hähner-Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000.

Flurin Condrau⁵ oder Gabriele Hommel und Marc von Miquel⁶, die in ihrer Arbeit die Geschichte der Tuberkulosebehandlung bis zu aktuellen Tuberkulosetherapien im Rheinland, die Tuberkulosebekämpfung in Osteuropa und die heutigen Herausforderungen im Kampf gegen Tuberkulose und HIV thematisieren. Aussagen zur Tuberkulosebehandlung während der Zeit des Nationalsozialismus finden sich beispielsweise in der Arbeit von Robert Loddenkemper, Nikolaus Konietzko und Vera Seehausen⁷.

Auch zur Geschichte der Lungenheilstätten in Deutschland, die eng verknüpft ist mit der Geschichte der Tuberkulosetherapie, sind aufgrund der großen Zahl der früheren deutschen Lungenheilstätten neben zahlreichen nichtwissenschaftlichen Arbeiten wie Beiträge zu Ortschroniken, Festschriften etc. auch einige wissenschaftliche Abhandlungen, Dissertationen usw. vorhanden, wie z.B. die Dissertation von Andreas Jüttemann zur Entwicklung der preußischen Lungenheilstätten im Zeitraum von 1863 bis 1934⁸.

Hinsichtlich der Krankenhausgeschichte in Mecklenburg-Vorpommern existieren dagegen bisher vor allem Arbeiten zu den großen Häusern und Universitätskliniken, wie beispielsweise für die Kliniken für Orthopädie⁹ oder Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde¹⁰ der Rostocker Universität. Zu den zahlreichen kleineren Häusern sind dagegen kaum wissenschaftliche Arbeiten vorhanden, ihre Geschichte wurde häufig mehr oder weniger komprimiert in Ortschroniken, Schriftbeiträgen für Zeitungen etc. aufgeführt. Dieses trifft insbesondere für die ehemaligen Lungenheilstätten im Land zu, wie beispielsweise neben Waldeck¹¹ die Heilstätten Amsee, Lankow, Neu Damerow, Lubmin, Kalkhorst oder Gelbensande¹².

Nachdem die Tuberkulose durch die Einführung wirksamer Antibiotika ab den fünfziger Jahren ihren Charakter als Volksseuche immer mehr verlor und der Behandlungsbedarf immer weiter abnahm, erfuhren viele der ehemaligen Lungenheilstätten wie Waldeck im Laufe der Zeit eine völlige Neuorientierung. Diese Häuser wurden dann meist in Spezialkliniken umgewandelt, z.B. für Orthopädie bzw. orthopädische Rehabilitation wie die Sana Kliniken Sommerfeld oder neurologische Rehabilitation wie die VAMED Klinik

⁵ Condrau, Flurin: Lungenheilanstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000.

⁶ Hommel, v. Miquel (Hg.): Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010.

⁷ Robert Loddenkemper, Nikolaus Konietzko, Vera Seehausen: Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus, S. 270-278, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Berlin 2018.

⁸ Jüttemann, Andreas: Die Geschichte der preußischen Lungenheilstätten 1863-1934. Medizingeschichtliche Dissertation. Berlin 2015.

⁹ Heller, Paul: Von der Landeskrüppelanstalt zur Orthopädischen Universitätsklinik: das ‚Elisabethheim‘ in Rostock, in: Rostocker Schriften zur Regionalgeschichte, Münster 2009.

¹⁰ Otto-Körner-Klinik: 90 Jahre Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Rostock, in: Beiträge zur Geschichte der Universität Rostock, Rostock 1991.

¹¹ Zur Heilstätte Waldeck existieren beispielsweise kleinere Beiträge von Orts- und Landeschronisten, wie von Schacht, Alexander: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan, in: Bad Doberaner Jahrbuch 8/2001, Bad Doberan 2000, S. 77.

¹² Bernitt, Hans: Ein großherzogliches Jagdschloß wurde Tbc-Heilstätte, in: Vom alten und neuen Mecklenburg, MV Taschenbuch, Rostock 2000, S. 273-276.

Geesthacht und eben die Fachklinik Waldeck. Viele dieser Kliniken besitzen Chroniken ihres Werdeganges, eine wissenschaftliche Aufarbeitung ihrer Geschichte, eine Beleuchtung „weißer Flecken“ dieser Geschichte, wie beispielsweise bei den Brandenburger Kliniken im Rahmen der oben genannten Dissertation von Jüttemann, erfolgte bis heute jedoch nur bei wenigen.

Bezüglich der Fachklinik Waldeck soll die vorliegende Arbeit die „weißen Flecken“ in der Geschichte der Klinik beleuchten und diese Geschichte erstmalig und, wie unter Punkt 1.1. bereits erwähnt, so weit wie möglich umfassend darstellen.

1.3 Eigene Fragestellung

Zur Fachklinik Waldeck existiert, wie bereits erwähnt, neben lokalhistorischen Beiträgen, Zeitungsartikeln und der kurzen Jubiläums-Chronik bisher keine Arbeit zur Betrachtung dieser Geschichte. Doch bereits die vorhandenen Texte, insbesondere die Chronik zum einhundertjährigen Klinikjubiläum, machten deutlich, dass große Teile der Klinikgeschichte bisher noch nicht aufgearbeitet worden sind und solche Forschungsdesiderata darstellen.

Bei der Erarbeitung der Klinikgeschichte waren aus der Sicht des Verfassers vor allem zwei Aspekte hervorzuheben: Zum einen natürlich der Prozess der völligen Neuorientierung der Klinik von der Tuberkulose-Heilstätte zur Fachklinik für neurologische Rehabilitation als der entscheidenden Schritt für die weitere Existenz der Klinik. Als sich in den siebziger Jahren immer deutlicher abzeichnete, dass die Klinik durch die alleinige Behandlung von Tuberkulosepatienten nicht mehr ausreichend ausgelastet sein würde, traf der damalige Ärztliche Direktor Dr. Uerckwitz damit eine weitreichende Entscheidung zur grundlegenden fachlichen Umgestaltung der Klinik, die ihre weitere Entwicklung bis heute prägt.

Damit eng verbunden ist der Kampf der Klinik während des Übergangs vom real existierenden Sozialismus in das marktwirtschaftlich ausgerichtete Gesundheitssystem des ebenso real existierenden Kapitalismus einschließlich ihres Weiterbestehens in diesem System.

Der zweite, besonders hervorzuhebende Aspekt betraf die Situation der Heilstätte während des Nationalsozialismus. Dieser Zeitraum ist zwar von seiner Bedeutung und seinen Auswirkungen auf die Klinik weit weniger schwerwiegend als der erstgenannte Aspekt, er ist aber deshalb besonders bedeutsam, weil über ihn bisher am wenigsten bekannt war. In den bereits aufgeführten lokalhistorischen Beiträgen und der Jubiläumsschrift war dieser

Zeitabschnitt entweder nicht erwähnt, oder die wenigen betreffenden Ausführungen bestanden hauptsächlich aus Vermutungen. Eine bereits verstorbene Zeitzeugin glaubte beispielsweise zu wissen, dass in Waldeck während des Zweiten Weltkrieges lungenchirurgische Eingriffe durchgeführt wurden. Auch bestand die Frage, ob Waldeck mit der Nazi-Mordaktion „T4“ – der massenhaften Ermordung geistig oder körperlich Behinderter in deutschen Heilanstalten – in Verbindung gebracht werden konnte. Bezüglich der Zeit des Nationalsozialismus existierten auch Fragen zur Personie des am längsten in Waldeck amtierenden Chefarztes, Dr. Hans-Walther Giercke (1893 - 1965). Von ihm war nur bekannt, dass er zu Beginn der Nazi-Diktatur die Klinik verließ und nach Kriegsende wieder die Leitung der Klinik übernahm. Der Grund seines Weggangs sowie sein Verbleib während dieser Zeit waren nicht bekannt. Hatte der Weggang mit der jüdischen Herkunft seiner Mutter zu tun, und war Giercke deshalb in dieser Zeit Repressalien ausgesetzt? Zur Person Giercke gab es also mehrere offene Fragen.

Aber auch über Gierckes Wirken in der Heilstätte nach Ende des Zweiten Weltkrieges bis zu seiner Pensionierung 1961 und damit auch über den Heilstättenbetrieb in der Nachkriegszeit war nur wenig bekannt. Lediglich über die Zeit während der Fleckfieber- und Thyphusepidemie Anfang 1946 existierten in einer Lokalzeitung veröffentlichte schriftliche Erinnerungen einer ehemaligen Röntgen- und Laborassistentin.

In Waldeck entstand außerdem die erste Entbindungseinrichtung für tuberkulöse Schwangere in der DDR. Auch wurden hier an Genitaltuberkulose erkrankte Frauen behandelt. Diese Sachverhalte wurden bis auf eine Dissertationsarbeit¹³, die sich mit der Behandlung der Genitaltuberkulose beschäftigt, ebenfalls bisher noch nicht thematisiert.

Weiterhin war bereits bekannt, dass die Heilstätte nach dem Ersten Weltkrieg geschlossen werden musste. Auch starb in diesem Zeitraum der erste Anstaltsarzt Dr. Dittmann (1862 - 1922). Die Frage nach den Hintergründen der Schließung der Heilstätte als auch die Frage, wer der Nachfolger Dittmanns war, galt es ebenso zu beantworten.

1.4 Quellen, Methoden und Vorgehen in der Arbeit

Die vorliegende Arbeit lässt sich in zwei Teile gliedern. Der erste, allgemeine Teil befasst sich mit der Sozialgeschichte der Tuberkulose sowie der Geschichte der Tuberkulosetherapie und damit der Entstehung der Heilstättenbewegung in Deutschland. Wie bereits unter Punkt 1.2 aufgeführt, existieren dazu bereits einige sehr ausführliche Arbeiten, an denen sich der

¹³ Heller, Hiltrud: Die in der Heilstätte Waldeck von 1955-1966 behandelten Fälle von weiblicher Genital-Tuberkulose. Medizinische Dissertation, Rostock 1969.

Autor bei der Erstellung dieses Teils seiner Arbeit orientierten konnte. Insbesondere die genannten Arbeiten von Sylvelyn Hähner-Rombach und Flurin Condrau zeigten sich dabei als sehr ergiebige Quellen.

Der zweite, spezielle Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der konkreten Geschichte der Klinik Waldeck. Die Gewinnung von Quellenmaterial gestaltete sich dazu wesentlich schwieriger. Der überwiegende Teil des Materials konnte im Schweriner Landeshauptarchiv aufgefunden werden. Insbesondere zum Zeitraum von der Gründung des Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten bis zur Schließung der Heilstätte während der Inflation 1923 existiert eine relativ große Anzahl an Dokumenten. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Korrespondenzen, Beratungs- und Versammlungsprotokolle sowie Jahresberichte, die einen detailreichen Einblick in die damaligen Verhältnisse und die Situation der Heilstätte ermöglichen. Auch für die Zeit bis zum Verkauf der Heilstätte an die Landesversicherungsanstalt im Jahr 1929 verfügt das Landeshauptarchiv über einen aussagekräftigen Aktenbestand. Weitere Angaben, insbesondere biografische Daten, konnten aus verschiedenen bibliotheksverfügbaren Jahrbüchern und Verzeichnissen, wie beispielsweise dem Mecklenburgischen Ärztelexikon „Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart“ von Blanck, Wilhelmi und Willgeroth oder dem „Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland“ gewonnen werden.

Bei einigen der aufgeführten Chefärzte konnten weiterführende biografische Angaben nach Auffinden ihrer Dissertationen aus den dort beiliegenden Lebensläufen entnommen werden.

Die Gewinnung von Material zur Situation der Heilstätte ab 1930 gestaltete sich dagegen besonders schwierig, weil die Heilstätte 1929 vom Land Mecklenburg an die Landesversicherungsanstalt Mecklenburg verkauft wurde, welche nach dem Zweiten Weltkrieg sämtliche Unterlagen nach Schleswig-Holstein abtransportieren ließ. Laut der Deutschen Rentenversicherung Nord, Dienstsitz Lübeck, würden alle diesbezüglichen Unterlagen nach dem Beitritt der neuen Bundesländer zum Dienstsitz Neubrandenburg transportiert. Mündliche und schriftliche Nachfragen in Neubrandenburg ergaben jedoch, dass man dort diese Unterlagen nie erhalten hatte. Im Landeshauptarchiv in Schwerin konnten aber glücklicherweise einige Unterlagen, hauptsächlich Geschäftskorrespondenzen bezüglich eines geplanten Erweiterungsbaus der Heilstätte, gefunden werden. Daneben erhielt der Verfasser im Bundesarchiv in Berlin und im Service-Center der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin Informationen aus dem Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und der Mitgliederkartei der Reichsärztekammer, so dass letztlich zumindest die Abfolge der Chefärzte in Waldeck während des Nationalsozialismus nachvollzogen werden konnte.

Weiterhin gewährte die Promotionsarbeit eines in Waldeck tätigen Assistenzarztes Einblick in die chirurgischen Therapiemaßnahmen.

Auch zum Verbleib Gierckes während dieser Zeit wurden so einige wichtige Eckdaten bekannt. Außerdem sind wenige Aussagen von Zeitzeugen dokumentiert, die zur Beleuchtung der Heilstättensituation in dieser Zeit beitrugen.

Trotzdem bestehen zu diesem Zeitabschnitt noch zahlreiche offene Fragen. So konnten beispielsweise keine Erkenntnisse über die Patientenzusammensetzung, konkrete Auswirkungen der politischen Rahmenbedingungen, z.B. der Rassengesetze, über Vorkommnisse, mögliche Disziplinierungs- bzw. Strafmaßnahmen oder die Verpflegungssituation, insbesondere bei zunehmender Kriegsdauer usw. gewonnen werden.

Dagegen ist für die Phase der Nachkriegszeit bis zum Anfang der fünfziger Jahre die Aktenlage im Landeshauptarchiv Schwerin noch relativ gut. Auch die Schaffung der ersten Geburtenstation für tuberkulöse Schwangere in der DDR ist gut dokumentiert, da dazu neben einigen Dokumenten aus dem Landeshauptarchiv und Zeitzeugenberichten auch die bereits erwähnte Promotionsarbeit vorhanden ist, die Einsicht in die therapeutischen Möglichkeiten zu dieser Zeit gibt.

Für die nachfolgenden Zeitabschnitte standen dagegen wieder nur wenige aussagekräftige Quellen zur Verfügung. Neben wenigen Archivunterlagen konnten einige zusätzliche Informationen durch Zeitzeugenaussagen, wie beispielsweise dem Interview mit der ehemaligen Ökonomischen Leiterin der Heilstätte, Frau Inge Rodust (1925 – 2019) und aus einzelnen Literaturquellen wie Zeitungsartikel aus privatem Besitz gewonnen werden. Dennoch wurden über die letzten Jahre des Wirkens Gierckes als Ärztlicher Leiter der Heilstätte keine Archivdokumente oder sonstige diesbezügliche Unterlagen gefunden. Nachforschungen in Aktenbeständen zum Gesundheitswesen des ehemaligen Bezirkes Schwerin in verschiedenen überregionalen Archiven erbrachten keine weiteren Erkenntnisse. Über die letzten Lebensjahre Gierckes ist ebenfalls kaum etwas bekannt.

Die schlechte Quellenlage in den Archiven betrifft auch die bedeutende, Anfang der achtziger Jahre beginnende Phase der Neuorientierung zur neurologischen Rehabilitation bis einschließlich der Zeit der Wende und des Umbruchs Anfang der neunziger Jahre. Die Aussagen zu diesem Zeitabschnitt stützen sich deshalb hauptsächlich auf die schriftlichen Erinnerungen des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Dr. Jürgen Uerckwitz. Das ist bei der Lektüre dieses Abschnittes zu beachten, weshalb an seinem Beginn auch nochmals darauf hingewiesen wird.

Bezüglich der jüngeren Geschichte Waldecks ab den frühen neunziger Jahren konnte wieder auf zahlreiche Quellen zurückgegriffen werden. Dabei handelt es neben den schriftlichen Erinnerungen von Uerckwitz um Niederschriften weiterer Protagonisten, verschiedenen gedruckten Quellen wie Vertragsunterlagen, Prospekte und Zeitungsbeiträge sowie um Informationen aus Interviews, z.B. mit der Geschäftsführerin der Fachklinik, Frau von Lieven, und der Ärztlichen Direktorin, Frau Dr. Mach.

Am Ende der Arbeit befindet sich eine kurze tabellarische Übersicht zu den bisher in Waldeck tätigen Chefärzten, die Zusammenfassung sowie das Literatur- und Quellenverzeichnis.

Der Verfasser hofft, mit dieser Arbeit die Geschichte der ehemaligen Tuberkulose-Heilstätte und jetzigen Fachklinik für Rehabilitation im Rahmen der vorhandenen Quellen wieder stärker in das öffentliche Bewusstsein gerückt zu haben.

2. Der Beginn des Kampfes gegen die Tuberkulose in Deutschland, die Entstehung der Heilstätte Waldeck und ihre weitere Entwicklung

2.1 Die Situation der Tuberkulosebekämpfung im Deutschen Reich um 1900

2.1.1 Epidemiologische Betrachtungen

Die Tuberkulose (nachfolgend Tbc abgekürzt) ist eine durch Mycobakterien des *M. tuberculosis* - Komplexes hervorgerufene Infektionskrankheit. Nach Schätzungen der WHO ist aktuell weltweit ca. ein Drittel der Weltbevölkerung Tbc-infiziert, wovon ca. 5-10 % im Laufe ihres Lebens an aktiver Tbc erkranken.¹⁴ Damit gehört die seit dem Altertum bekannte Krankheit nach wie vor zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. „Soweit unser Wissen zurückreicht, litten Menschen an der Tuberkulose und suchten Ärzte nach Ursachen und Methoden zur Heilung der Krankheit.“¹⁵ Die Ärzte der griechischen Antike prägten für diverse Leiden der Leber, Milz und Lunge den Begriff der Phtise (Schwund), mit dem Ärzte in den nachfolgenden Jahrhunderten die Symptomatik der Tbc beschrieben. Diese typischen Symptome wie chronische Müdigkeit, erhöhte Körpertemperatur, Kräfteverfall und Atemnot mit dramatischer Abmagerung führten auch zu solchen Bezeichnungen wie Aus- bzw. Abzehrung oder Schwindsucht.¹⁶

Die Tbc stellte im 19. Jahrhundert die Krankheit mit der höchsten Todesrate im Deutschen Reich dar. Bei einer Einwohnerzahl von ca. 45 Mill. (1880) bis ca. 56 Mill. (1900)¹⁷ starben in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts im Deutschen Reich jährlich 100.000 bis 120.000 Einwohner an Tbc¹⁸. Nach einer vom Reichsversicherungsamt veröffentlichten Statistik war die Tuberkulose-Sterberate 1895 höher als die von Masern, Scharlach, Keuchhusten, Typhus, Bräune [= ansteckende Hals- und Rachenkrankheiten, z.B. Angina tonsillaris – der Verf.] und

¹⁴ Herold u. Mitarbeiter: Innere Medizin, Köln 2015, S. 411.

¹⁵ Hommel, Gabriele, v. Miquel, Marc (Hrsg.): Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 13.

¹⁶ Ebenda, S. 14.

¹⁷ [www.de.statista.com: Entwicklung der Gesamtbevölkerung Deutschlands von 1871 bis 2015 \(in 1.000\)](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/>, November 2016.

¹⁸ Das große Sterben – Seuchen machen Geschichte: Eine Veröffentlichung des Deutschen Hygiene-Museums Dresden; Ausstellung, Deutsches Hygiene-Museum Dresden, 8.12.1995 bis 10.3.1996 (DgS), Dresden, 1995, S. 271ff.

Diphtherie zusammen.¹⁹ Davon waren ca. 75-77 % aller an Tbc Verstorbenen im Alter zwischen 15-60 Jahren²⁰. Somit war der lebenszeitlich produktivste und volkswirtschaftlich bedeutendste Teil der Bevölkerung am stärksten von der Tbc betroffen. Genauere Daten zur Tuberkulose-Sterblichkeit im Deutschen Reich zu dieser Zeit liegen jedoch nicht vor, da zwar seit 1892 eine Allgemeine Todesursachen-Statistik für Deutschland existiert, diese jedoch für die einzelnen Bundesstaaten zunächst auf freiwilliger Basis bestand, und an der sich bei Einführung nur 10 von 25 Bundesstaaten beteiligten. Erst ab 1924 existieren entsprechende Daten für das gesamte Deutsche Reich.²¹

Vor Beginn des Industrie-Zeitalters trat die Tuberkulose in allen Gesellschaftsschichten noch relativ gleichmäßig verteilt auf, sie befiel Jung und Alt, Bauern wie Adlige, Städter wie Landbevölkerung. Im 19. Jahrhundert wurde sie v.a. auch als seelisches Leiden, als Zeichen besonderer Empfindsamkeit und Leidenschaftlichkeit interpretiert und als ‚romantische Krankheit‘ verklärt. Maler wie Edward Munch und Ernst Ludwig Kirchner widmeten sich ihr in ihren Arbeiten, in der Musik wurde sie beispielsweise durch Puccini in ‚La Bohème‘ in der Figur der Mimi oder durch Verdi in ‚La Traviata‘ in der Figur der Violetta Valéry thematisiert.²² Vornehme Blässe, ständige Müdigkeit, ätherisches Aussehen und dezentes Husteln ins Taschentuch galten besonders in Künstlerkreisen als Zeichen der gesellschaftlichen Zugehörigkeit. Erst mit Beginn des Industrie-Zeitalters und der damit verbundenen Entstehung des Proletariats und der Arbeiterviertel, die v.a. in der Anfangszeit der Industriellen Revolution durch Überbelegung, mangelnde Beheizung und Belüftung sowie primitive Sanitärbedingungen gekennzeichnet waren, konnte sich die Tuberkulose besonders in den Ballungszentren der großen Industriestädte ausbreiten und zur ‚Volksseuche‘ und ‚Proletarierkrankheit‘ entwickeln. In England, dem Vorreiter der Industriellen Revolution, verursachte sie im frühen 19. Jahrhundert jeden vierten Todesfall.²³ Das einerseits geringe Einkommen der Industriearbeiter und der andererseits durch den rasanten Bevölkerungsanstieg stetig zunehmende Wohnungsmangel sowie der damit verbundene Anstieg der Mietpreise in den Ballungszentren ergänzten sich zu einer unheilvollen Allianz. Bezüglich der daraus resultierenden Überbelegung wurde beispielsweise in einer medizinischen Schrift aus dem Jahr 1911 über die Verhältnisse in Berlin berichtet, dass 688 an Tbc Verstorbene sich bis zu ihrem Tod ein Zimmer mit drei Personen teilten, 580 mit vier, 425 mit fünf, 229 mit sechs, 136 mit sieben, 45 mit acht, 25 mit neun und 15 mit mehr als elf

¹⁹ Sieber, Horst: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 286.

²⁰ Hähner-Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 71.

²¹ Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 59.

²² Hommel, v. Miquel (Hg.): Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 12.

²³ Ebenda, S. 14.

Personen.²⁴ Bezüglich des Zusammenhangs von Wohnsituation und Tuberkulose-Risiko sagte Robert Koch: „[V]on vielen Autoren wird der Armut und der Bevölkerungsdichtigkeit ein entscheidender Einfluß auf die Phtisisfrequenz zugeschrieben; aber in Wirklichkeit sind es die mangelhaften und die zu beengten Wohnungen, in welche durch die Armut und durch die Zunahme der Bevölkerungsdichtigkeit die Menschen getrieben werden.“²⁵

Die Wohnverhältnisse waren jedoch nur einer der Aspekte, weshalb die Tuberkulose in dieser Zeit den bereits genannten Beinamen ‚Proletarierkrankheit‘ erhielt. In dem von Grotjahn und Kaup 1912 herausgegebenen „Handwörterbuch der sozialen Hygiene“ wurde im Artikel ‚Tuberkulose und Beruf‘ der Begriff ‚Proletarierkrankheit‘ erläutert. Darin wurde u.a. aufgeführt, dass zur Ausbreitung der Tuberkulose, also dem individuellen Erkrankungsrisiko neben erblicher und konstitutioneller Disposition, Lebens-, Wohn- und Ernährungsbedingungen etc. die berufliche Tätigkeit ausschlaggebend sei. Zum einen durch direkt gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen, zum anderen durch die Abhängigkeit der Lebensbedingungen von Beruf und Verdienst: „Und weil diese Verhältnisse gerade unter den auf ihrer Hände Arbeit angewiesenen Bevölkerungsschichten meist mangelhaft sind, darum nimmt dort auch die Tuberkulose einen so erschreckenden Umfang an, welcher die Bezeichnung als ‚Proletarierkrankheit‘ rechtfertigt.“ Daneben habe auch die jeweilige Wirtschaftslage Einfluss auf die Tuberkuloseausbreitung: „[...] denn jede Einkommensminderung der ärmeren Bevölkerungsschichten bedeutet eine Einschränkung der rationellen Ernährung, Wohnung und Kleidung, damit aber auch eine Verminderung der körperlichen Widerstandskraft und eine enorme Steigerung der Disposition zur tuberkulösen Erkrankung.“²⁶ Auch Max Mosse, Professor für Innere Medizin und Sozialmediziner (1873-1936), kam in dem Werk ‚Krankheit und soziale Lage‘ zu dem Schluss: „Man kann heute von einer sozialen Disposition zur Tuberkulose mit demselben Rechte sprechen wie von einer individuellen zu dieser Krankheit.“²⁷ Die Abhängigkeit von Einkommen bzw. sozialer Stellung und Tuberkulose-Sterblichkeit wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts in verschiedenen Statistiken nachgewiesen. Eine Statistik der Freien und Hansestadt Hamburg von 1897 berücksichtigte beispielsweise die jeweilige Einkommenssteuerklasse der an Tuberkulose Verstorbenen. Bei einem angesetzten Steuerklasse-Wert der Einkommensspanne von 3.500-5.000 Mark als Bezugsgröße mit 100 % betrug die Tuberkulose-Sterblichkeit des Einkommensbereiches von 900-1.200 Mark etwa 286 %, während die des Einkommensbereiches von 25.000-50.000 Mark etwa 34 % betrug. Dabei wurde in dieser

²⁴ Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 43.

²⁵ Ebenda, S. 43.

²⁶ Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 33.

²⁷ Mosse, Max, Tugendreich, Gustav: Krankheit und soziale Lage, München 1913, S. 551.

Statistik der Einkommensbereich von 0-900 Mark gar nicht berücksichtigt, da er nicht einkommenssteuerpflichtig war. Das Verhältnis von Tuberkulose-Sterblichkeit und Einkommensbereich zeigte auch eine Statistik der Stadt Charlottenburg, bei der der Einkommensbereich von 3.000-6.500 Mark als Bezugsgröße mit 100 % festgelegt wurde. Hier war ein Einkommensbereich von 0-900 Mark aufgeführt. Die Angehörigen dieser Einkommensgruppe starben fast doppelt so häufig wie die Angehörigen des dazwischenliegenden Einkommensbereiches von 900-3.000 Mark und 3,6 mal häufiger als die Angehörigen des Referenz-Einkommensbereiches von 3.000-6.500 Mark. Gegenüber dem in dieser Statistik höchsten Einkommensbereich von > 6.500 Mark lag die Sterblichkeit etwa 5 mal höher.²⁸

Neben der Abhängigkeit der Tuberkulose-Sterblichkeit vom Einkommen existierte innerhalb der am stärksten betroffenen unteren Einkommensbereiche eine große Abhängigkeit vom jeweiligen Beruf. Der Krankenstatistik der Ortskrankenkasse Leipzig und Umgegend für den Zeitraum von 1887-1905 zufolge waren bezüglich Tuberkulose bei den Männern Arbeiter in der steinbearbeitenden Industrie mit 23,5 Erkrankungs- und 7,23 Todesfällen auf 1.000 Personen am stärksten betroffen, gefolgt vom polygrafischen Gewerbe mit 11,4 Erkrankungs- und 3,11 Todesfällen, der Papierindustrie mit 10,8 Erkrankungs- und 2,93 Todesfällen und dem Bekleidungs- und Reinigungsgewerbe mit 10,3 Erkrankungs- und 3,35 Todesfällen. Die geringste Erkrankungs- und Todesrate wiesen Arbeiter der Gips-, Kalk- und Zementindustrie mit 4,9 Erkrankungs- und 0,79 Todesfällen auf vor Arbeitern von Gaswerken mit 4,0 Erkrankungs- und 1,65 Todesfällen, der Nahrungs- und Genussmittelindustrie mit 4,4 Erkrankungs- und 1,48 Todesfällen und der chemischen Industrie mit 4,6 Erkrankungs- und 1,54 Todesfällen.. Bei den Frauen waren Arbeiterinnen in Baubetrieben mit 13,0 Erkrankungs- und 4,35 Todesfällen am stärksten betroffen, gefolgt von der Metallverarbeitung mit 10,2 Erkrankungs- und 4,04 Todesfällen, dem Handel-Hilfsgewerbe mit 9,6 Erkrankungs- und 3,54 Todesfällen und der Papierindustrie mit 8,9 Erkrankungs- und 2,70 Todesfällen. Das geringste Risiko trugen im Hotel- und Gaststättenwesen tätige Frauen mit 2,3 Erkrankungs- und 0,97 Todesfällen, gefolgt vom Kontor- und Ladenpersonal mit 3,3 Erkrankungs- und 0,99 Todesfällen, der Gärtnerei, Land- und Forstwirtschaft mit 23,5 Erkrankungs- und 7,23 Todesfällen und der häute-, fell- und haarverarbeitenden Industrie mit 5,3 Erkrankungs- und 2,06 Todesfällen.²⁹ Ähnliche Ergebnisse zeigten Statistiken aus der Schweiz, den USA³⁰ sowie England und Wales.³¹ Zusammenfassend kann also gesagt

²⁸ Condrau, Flurin: Lungenheilstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 51-53.

²⁹ Mosse, Tugendreich: Krankheit und soziale Lage, München 1913, S. 587.

³⁰ Ebenda, S. 590ff.

werden, dass Berufe mit geringbezahlter schwerer körperlicher Tätigkeit bei hoher Staub- oder Feuchtigkeitsbelastung das höchste Risiko für eine Tuberkulose-Erkrankung darstellten. Bezüglich der Tuberkulose-Sterblichkeit von Männern und Frauen zeigte eine preußische Statistik von 1890, dass bei gleicher Säuglingssterblichkeit (jeweils 1,1 Tote auf 100.000 EW des jeweiligen Geschlechts im Alter bis 1 Jahr) die Sterblichkeit der Männer im Altersbereich 1-15 Jahren mit 4,7 % etwa 1,6 % unter der der Frauen mit 6,3 % lag. In der Altersgruppe mit der höchsten Rate an Tuberkuloseerkrankungen, der Gruppe von 15-30 Jahren, befand sich die Sterblichkeit der Männer mit 44,2 % etwa auf gleichem Niveau wie die der Frauen mit 44,7 %. Erst ab der Altersgruppe von 30-60 Jahren lag die Sterblichkeit der Männer mit 32,2 % wieder über der der Frauen mit 30,0 %. In der Altersgruppe über 60 Jahre erhöhte sich diese Differenz mit 9,8 % zu 7,2 % weiter. Eine etwas höhere Tuberkulose-Sterblichkeit von Mädchen und jungen Frauen und die Umkehr ab dem mittleren Erwachsenenalter mit höherer Tuberkulose-Sterblichkeit bei Männern zeigten auch eine Statistik des Deutschen Reiches von 1925 sowie Statistiken aus England und Wales aus den Jahren 1891 und 1931.³² Gründe oder Vermutungen dazu wurden von den jeweiligen Autoren jedoch nicht genannt.

2.1.2 Entstehung der Lungenheilstätten im Deutschen Reich

Aufgrund der unter dem vorgenannten Punkt aufgeführten hohen Todeszahlen, v.a. des produktivsten Teils der Bevölkerung, bestand ein hohes medizinisches, soziales und volkswirtschaftliches Interesse und Erfordernis, dieser Krankheit entgegenzutreten.

Robert Koch hatte zwar am 24.03.1882 im Rahmen eines in der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrages mit dem Titel ‚Die Ätiologie der Tuberkulose‘ die Entdeckung des mit Abstand häufigsten Erregers der Tbc, des *Mycobakterium tuberculosis*, bekanntgegeben, daraus aufkeimende Hoffnungen auf eine baldige kausale Therapie wurden jedoch enttäuscht.³³ Das von ihm 1890 vorgestellte Tuberkulin erweiterte die Möglichkeiten zur Diagnostik einer Tbc-Infektion erheblich, erwies sich als Heilmittel jedoch nicht tauglich. Zwar existierten Mitte des 19. Jahrhunderts bereits Sanatorien zur Linderung diverser Leiden. Doch dabei handelte es sich noch nicht um spezialisierte Heilanstalten, sondern um hotelähnliche unspezifische Kur- und Erholungseinrichtungen, die aber v.a. eine entsprechende Zahlungsfähigkeit voraussetzten.

³¹ Condrau, Flurin: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 49.

³² Condrau, Flurin: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 42ff.

³³ Schwalbe, Julius: Gesammelte Werke von Robert Koch, Bd. 1, Leipzig 1912, S. 428ff.

Die erste moderne Lungenheilstätte in Deutschland als Vorbild aller nachfolgenden deutschen Heilstätten wurde um 1854 in Görbersdorf (Schlesien) von Hermann Brehmer eröffnet³⁴. Brehmer wurde am 14. August 1826 in Kurtsch (heute Kurczowa) geboren, war 1848 Teilnehmer an der Märzrevolution, begann 1850 mit dem Medizinstudium in Berlin, wechselte später nach Breslau und promovierte 1853 bei Johann Lucas Schönlein (1793-1864), der 1834 die Krankheit in seinem Werk „Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie“ erstmals als Tuberkulose bezeichnete, zum Thema „Die Gesetze und die Heilbarkeit der chronischen Tuberculose der Lunge“.³⁵ Während seiner ärztlichen Tätigkeit veröffentlichte er mehrere Bücher zur Therapie der Tbc. Brehmer war der Überzeugung, Tbc im Frühstadium durch ausreichende Frischluftkuren bei ausreichender Bewegung und Ernährung heilen zu können. Sein Vorhaben, ein entsprechendes Sanatorium ausschließlich für Tbc-Patienten zu schaffen, stieß jedoch zunächst auf behördlichen Widerstand. Dieser konnte aber mithilfe bekannter und einflussreicher Wissenschaftler wie Alexander von Humboldt und Johann Lucas Schönlein überwunden werden. Bei der von Brehmer gegründeten Lungenheilstätte handelte es sich um eine bereits bestehende und durch ihn von der älteren Schwester seiner Ehefrau übernommenen Wasser- und Bade-Heilstätte, die er in den folgenden Jahren schrittweise zu einer Lungenheilstätte um- und ausbaute. Der in späteren Jahren als „Vater der Tuberkulosetherapie“ bezeichnete wurde Zeit seines Lebens von einigen Fachkollegen als „geschäftsgewandter Hotelier“ verspottet.³⁶ Brehmer starb am 28. Dezember 1889 in Görbersdorf (heute Sokolowsko). Die Idee, „für ärmere Lungenkranke spezielle Heilstätten einzurichten“³⁷, wurde jedoch von Peter Dettweiler, einem ehemaligen Patienten und späteren Assistenzarzt Brehmers, entwickelt. Dettweiler, geboren am 4. August 1837 in Wintersheim, gestorben am 12. Januar 1904 in Kronberg/Taunus, sah jedoch im Gegensatz zu Brehmer die Freiluftkur als Ruhekur und insbesondere die Freiluft-Liegekur als Kernelement der Behandlung³⁸. Er übernahm 1876 die Leitung der Heilstätte Falkenstein im Taunus und „trug auch wesentlich dazu bei, dass der Nachweis des Erfolges der Behandlungen nicht mehr anhand ausgewählter Einzelfälle, sondern mittels statistischer Erfolgskontrollen geführt wurde“³⁹. Dettweiler entwickelte in Falkenstein dazu einen besonders komfortablen Liegestuhl, um ein möglichst langes angenehmes Liegen zu ermöglichen. Die Konstruktion dieses Liegestuhls war so überzeugend, dass sie von anderen

³⁴ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 119.

³⁵ DgS, S. 271 ff.

³⁶ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 119.

³⁷ Ebenda, S. 120.

³⁸ Ebenda, S. 125.

³⁹ Ebenda, S. 120.

Sanatorien sofort in mehr oder weniger abgewandelter Form übernommen wurde, auch vom damals bekanntesten Sanatorium in Davos. So kam dieser Liegestuhl auch zu dem fälschlichen Eigennamen „Davoser Liege“. Weiterhin entwickelte Dettweiler den „Blauen Heinrich“, eine kleine und handliche Spuckflasche, die der Tbc-Kranke ständig bei sich tragen und in die er sein infektiöses Sputum abgeben konnte. Damit sollte die Infektionsgefahr in der Umgebung des Kranken und v.a. im öffentlichen Raum verringert werden⁴⁰.

Die bereits oben erwähnte Freiluft-Liegekur stellte, maßgeblich durch Dettweilers Wirken initiiert, bis zur Entdeckung und Isolation des ersten tauglichen Antibiotikums Streptomycin 1943 und seinem breiten klinischen Einsatz ab Ende der fünfziger Jahre den therapeutischen Mittelpunkt der Tbc-Behandlung dar. Das Ziel bestand darin, den Patienten witterungsgeschützt ganzjährig einen Aufenthalt an frischer Luft zu ermöglichen. Dazu wurden die Liegehallen, nach Süden hin offen ausgerichtet, mit Dach, Rückseite und mindestens einer Seitenwand errichtet.⁴¹ Die heilende Wirkung frischer Luft wurde sogar versucht, bakteriologisch zu begründen. Dabei wurde der Gehalt an Bakterien pro Luftmenge an jeweils bestimmten Orten gemessen. „Der Nachweis der weitgehenden Keimfreiheit frischer Luft in un- oder wenig bewohnten Gebieten galt als Bestätigung der Frischlufttheorie. George Cornet (1858 - 1915), ein zu dieser Zeit führender Bakteriologe und Schüler Robert Kochs, bilanzierte: ‚Möglichst ausgedehnter Genuß reiner Luft ist daher eine Fundamentalforderung der Phthiseotherapie, der im weitesten Umfange entsprochen werden muß, wenn gute Resultate erzielt werden sollen.‘“⁴²

Neben der Freiluftkur als zentrale Säule der Therapie gründete sich die Tbc-Behandlung auf drei weitere Therapieelemente, die im Laufe der Entwicklung bis zur chemotherapeutischen Behandlung mehr oder weniger modifiziert bzw. ergänzt wurden:

1. Die mit der Freiluftkur-Liegekur verbundene Ruhekur zur Schonung und Vermeidung jeglicher körperlicher Belastung verfolgte das Ziel, die Lunge als erkranktes Organ ruhigzustellen und ihr durch diese Ruhigstellung zur Selbstheilung zu verhelfen. Zu diesem Punkt gab es aber auch immer wieder die Auffassung, dass auch angemessene leichte körperliche Belastung der Heilung förderlich sei. Andererseits wurden in Deutschland ab Anfang der zwanziger Jahre bis zum Einsatz der Chemotherapeutika die bereits 1696 von dem italienischen Chirurgen Giorgio Baglivi (1668-1707) vorge-schlagenen und erstmals von Carlo Forlanini (1847-1918) 1892 erfolgreich erbrachten

⁴⁰ DgS, S. 274 ff.

⁴¹ Condrau: Lungenheilstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 125.

⁴² Ebenda.

sogenannten artifiziellen Pneumothorax-Operationen durchgeführt, um den betroffenen Lungenflügel völlig ruhigzustellen und den Heilungsprozess zu fördern.⁴³ Bei diesen auch als Kollapstherapie bezeichneten Operationen wurde der für die Bewegung der Lungenflügel mit der Thoraxwand erforderliche Unterdruck im Pleuraspalt durch einen kleinen Schnitt in der Thoraxwand und Eröffnung des Pleuraspaltes mit nachfolgend einströmender Luft beseitigt. Dadurch fiel die Lunge zusammen, konnte nicht mehr am Gasaustausch teilnehmen und wurde somit ruhiggestellt. Der kleine Schnitt wurde mittels Naht wieder verschlossen. Da die Luft mit der Zeit jedoch wieder resorbiert wurde und sich damit wieder langsam ein Unterdruck aufbaute, musste dieser Eingriff in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Um die Resorptionszeit zu verlängern, wurde anstelle von Luft häufig Stickstoff eingeblasen. Die Wirksamkeit dieser anfangs euphorisch als chirurgische Therapie der Tuberkulose gefeierten Methode konnte letztlich wissenschaftlich nie belegt werden. Trotzdem hatte der Eingriff zwei Vorteile: Zum Ersten benötigte man dazu keine besondere chirurgische Ausstattung, und zum Zweiten hatte der Patient das gute Gefühl, dass zu seiner Heilung eine konkrete therapeutische Maßnahme ergriffen wurde.⁴⁴ Bis zur Entwicklung wirksamer Chemotherapeutika in der Mitte des letzten Jahrhunderts blieb er somit eine der Therapiemethoden zur Behandlung der Tuberkulose.

2. Die Versorgung der Patienten hatte mit nahrhafter, gesunder und energiereicher Kost zu erfolgen, um dem Körper ausreichend Kraft und Energiereserven zur Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte zur Verfügung zu stellen. Gerade Angehörige der „minderbemittelten und unbemittelten Schichten“, die den größten Anteil der Patienten in den nachfolgend aufgeführten Volksheilstätten stellten, litten oftmals an mangelnder Ernährung. Gerade dieser therapeutische Ansatzpunkt war natürlich in Zeiten wirtschaftlicher Not (Kriegs- und Nachkriegszeiten, Inflation) nur schwer bzw. kaum aufrechtzuerhalten, vor allem in den Volksheilstätten.
3. Die psychische Stärkung der durch die Krankheit nicht nur körperlich, sondern auch psychisch schwer belasteten Patienten wurde als weiterer wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Therapie gesehen. Dettweiler machte die bakteriologische und psychologische Diagnose sowie die diätetische und psychologische Therapie zur Grundlage seines ärztlichen Programms.⁴⁵ Eine derart komplexe Behandlung zeigte sich

⁴³ DgS, S. 272 ff.

⁴⁴ Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit, München 2004, S. 133.

⁴⁵ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 126.

jedoch ohne entsprechend geschultes psychologisches Personal in der Realität als kaum durchführbar.

Ein ausreichender Aufenthalt an frischer Luft bzw. ein entsprechender Kuraufenthalt war jedoch gerade den Angehörigen der niederen Schichten im Zeitalter der beginnenden bzw. wachsenden Industrialisierung nicht möglich, da die Inanspruchnahme der bereits vorhandenen Heil- und Kureinrichtungen i.d.R. vom (zahlungskräftigen) Patienten selbst zu tragen war. Auch dieser Umstand trug zur Bezeichnung der Tbc als „Proletarierkrankheit“ bei. Bereits die Anreise zu den meist in Gebirgen befindlichen Luftkurorten (wie z.B. oben erwähnt, Davos in den Schweizer Alpen oder Falkenstein im Taunus) stellte eine erhebliche finanzielle Belastung dar, womit allein schon dadurch die Breite des Patientenklientels deutlich eingegrenzt wurde.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden aufgrund verschiedener Finanzierungsmodelle zunehmend auch Angehörigen der unteren Schichten Kuraufenthalte in den bereits vorhandenen Kureinrichtungen und ab Ende des 19. Jahrhunderts in den im gesamten Deutschen Reich neu entstehenden Heilstätten ermöglicht. Hauptträger solcher Finanzierungen waren Wohltätigkeitsvereine, Stiftungen, bereits existierende Versicherungskassen (meist auf betrieblicher Ebene) und Krankenvereine sowie kommunale Träger, die auch untereinander zusammenarbeiteten. Dabei zeigte sich, dass die Heilstättenbehandlung als damals einzig mögliche Behandlungsmethode unter der Voraussetzung eines frühen Beginns tatsächlich zwar oft nicht eine vollständige Heilung, zumindest aber eine temporäre Wiederherstellung und damit Verlängerung der Arbeitsfähigkeit erbringen konnte. Zu dieser Zeit hing vom Einkommen des Mannes das Wohl seiner Familie weitgehend ab. Ein an Tbc erkrankter und nicht mehr arbeitsfähiger Mann bedeutete gerade in den unteren Einkommensschichten dann oftmals den Abstieg in bittere Armut, der von den bestehenden sozialen Hilfseinrichtungen kaum ausreichend aufgefangen werden konnte. Aufgrund dessen kam der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eine so hohe soziale und volkswirtschaftliche Bedeutung zu, die zunehmend auch von den politisch Verantwortlichen erkannt wurde.

Die bereits vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 existierenden Versicherungsanstalten hatten die Heilstättenbehandlung bald als sinnvolle und wirksame Behandlungsmethode erkannt und anerkannt und bewilligten „die Mittel dem Krankheitszustande nach“.⁴⁶ Der Bedarf überstieg jedoch sehr schnell die vorhandenen

⁴⁶ Landeshauptarchiv Schwerin (LHA-SN), 5.12-7/9, Nr. 144: Geschäfts-Bericht für die vierte Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung für Heilstätten für Lungenkranke (GB-4.GV-DZK), Berlin 1900, S. 2.

Kapazitäten, und so musste für viele Patienten, denen die Krankenversicherungen die Kostenübernahme einer Heilstättenbehandlung bereits zugesagt hatten, „die Aufnahme aus Platzmangel immer weiter und weiter hinausgeschoben werden, bis vielfach das vorgeschrittene Siechthum die vorbeugende Kur hinfällig macht.“⁴⁷ Besonders hoch war die Diskrepanz zwischen Bedarf und vorhandener Kapazität bei Kurplätzen für Frauen und Mädchen. Wie bereits oben erwähnt, sah man zunächst als vordringliche Aufgabe bei der Behandlung der minder- und unbemittelten Bevölkerung die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erkrankter Männer, um, wie bereits erwähnt, die Gefahr einer drohenden Verarmung betroffener Familien und die Belastung der bestehenden sozialen Sicherungssysteme zu verringern. Deshalb wurde die Behandlung weiblicher Tbc-Patienten zunächst als zweitrangig angesehen, woraus sich diese Diskrepanz ergab.

Anfang 1900 standen zur Aufnahme von Lungenkranken aus der minder- und unbemittelten Bevölkerung im deutschen Kaiserreich 33 Volksheilstätten zur Verfügung, darunter heute noch bekannte Kureinrichtungen bzw. Kliniken wie z.B. das Felixstift in St. Andreasberg im Harz. Davon waren nur 2 Heilstätten für die Aufnahme von Frauen und Mädchen bestimmt (die Volksheilstätte Vogelsang bei Gommern (Magdeburg) und die Sophienheilstätte Berka des Patriotischen Instituts der Frauenvereine im Großherzogtum Sachsen-Weimar). Ob auch noch andere der übrigen 31 Volksheilstätten daneben auch Frauen und Mädchen aufnahmen, ist nicht bekannt.

Der durchschnittliche Tagespflegesatz der Volksheilstätten betrug um 1900 durchschnittlich 3 Mark.⁴⁸ Daneben boten zu dieser Zeit in Deutschland 16 privat geführte Einrichtungen Kuraufenthalte für minderbemittelte und unbemittelte Patienten zu ermäßigten Pflegesätzen in vergleichbarer Höhe an, die von den Versicherungsanstalten ebenfalls übernommen wurden.

Anhand der genannten Zahlen stellte somit eine Kurbehandlung in einer deutschen Lungenheilstätte für die „minder- und unbemittelte Bevölkerung“ bis Ende des 19. Jahrhunderts immer noch eine Ausnahme dar. Um aber einem möglichst großen Teil gerade dieser Bevölkerungsschicht ebenfalls einen Kuraufenthalt zu ermöglichen, gründeten Vertreter der Ärzteschaft, der Kranken- und Rentenversicherungskassen, des Deutschen Roten Kreuzes sowie Vertreter staatlicher und kommunaler Einrichtungen mit der Kaiserin als oberste Schirmherrin am 21. November 1895 in Berlin das „Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“.⁴⁹ Unter der Schirmherrschaft der Kaiserin wurde die Ehrenpräsidentschaft vom jeweiligen Reichskanzler bzw. einem Reichsminister

⁴⁷ Ebenda.

⁴⁸ LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: GB-4.GV-DZK, Berlin 1900, S. 3.

⁴⁹ Condrau: Lungenheilanstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 104.

übernommen. „Das Deutsche Central-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke verfolgt den Zweck, im Gebiete des Reichs die für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit geeigneten Maßnahmen anzuregen und zu fördern, insbesondere auf die Errichtung von Heilstätten für unbemittelte und minderbemittelte Lungenkranke hinzuwirken und erforderlichenfalls die Errichtung solcher Heilstätten durch die Gewährung von Zuschüssen zu den Kosten der Begründung zu unterstützen [...]“.⁵⁰ „Da auf Reichsebene keine systematische Gesundheitspolitik vorgesehen war, sollte das Zentralkomitee die verschiedenen politischen Instanzen beraten und die Anstrengungen des Heilstättenbaus koordinieren.“⁵¹ Außerdem wollte sich der Staat somit indirekt Einfluss und Steuerungsmöglichkeiten auf die verschiedenen Aktivitäten und Maßnahmen zur Tbc-Bekämpfung sichern. Aufgrund verschiedener Missverständnisse bezüglich des Namens wurde auf der Generalversammlung von 1906 eine Änderung mit folgendem Ergebnis beschlossen: „Deutsches Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose“.⁵²

Erster Generalsekretär des DZK war der am 16.05.1861 in Kirchhain geborene Arzt Gotthold Pannwitz. Unter seiner Führung wurde 1903 die Heilanstalt Hohenlychen als Volksheilstätte des Deutschen Roten Kreuzes gegründet, die er bis zu seinem Tod am 29.11.1926 in Lychen leitete.

Das Zentralkomitee sah seine Arbeit in drei Hauptaufgaben gegliedert:⁵³

1. Die Errichtung von Heilstätten
2. Die Betreuung und Unterstützung der Familien der Heilstätten-Patienten
3. Die Arbeitsvermittlung der aus den Heilstätten als wieder voll Erwerbstätige Entlassenen.

Die Errichtung von Heilstätten stellte die eigentliche Kernaufgabe des Zentralkomitees dar. Von Anfang an war klar, „dass das Zentralkomitee nicht eigene Anstalten fördern soll, deren Unterhaltskosten anderweitig (durch örtliche oder provinzielle Vereinigungen usw.) gesichert sind.“⁵⁴ Die Kernaufgabe sollte, wie bereits oben erwähnt, vor allem durch finanzielle Unterstützung und Förderung von Aktivitäten anderer Organisationen erfolgen, deren Ziel es war, Heimstätten zu errichten. Die Förderung der Errichtung von Heimstätten verlor jedoch bald an Bedeutung, der Heilstättenbau galt um 1910 im Wesentlichen als abgeschlossen.⁵⁵

⁵⁰ Ebenda.

⁵¹ Ebenda.

⁵² Ebenda.

⁵³ LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: GB-4.GV-DZK, Berlin 1900, S. 2.

⁵⁴ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 107.

⁵⁵ Ebenda, S.111.

Neben noch einzelnen Neubau-Vorhaben wurden in der Folgezeit hauptsächlich Aus- und Umbauvorhaben gefördert. Nach dem 1. Weltkrieg verschob sich der Schwerpunkt hin zur Förderung der Ausstattung der Heilstätten, z.B. mit der neu aufkommenden kostenintensiven Röntgentechnik, sowie zu Kurbeihilfen an Einzelpersonen. Zu dieser Zeit traten die kapitalkräftigen Versicherungsanstalten zunehmend als Träger der Heilanstalten in den Vordergrund.⁵⁶

Die zweite Aufgabe, die sich das DZK stellte, betraf die Betreuung und Unterstützung der Familien der Heilstätten-Patienten. Der Patient sollte schließlich seine Heilstättenkur mit der Gewissheit absolvieren, dass trotz seines Ausfalls die Existenz der Familie weiter gesichert ist und sie dadurch keine unvermeidbaren Einbußen erleidet. Denn um Sorge um die Familie wurden gerade von jüngeren Männern die genehmigten Kuren häufig zu spät begonnen, wodurch die Erkrankung oftmals ein unheilbares Stadium erreicht hatte. Auch wurden Kuren aus diesem Grund zu früh beendet bzw. abgebrochen, so dass das angestrebte Kurziel nicht erreicht werden konnte und der bisherige Kuraufenthalt nutzlos war.⁵⁷ Ein möglichst unbesorgter Kurantritt war nach Dettweiler auch eine der Grundvoraussetzungen bezüglich einer ganzheitlichen physischen und psychischen Wiederherstellung des Patienten.⁵⁸

Zur Unterstützung der Familien von Heilstättenpatienten beinhaltete das am 1. Januar 1900 in Kraft getretene Invaliden-Versicherungsgesetz im § 18 die Verpflichtung der Krankenkassen, eine Familienunterstützung in Höhe des halben Krankengeldes des betreffenden Versicherten bzw. ein Viertel des ortsüblichen Tagelohnes zu zahlen. Das bedeutete jedoch in vielen Fällen eine deutliche Verringerung der Unterstützungszahlungen, da vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits mehrere Versicherungsanstalten freiwillig zum Teil erheblich höhere Unterstützungszahlungen leisteten. Gemäß § 45 des Gesetzes bestand jedoch die Möglichkeit, dass eine Versicherungsgesellschaft nach Fassung eines entsprechenden Beschlusses die Genehmigung des Bundesrates beantragte, über die in §18 genannten Zahlungshöhen hinausgehen zu dürfen.⁵⁹ Der Beitrag des DZK bestand hier vor allem darin, die Versicherungsanstalten in solchen Genehmigungsverfahren zu unterstützen und langfristig auf eine Gesetzesanpassung hinzuwirken.

Das dritte Ziel des DZK, die Arbeitsvermittlung entlassener Kurpatienten, sollte wie Punkt 2 ebenfalls zu einem möglichst unbesorgten Kurantritt beitragen, ohne dass sich der Patient

⁵⁶ Ebenda, S.111.

⁵⁷ LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: GB-4.GV-DZK, Berlin 1900, S. 5.

⁵⁸ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 126.

⁵⁹ LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: GB-4.GV-DZK, Berlin 1900, S. 6.

große oder gar existenzielle Sorgen über eine Arbeitsmöglichkeit zur Versorgung der Familie nach Beendigung der Kur machen musste. Denn dieses stellte neben der Sorge um die Familie während der Kur eine der beiden Hauptursachen für zu spät begonnene oder zu früh beendete Heilstättenaufenthalte dar. Das DZK stellte dazu Kontakte zur Wirtschaft her, um für die Einstellung von entlassenen Heilstätten-Patienten zu werben. Das verlief insgesamt erfolgreich, was sicherlich auch dem glücklichen Umstand geschuldet war, dass es sich bei vielen der Mitglieder des DZK und der einzelnen Heilstättenvereine um Vertreter aus Gewerbe und Industrie handelte. Insbesondere die Großindustrie zeigte sich sehr entgegenkommend, und nach Möglichkeit wurde sogar darauf geachtet, dass wiederhergestellte Arbeiter sogar atemwegsschonendere Arbeitsplätze erhielten. So konnte beispielsweise 1899 in 39 von 43 Fällen des Volksheilstättenvereins des DRK Berlin eine erfolgreiche Arbeitsvermittlung verzeichnet werden.⁶⁰

Außerdem wurden in den Heilstätten selbst auch zunehmend Fortbildungskurse angeboten, um einen Berufswechsel zu erleichtern. In einigen Heilstätten wurden insbesondere gärtnerische und landwirtschaftliche Kurse angeboten, um Berufswechsel mit Tätigkeit an frischer Luft anzuregen.⁶¹ Damit verließ man eine der Forderungen Brehmers nach strenger Ruhekur, da man außerdem zu der Auffassung gelangte, dass neben der Freiluft-Liegekur als Kerntherapie leichte und dem Stand des Heilungsprozesses angemessene Bewegung der Genesung ebenfalls förderlich sei. Weiterhin konnten die Patienten so beschäftigt werden und sich, z.B. durch Verrichtung leichter Gartenarbeit, sogar beim Betrieb der Heimstätte nützlich machen. Auch fürchtete man eine zu große Arbeitsentwöhnung durch den Heilstättenaufenthalt und entsprechend große Probleme bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach der Entlassung. Sinnvolle Beschäftigung wurde auch deshalb als notwendig und hilfreich angesehen, da mit zunehmender Dauer der Kur oftmals Langeweile aufkam, in der man die Hauptursache für aufgetretene Disziplinverstöße sah.

Trotzdem wurde die Ruhekur nie völlig in Frage gestellt, die Arbeitstherapie konnte in Deutschland im Gegensatz zu England zu keiner Zeit als neue Therapieform die Ruhekur ablösen: „Die Arbeitstherapie stellte in Deutschland [...] nie eine echte Alternative zur Liegekur dar, wobei der Übergang von regelmäßiger Beschäftigung zu leichter Arbeit fließend war.“⁶²

⁶⁰ Ebenda.

⁶¹ Ebenda, S. 6.

⁶² Condrau: Lungenheilanstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 131.

In seinem Buch „Lungenheilanstalt und Patientenschicksal“ macht Furin Condrau u.a. auch Ausführungen zur Finanzierung des DKZ. Das DZK erhielt demnach für die Bewältigung seiner Aufgaben jedoch nur eine eher geringe finanzielle Unterstützung durch den Staat in Form eines Reichszuschusses. Dieser Reichszuschuss sowie die Mitgliederbeiträge betrugen zwischen 15 und 25 % der jährlichen Einnahmen. Die Höhe des Reichszuschusses ging aus den vorhandenen Unterlagen jedoch nicht hervor. Der Großteil der Einnahmen des DKZ in den Jahren bis zum 1. Weltkrieg stammte aus übertragenem Vermögen. Nach dem 1. Weltkrieg kamen Einnahmen aus Erträgen aus dem Branntweinmonopol dazu, die zeitweise mehr als 70 % der Jahreseinnahmen des DZK ausmachten. Zur außerordentlichen Finanzierung von Sonderprojekten gestattete die Reichsregierung dem DZK außerdem die Durchführung von Lotterien.⁶³ Die Einnahmen aus dem Branntweinmonopol und aus Lotterien waren jedoch keine planbaren Größen, sondern „immer von der Bewilligungspraxis der Reichsregierung abhängig“.⁶⁴ Somit unterlag die Einnahmensituation des DZK großen jährlichen Schwankungen. Der Beginn der Inflation führte dann „zum faktischen Zusammenbruch des Finanzspielraums des DZK.“⁶⁵

Obwohl es sich beim DZK um eine nichtstaatliche Institution handelt, die, wie bereits erwähnt, aufgrund einer fehlenden systematischen Gesundheitspolitik auf Reichsebene v.a. koordinative und förderpolitische und damit staatliche Aufgaben übernahm, war die deutsche Gesundheits- und Sozialpolitik dennoch weltweit führend. Als nach der Rede Bismarcks 1881 vor dem Reichstag 1883 das Gesetz zur Krankenversicherung, 1884 das Unfallversicherungsgesetz und 1889 das Gesetz zur Alters- und Invalidenversicherung verabschiedet wurden, betrat das Deutsche Reich in der Sozialgesetzgebung damit kein völliges Neuland, sondern schaffte damit v.a. auch eine reichsweite Regelung von in den einzelnen Bundesstaaten vor der Reichsgründung bereits vorhandenen Sozialgesetzgebungen. Beispielsweise wurde bereits 1843 in Deutschland der Krankenunterstützungsverein für Tabak-Fabrikarbeiter gegründet. Seit 1845 gestattete die preußische Gewerbeordnung die Gründung von Krankenkassen für Fabrikarbeiter.⁶⁶

Die 1883 beschlossene Krankenversicherung umfasste zunächst neben der freien ärztlichen Behandlung bei einem Kassenarzt ein Krankengeld von mindestens 50 % des letzten Arbeitslohns bzw. einem Viertel des ortsüblichen Tagelohns für einen Zeitraum von maximal 13 Wochen, außerdem noch Angehörigen- und Wöchnerinnenunterstützungsleistungen.

⁶³ Ebenda, S. 109.

⁶⁴ Ebenda, S. 109.

⁶⁵ Ebenda, S. 108.

⁶⁶ Die Geschichte der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung; https://www.gesetzliche-krankenkassen.eu/geschichte_krankenversicherung.htm.
November 2016.

Aufgrund dieses Unterstützungszeitraumes stellte die Krankenversicherung somit kein ausreichendes Absicherungsinstrument für Tbc-Kranke dar, deren Überlebenszeit selbst bei unbehandelter Krankheit 2-3 Jahre betrug.⁶⁷ Nach der versicherten Zeit mussten die Kranken entweder von den Familien getragen werden, was besonders dann bitter war, wenn es sich bei dem Patienten um den einstigen Familiernährer handelte, oder sie mussten sich an die Armenfürsorge wenden.

Zur Lösung dieses Problems wurde, wie bereits oben aufgeführt, 6 Jahre nach Beschluss des Gesetzes zur Krankenversicherung das Gesetz zur Alters- und Invalidenversicherung verabschiedet. Die Invalidenversicherung ermöglichte im Falle einer vor dem 70. Lebensjahr eingetretenen Arbeitsunfähigkeit die Zahlung einer lebenslangen Invalidenrente, sofern man mindestens 5 Beitragsjahre geleistet hatte und nicht mehr in der Lage war, „1/6 seines Durchschnittsverdienstes der letzten 5 Jahre sowie 1/6 des ortsüblichen Tagelohnes zu erarbeiten“.⁶⁸ Träger der Invalidenversicherung waren die Landesversicherungsanstalten (LVA). Sie stellten ab Anfang des 20. Jahrhunderts auch etwa die Hälfte der Trägerschaften der deutschen Lungenheilstätten, indem sie eigene Heilstätten bauen ließen oder vorhandene Heilstätten von Heilstättenvereinen oder Kommunen, die die finanziellen Belastungen nicht mehr tragen konnten, übernahmen (wie z.B. auch die Heilstätte Waldeck, worauf in den folgenden Kapiteln noch eingegangen wird). Somit entstand zwischen der Aufgabe der Krankenkassen zur Betreuung von akut Erkrankten bis zu deren Genesung innerhalb von 13 Wochen und den Invalidenversicherungen als Versorger von dauernd Erwerbsunfähigen eine Versorgungslücke, in die Patienten fielen, die zwar länger als 13 Wochen bis mehrere Jahre krank waren, bei denen aber durch entsprechende Behandlung eine Genesung oder zumindest eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden konnte, so dass diese Patienten danach nicht mehr die Invalidenversicherungen belasteten.⁶⁹ Zur Vermeidung dieser Versorgungslücke existierte im Alters- und Invalidengesetz der §12 zur Regelung vorbeugender Heilbehandlungen, der als „die eigentliche Basis der auf Heilstättenfürsorge beruhenden Schwindsuchtsbekämpfung in Deutschland“⁷⁰ angesehen werden kann. Er ermöglichte den Landesversicherungsanstalten als Träger der Invalidenversicherung, die Versorgung und (Heilstätten-)Behandlung solcher Fälle, die zwar aufgrund ihres chronischen Verlaufs nicht durch die Krankenkassen zu betreuen waren, die aber ohne vorbeugende und meist langwierige Behandlungen eine dauernde Erwerbsunfähigkeit und damit wesentlich höhere Belastung der Invalidenversicherungen befürchten ließen. Schließlich stellte die Tbc

⁶⁷ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 85.

⁶⁸ Ebenda.

⁶⁹ Condrau: Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 86.

⁷⁰ LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: GB-4.GV-DZK, Berlin 1900, S. 6.

für die Invalidenversicherungen eine erhebliche Belastung dar, denn etwa 30 bis 50 % aller Frühverrentungen der 20- bis 40jährigen ergaben sich aufgrund von Tbc-Erkrankungen.⁷¹ Das führte dazu, dass einige LVA's auf Grundlage des §12 dazu übergingen, sich an den Kosten der Krankenkassen bei der Tbc-Behandlung zu beteiligen. Dabei wurde „zunächst die gesetzlich vorgeschriebene Unterstützungspflicht der Krankenkassen ausgenutzt“ und die Kosten der sich nach der 13. Woche anschließenden Weiterbehandlung von den LVA's übernommen, sofern Aussicht auf dauerhafte Heilung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für längere Zeit bestand.⁷² Diese sinnvolle Praxis fand in der überarbeiteten Fassung des Invaliden-Versicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899, das am 1. Januar 1900 in Kraft trat, Berücksichtigung. Die vormals im §12 getroffenen Regelungen zu vorbeugenden Heilbehandlungen wurden jetzt in den §18 aufgenommen und gestatteten den LVA's, in Verbindung mit §45 „bei bedrohter Erwerbsfähigkeit ein vorbeugendes Heilverfahren einzuleiten.“⁷³ Außerdem war in der überarbeiteten Gesetzesfassung die bereits erwähnte Verpflichtung der Krankenkassen, eine Familienunterstützung in Höhe des halben Krankengeldes des betreffenden Versicherten bzw. einem Viertel des ortsüblichen Tagelohnes zu zahlen, geregelt. Aber bereits vor Inkrafttreten des überarbeiteten Invaliden-Versicherungsgesetzes „übernahmen die Krankenkassen ohne jede gesetzliche Grundlage die Unterstützungsleistungen für Angehörige der Tuberkulosekranken und trugen damit wesentlich zur Akzeptanz der Heilbehandlung unter den Versicherten bei“, da „die paradoxe Situation, dass die Behandlung der wichtigsten Krankheit und Todesursache des erwerbsfähigen Alters nicht von der Krankenversicherung finanziert wurde, [...] einigen finanziellen und rechtlichen Spielraum“ schuf.⁷⁴

„In der umfassenden Neuregelung und Zusammenfassung aller Versicherungszweige durch die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911“ wurden die Regelungen zur Vermeidung einer Erwerbsunfähigkeit weiter ausgebaut und der Kreis der Berechtigten erweitert. „Der Ausbau der gesetzlichen Regelungen zugunsten der Heilbehandlungen für Tuberkulose (fand damit – der Verf.) ... seinen vorläufigen Abschluss.“⁷⁵

Bezüglich der rechtlichen Situation der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland waren die Rahmenbedingungen für eine einheitliche Gesetzgebung aufgrund der föderalen Struktur des Deutschen Reiches äußerst ungünstig. Eine einheitliche reichsweite Tuberkulose-Gesetzgebung wurde erst 1934 mit dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des

⁷¹ Condrau: Lungenheilstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 86.

⁷² Ebenda.

⁷³ LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: GB-4.GV-DZK, Berlin 1900, S. 6.

⁷⁴ Condrau: Lungenheilstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000, S. 87.

⁷⁵ Ebenda.

Gesundheitswesens“ geschaffen.⁷⁶ Zwar wurde als Folge der Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 das Reichsseuchengesetz nach einem Entwurf des Kaiserlichen Gesundheitsamtes unter der Leitung von Robert Koch am 30. Juni 1900 verabschiedet, jedoch betraf dieses nur die akut lebensbedrohlichen, sogenannten „gemeingefährlichen“ Krankheiten Lepra, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Pest und Pocken.⁷⁷ Das Gesetz hatte die Bekämpfung der Infektionsgefahr zum Kern, ließ aber die chronischen Infektionskrankheiten außer Acht.

Preußen erließ deshalb 1905 ein Seuchengesetz, das die nicht „gemeingefährlichen“ Krankheiten betraf „und analog zum Reichsseuchengesetz gestaltet war“.⁷⁸ Auch in diesem Gesetz stellte die Bekämpfung der Infektionsgefahr die Kernaufgabe dar. Leider wurden „[...] die im Gesetzentwurf enthaltenen Forderungen wie Isolation der Kranken im fortgeschrittenem Stadium, Meldepflicht für Erkrankungsfälle und Anzeigepflicht für Wohnungswechsel [...]“⁷⁹ in den Beratungs- und Beschlussgremien wieder zurückgenommen. Im Vergleich zum Reichsseuchengesetz, dessen Kern darin bestand, den im Mittelpunkt stehenden erkrankten Menschen „daran zu hindern, seine Krankheit auf andere Menschen zu übertragen“⁸⁰, erweiterte das preußische Seuchengesetz die Aufgaben um die Bereiche „Desinfektion bei Todesfällen sowie die Einrichtung von bakteriologisch-hygienischen Untersuchungseinrichtungen“ und war damit das fortschrittlichste Gesetz im Kampf gegen die Tuberkulose seiner Zeit im Deutschen Reich. In einer weiteren Überarbeitung, die in dem „Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose“ vom 4. August 1923 mündete, übernahm Preußen bis zur Einführung des o.g. Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 die Vorreiterrolle in der Tuberkulosebekämpfung im Deutschen Reich.⁸¹

Der Erfolg des Freiluft-Therapie-Ansatzes und der Sinn der damit verbundenen Heilstättenbewegung wurde jedoch seit ihrer Entstehung von vielen Ärzten, Hygienikern, Naturwissenschaftlern und Sozialpolitikern angezweifelt und bestritten, allen voran von führenden Bakteriologen wie Robert Koch. Nach seiner Entdeckung des *M. tuberculosis* 1882 sah er eine baldige medikamentöse Heilung der Krankheit voraus. Koch hielt die Freiluft-Therapie Zeit seines Lebens für einen falschen Therapieansatz und den Bau von Heilstätten für unnötige Geldverschwendung. Anlässlich der Überreichung des Nobelpreises in der Königlichen Akademie zu Stockholm hielt Koch einen Vortrag zum Stand der

⁷⁶ Ebenda, S. 81.

⁷⁷ Ebenda, S. 82.

⁷⁸ Ebenda, S. 82.

⁷⁹ Ebenda, S. 83.

⁸⁰ Ebenda, S. 82.

⁸¹ Ebenda, S. 83.

Tuberkulosebekämpfung und machte dabei deutlich: „Der Kampf gegen die Tuberkulose war ihm ein Kampf gegen den Erreger, die Heilanstalten als therapeutische Einrichtungen dabei weitgehend nutzlos“.⁸² Durch die Entwicklung des Tuberkulins fanden die Ansichten Kochs zunächst große Zustimmung. Die Heilstättenbewegung kam in dieser Zeit deshalb fast zum Erliegen. Sehr bald zeigte sich jedoch, dass das Tuberkulin die fast sehnsuchtartigen Hoffnungen auf Heilung oder Schutzimpfung nicht erfüllen konnte, lediglich als diagnostisches Hilfsmittel fand und findet es Verwendung. Das Versagen des Tuberkulins brachte der Heilstättenbewegung jedoch neuen Auftrieb. Kritiker führten dazu an, dass dieser erneute Auftrieb nicht daraus resultierte, dass die Therapieerfolge der Heilstätten so hoch, sondern die der anderen Methoden noch geringer waren.

Doch auch nach der Tuberkulin-„Schlappe“ hielt Koch, wie bereits erwähnt, an seiner Kritik an der Heilstättenbewegung fest. Er hielt die Freiluft-Therapie zwar nicht für schädlich, aber für die zu bewältigende Aufgabe bei weitem nicht ausreichend und auch weiterhin hinsichtlich ihres volkswirtschaftlichen Aufwandes (erforderlicher Bau zahlreicher neuer Heilstätten) für nicht vertretbar: „Die Verwendung öffentlicher Mittel nannte er ungerechtfertigt. Eine unheilige Allianz aus Sozialpolitikern und Heilstättenärzten verfolgte aus Prestige Gründen eine völlig verfehlte Gesundheits- und Sozialpolitik, indem sie den ‚Wohltätigkeitsdrang der maßgebenden Kreise in falsche Bahnen gelenkt‘ [habe]“.⁸³ Weiterhin kritisierte er, dass durch die Freiluftkuren in den Heilstätten nur leicht Erkrankte behandelt werden, während die schweren Fälle und damit die größten Infektionsherde zu Hause in den Familien blieben: „Die Heilstätten haben sich in der Tat nicht bewährt [...]. Man macht der Heilstättenbewegung mit Recht den Vorwurf, dass sie gerade die ausschaltet, welche für die Umgebung noch nicht gefährlich sind, und dass sie die Schwerkranken, die am meisten Infektiösen, in ihren Familien belässt“.⁸⁴ Auch unter den Sozialhygienikern waren die Heilstätten aus diesem Grund umstritten: „Alfred Grotjahn, einer der führenden Sozialhygieniker seiner Zeit und späterer Sprecher des gesundheitspolitischen Ausschusses der SPD im Reichstag, teilte diese Zweifel und formulierte eine umfassende Kritik am Heilstättenwesen“.⁸⁵ In seinem Aufsatz „Die Lungenheilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene“, erschienen 1907 in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“, schrieb er dazu u.a.: „Der Fehler liegt darin, dass die deutsche Lungenheilstättenbewegung sich auf das

⁸² Ebenda, S. 143.

⁸³ Ebenda, S. 143.

⁸⁴ Ebenda, S. 144.

⁸⁵ Ebenda, S. 144.

Heilen der Tuberkulose kapriziert hat [...], die fortgeschrittenen Fälle dagegen, die für die Verbreitung der Tuberkulose als Volkskrankheit ausschlaggebend sind, vernachlässigte.“⁸⁶

Grotjahn hielt es für „wesentlich sinnvoller, kleine dezentrale Asyle für schwerkranke Tuberkulöse einzurichten, welche die seuchenpräventive Isolation der „Ansteckungsherde“ sehr viel besser übernehmen könnten“. Die daraus resultierende Frage, ob damit grundsätzlich auf diesbezügliche medizinisch-therapeutische Einrichtungen verzichtet werden sollte, blieb offen.⁸⁷

Diesen Vorwürfen hielten die Anhänger der Heilstättenbewegung und die Anstaltsärzte v.a. drei Hauptargumente entgegen:⁸⁸

1. Die Heilstätten erfüllten zuallererst eine sozialpolitische Aufgabe. Indem man auch den Ärmsten der Gesellschaft die gleichen Heilungschancen wie den wohlhabenderen Schichten einräumte, stärkte man auch den sozialen Frieden in der Gesellschaft. „...Ob diese (Volksheilstätten – der Verf.) nachweislich zu einem Behandlungserfolg führten, war dabei von zweitrangiger Bedeutung.“ Ein Anstaltsarzt war sogar der Auffassung: „Nach meinen langjährigen Erfahrungen als Volksheilstättenarzt ist dem Heilverfahren heute noch mehr Wert zur Ausgleichung der sozialen Gegensätze beizumessen als der Rente.“⁸⁹

Dazu kam, dass die Kritiker selbst über keine überzeugende sozialpolitische Lösung verfügten.

2. Die Heilstätten dienten, indem sie Erkrankte aufnahmen und sie somit aus ihrem Umfeld temporär herauslösten, der Infektionsprophylaxe: „Die Prophylaxe schützt die noch nicht Ergriffenen vor der Gefahr des Ergriffenwerdens“.⁹⁰
3. Das dritte Argument bezieht sich auf die hygienische Schulung der Patienten. Dieses dient letztlich auch der Prophylaxe, weshalb die Argumente 2 und 3 eigentlich nicht zu trennen sind. Den Heilstätten wurde vorgeworfen, sie würden ohnehin nur die leichten Fälle aufnehmen und diese während des Genesungsprozesses zu hygienischerem Verhalten erzogen, wodurch sich die Ansteckungsgefahr im Laufe der Jahre auch verringern sollte. Die schweren Fälle würden dagegen zu Hause in den Familien belassen, obwohl man auch Schwerkranke hinsichtlich eines hygienischen Verhaltens belehren könne. Dagegen „vertraten die Anstaltsärzte die Meinung, dass

⁸⁶ Ebenda, S. 144.

⁸⁷ Ebenda, S. 144.

⁸⁸ Ebenda, S. 149.

⁸⁹ Ebenda, S. 150.

⁹⁰ Ebenda, S. 149.

Lernbereitschaft nur bei der Aussicht auf Heilung ausreichend gegeben sei.“⁹¹ Eine Erziehung zu hygienischem Verhalten sei eine bessere Infektionsprophylaxe als Isolation. „Mit der Heilstättenbehandlung ist die Belehrung und hygienische Erziehung innig verbunden. Im Interesse der eigenen Selbsterhaltung werden die entlassenen Patienten dafür wirken, dass die hygienische Lebensführung, deren Notwendigkeit sie erkannt haben, auch in den Familien- und Bekanntenkreisen durchgeführt wird.“⁹²

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden Pläne zum Bau separater Heimstätten zur Isolation und gleichzeitigen Pflege für Schwertuberkulose entwickelt. 1903 wurde dementsprechend von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte das Invalidenheim Großhansdorf bei Hamburg eröffnet. Da sich jedoch kaum Patienten fanden, die sich dort freiwillig mehrere Wochen aufhalten wollten, wurde das Invalidenheim bereits 5 Jahre später in ein Erholungsheim umgewandelt.⁹³

Die Behandlung an Tbc erkrankter Patienten in den sich in Deutschland entwickelnden modernen Krankenhäusern erlangte mengenmäßig im Verhältnis zur Heilstättenbehandlung keine Bedeutung. Im Gegensatz zu den früheren Spitälern dienten und dienen die modernen Krankenhäuser nicht mehr der Aufnahme und Pflege mittelloser Kranker bis zum Tod, sondern der Behandlung von in absehbarer Zeit „heilbaren“ Kranken. Gerade die Tbc zählte nicht dazu, hinzu kam ihre Infektiösität: „Die Ansteckungsgefahr stellte ein Problem für die Krankenhausorganisation dar, während die ‚Unheilbarkeit‘ eine Belastung der Krankenhausökonomie war. Sie führte zu einer finanziell problematischen und sozialpolitisch nicht gewünschten Verlängerung der Verweildauer. Die Sterbewahrscheinlichkeit für Tuberkulosepatienten im Endstadium wirkte sich schließlich auch negativ auf die Krankenhausstatistik aus.“⁹⁴ Gegen Ende des 19. Jahrhunderts betrug der Anteil der Tbc-Fälle in deutschen Krankenhäusern deshalb nur knapp 4 %. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wuchs dieser Anteil zwar auf ca. 8 %, dabei ist jedoch zu beachten, dass die Lungenheilanstalten in dieser Statistik zu den allgemeinen Krankenhäusern gerechnet wurden⁹⁵ und deren Zahl sich zu dieser Zeit gegenüber dem Ende des 19. Jahrhunderts etwa verdreifacht hatte.

⁹¹ Ebenda, S. 150.

⁹² Ebenda, S. 150.

⁹³ Ebenda, S. 67.

⁹⁴ Ebenda, S. 67.

⁹⁵ Ebenda, S. 67.

2.2 Die Entstehung und Entwicklung des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten und die Errichtung der Lungenheilstätte Waldeck

Im Zuge der sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Deutschen Reich entwickelnden Heilstättenbewegung entstanden bis zum Ende des 19. Jahrhunderts 33 Heilstätten. Daneben bestanden noch 16 Privatanstalten, die Versicherte zu ermäßigten Pflegesätzen aufnahmen.⁹⁶ Im Großherzogtum Mecklenburg existierte jedoch bis zu diesem Zeitpunkt keine Heilstätte. Eine Anfrage des Reichskanzlers, ob im Großherzogtum eine entsprechende Heilstätte vorhanden sei, musste 1899 vom Mecklenburgischen Ministerium der Auswärtigen Angelegenheiten abschlägig beantwortet werden.⁹⁷ Es bestand in Mecklenburg bis dahin somit für die einkommensschwachen und mittellosen und damit am häufigsten von einer Tbc-Erkrankung betroffenen Bevölkerungsschichten keine Behandlungsmöglichkeit, woraus sich ein erheblicher sozialpolitischer Handlungsbedarf ergab. Bereits 1900 wurde deshalb von namhaften Rostocker Persönlichkeiten, wie dem Rostocker Bürgermeister Dr. Magnus Maßmann, dem Rektor der Universität Rostock, Prof. Dr. Theodor Thierfelder oder dem Vorsitzenden der Rostocker Ortskrankenkasse, Martin Erdbeer gefordert: „Es entspricht deshalb den Grundsätzen der Humanität und der modernen Sozialpolitik, dass auch für diejenigen Lungentuberkulösen, denen jene Privatanstalten verschlossen sind, gleichartige Anstalten errichtet werden, in dem sie zu einem weit niedrigeren Kostensatze Aufnahme finden.“⁹⁸ Jedoch zeigten sich weder Land, Kommunen noch die Landesversicherungsanstalten als Träger der Invalidenversicherung aufgrund ihrer

⁹⁶ Landeshauptarchiv Schwerin (LHA-SN), 5.12-7/9, Nr. 144: Geschäfts-Bericht für die vierte Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung für Heilstätten für Lungenkranke (GB-4.GV-DZK), Berlin 1900, S. 3.

⁹⁷ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 286.

⁹⁸ Stadtarchiv Wismar (SAWis), Kastenarchiv Teechen, Aufruf zur Bildung eines Lungenheilstättenvereins, Rostock, Juli 1900; aus: Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 286.

Finanzsituation in der Lage, Heilstätten zu errichten.⁹⁹ Da dieses Problem jedoch immer drängender wurde, ergriff Martin Erdbeer (1845-1915), die Initiative und stellte auf einer Versammlung der Mecklenburger Kassenärzte Anfang 1900 in Schwerin den Antrag auf Errichtung eines Volkssanatoriums für Lungenkranke in Mecklenburg. Nach einstimmiger Annahme des Antrages erhielt er den Auftrag, die dafür erforderlichen Vorarbeiten einzuleiten. Erdbeer war nicht nur Vorsitzender der Rostocker Ortskrankenkasse, sondern leitete als ehrenamtlicher Landesvertrauensmann die Parteiarbeit der SPD in Mecklenburg-Schwerin und Mecklenburg-Strelitz bis 1905 und war von 1909 bis 1915 SPD-Abgeordneter in der Rostocker Bürgerschaft.¹⁰⁰

Bereits in der ersten Besprechung am 6. Juli 1900 unter Teilnahme von Vertretern von Stadtverwaltung, Universität und Ärzteschaft wurde festgestellt, dass Errichtung und Betrieb des geplanten Volkssanatoriums nur durch einen noch zu gründenden privaten Verein erfolgen können.¹⁰¹

Am 26. September 1900 hatten sich dann im Fürstensaal des Rathauses in Rostock etwa 70 Personen eingefunden, um den „Mecklenburgischen Landesverein zur Gründung von Lungenheilstätten“ ins Leben zu rufen. Nach Beschluss der Satzung wurde der Vorstand gewählt. Ihm gehörten an: Die bereits genannten Herren Thierfelder (als Vorsitzender), Maßmann und Erbeer, außerdem der Pharmakologe Prof. Dr. Rudolf Kobert als Schriftführer, Kommerzienrat Georg Mahn als Kassenwart, weiterhin der Neustrelitzer Medizinalrat Dr. Gustav Götze, der Goldberger Bürgermeister Heinrich Simonis, der Schweriner Oberschulrat Ernst Wilhelm Hartwig und der Konsistorialrat Superintendent Max Johannes Heinrich Ernst Genzken aus Wismar.¹⁰² Auf Antrag des frisch gewählten Vorsitzenden Prof. Thierfelder wurden der Herzog-Regentin von Mecklenburg-Schwerin sowie der Erbgroßherzogin von Mecklenburg-Strelitz das Ehrenprotektorat sowie den jeweiligen Staatsministern beider Mecklenburg das Ehrenpräsidium angetragen. Diese wurden jeweils angenommen: „Ihre Hoheit die Frau Herzogin Johann Albrecht zu Mecklenburg, und Ihre Königliche Hoheit, die Frau Erbgroßherzogin von Mecklenburg-Strelitz haben huldvollst das Protektorat und Seine Exzellenz, der Herr Staatsrat von Pressentin zu Schwerin, sowie seine Exzellenz, der Herr Staatsminister von Dewitz zu Neustrelitz das Ehrenpräsidium des Vereins übernommen.“¹⁰³

⁹⁹ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 286.

¹⁰⁰ Ebenda, S. 286-287.

¹⁰¹ Ebenda, S. 286.

¹⁰² Ebenda, S. 287.

¹⁰³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Erster Jahresbericht des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten (MLV-LH) vom 18.02.1902, Rostock 1902, S. 1.

Mitglied des Vereins konnte jeder werden, der einen jährlichen Mindestbeitrag von 3 Mark oder eine einmalige Zahlung von mindestens 100 Mark leistete. Auch Gemeinden, Vereine und juristische Personen konnten Vereinsmitglied werden, wenn sie einen jährlichen Mindestbeitrag von 30 Mark oder eine einmalige Zahlung von mindestens 300 Mark leisteten.¹⁰⁴

Bezüglich der Besetzung des Vorstandes gab es bereits im ersten Jahr des Vereinsbestehens Umbesetzungen. Der Vorsitzende, Prof. Thierfelder, schied krankheitsbedingt aus und starb

schließlich am 07. März 1904 in Rostock. Neuer Vorsitzender wurde Prof. Dr. Friedrich Martius (1850-1923), der Leiter der Klinik für Innere Medizin der Universitätsklinik Rostock. Auch Ernst Wilhelm Hartwig schied krankheitsbedingt aus, an seine Stelle rückte der Geheime Medizinalrat Leibarzt Dr. August Müller aus Schwerin.¹⁰⁵

Die Eintragung in das Vereinsregister erfolgte am 4. Januar 1901.¹⁰⁶ Nachdem der Verein gegründet und arbeitsfähig war, begann er sofort mit der erforderlichen Vermögensbildung, da die Kosten für eine geplante Lungenheilstätte mit 100 Plätzen auf 300.000 - 400.000 Mark geschätzt wurden¹⁰⁷, wovon der überwiegende Teil, darin war man sich einig, aus Beiträgen und Spendengeldern aufgebracht werden müsse. Auf Zuwendungen öffentlicher Gelder könne man erst nach Erbringung eines größeren Eigenanteils hoffen.¹⁰⁸ „Der Verein bewarb sich zunächst um die Erlaubnis, in beiden Großherzogtümern Mecklenburgs Geldsammlungen zu veranstalten. Er erhielt dieselbe von dem Großherzoglichen Ministerium des Innern in Schwerin am 20. Dezember 1900 auf 3 Jahre, gerechnet vom 1. Januar 1901 ab, und von der Großherzoglichen Landesregierung in Neustrelitz am 27. Dezember 1900 auf die gleiche Zeit.“¹⁰⁹ Daraufhin erfolgten Spendenaufrufe an Beamte, Gutsbesitzer, Ärzte, Pastoren u.a. Personen in gesicherten Einkommensverhältnissen. Außerdem wurden alle niedergelassenen Ärzte beider Mecklenburg gebeten, Spendenlisten auszulegen und ebenfalls Spendenaufrufe zu verschicken. Größere Spendenbeträge konnten nicht nur von der Herzogin von Mecklenburg-Schwerin und der Großherzogin von Mecklenburg-Strelitz, sondern auch von der Kaiserlichen Hoheit, der Großfürstin von Russland, Maria Paulowna, Tochter des Großherzogs Friedrich Franz II. und Ehefrau des russischen Großfürsten Wladimir, dem zweiten Sohn Zar Alexanders II., sowie von Carl-Michael Herzog zu Mecklenburg-Strelitz,

¹⁰⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Satzungen des MLV-LH, Rostock 1902, §3, S. 1.

¹⁰⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Erster Jahresbericht des MLV-LH vom 18.2.1902, Rostock 1902, S. 4.

¹⁰⁶ Schacht, Alexander: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan, in: Bad Doberaner Jahrbuch, 8. Jahrgang 2001, Bad Doberan 2000, S. 77.

¹⁰⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Erster Jahresbericht des MLV-LH vom 18.2.1902, Rostock 1902, S. 11.

¹⁰⁸ LHA-SN, 5.2-1, Nr. 5907: Mecklenburgische Volks-Zeitung vom 28.09.1900, Nr. 116, 9. Jahrgang, S. 7.

¹⁰⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Erster Jahresbericht des MLV-LH vom 18.2.1902, Rostock 1902, S. 2.

einem nachrangigen Mitglied des Hauses Mecklenburg-Strelitz, sowie von der Rostocker Sparkasse verbucht werden, die eine Summe von 30.000 Mark ab Baubeginn zur Verfügung stellte. Weiterhin wurden Spendenkonzerte, Basare, Ausstellungen und andere Wohltätigkeitsveranstaltungen durchgeführt.¹¹⁰ So wurde beispielsweise am 6. Mai 1903 im Stadt-Theater Rostock im Rahmen einer „Wohltätigkeitsvorstellung zum Besten der

Errichtung einer Lungenheilstätte in Mecklenburg“ das Stück „Antigone von Sophokles“ aufgeführt.¹¹¹

Durch die umtriebige Spendenarbeit verfügte der Verein bereits nach dem ersten Jahr über ein Vermögen von 84.254,52 Mark.¹¹² Bereits im zweiten Jahr des Bestehens konnte der Verein auf ein Vermögen von über 100.000 Mark verweisen. Nicht ohne einen gewissen Stolz über das in dieser relativ kurzen Zeit Erreichte wandte er sich nun an die Großherzogliche Landesregierung mit der Frage, ob und in welcher Höhe er mit einer finanziellen Unterstützung des Landes zum Bau einer Lungenheilstätte rechnen könne. Daraufhin schlug die Regierung des Großherzogtums Mecklenburg-Schwerin den Ständen im Landtag am 16. Januar 1903 vor, dem Verein ein Darlehen in Höhe von 300.000 Mark zum Bau einer Heilstätte zu gewähren und außerdem einen jährlichen Zuschuss zu den anfallenden Verwaltungskosten der Heilstätte zu zahlen. Die Landesregierung verband die Aussicht auf diesen Kredit jedoch mit der Forderung um Mitsprache bei der Besetzung des Vereinsvorstandes durch Schaffung eines Großherzoglichen Kuratoriums, einer Art großherzogliches Aufsichtsgremium, um mehr Einfluss auf die Vereinsführung zu erlangen. Von den sieben Mitgliedern sollten nur noch vier von den Vereinsmitgliedern selbst gewählt werden dürfen. Ein Mitglied sollte direkt von der Großherzoglichen Landesregierung und die anderen beiden von den Ritter- und Landständen im Landtag ernannt werden. Außerdem sollte die Landesregierung das Recht erhalten, den Vorstandsvorsitzenden zu bestimmen. Weiterhin hatte sich der Verein unter die direkte Aufsicht der Landesregierung zu stellen, so dass auch die Vereinsbeschlüsse der Genehmigung durch die Landesregierung bedurften. Der Verein stimmte auf seiner Mitgliederversammlung am 11. Februar 1904 dem geplanten Großherzoglichen Kuratorium unter der Bedingung zu, dass die Auszahlung des Darlehens und die Zahlung des Verwaltungskostenzuschusses erfolgt.¹¹³ Der auf den ersten Blick als

¹¹⁰ Ebenda.

¹¹¹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Zweiter Jahresbericht des MLV-LH vom 9.7.1903, Rostock 1903, S. 2.

¹¹² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Erster Jahresbericht des MLV-LH vom 18.2.1902, Rostock 1902, S. 5.

¹¹³ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 289.

Entmündigung des Vereins zu wertende Versuch der direkten Einflussnahme durch das Großherzogliche Kuratorium sollte sich in den Jahren nach Ende des ersten Weltkriegs jedoch noch als überlebenswichtiger Vorteil für den Verein zur kurzfristigen Finanzbeschaffung bei immer häufiger auftretenden Geldnöten herausstellen.

Die Stände lehnten jedoch das erhoffte Darlehen ab, da sie eine Heilstätte zu diesem Zeitpunkt vor allem aus drei Gründen für nicht erforderlich hielten:

1. Die Wirksamkeit einer Heilstättenbehandlung sahen sie, nicht zuletzt aufgrund der vielen konträren Pressemitteilungen als nicht ausreichend nachgewiesen. Auch sei nicht erwiesen, ob sich das Klima Mecklenburgs für eine Lungenheilstätte eigne.
2. Die Konzentration von Tbc-Kranken in einer Heilstätte könnte eine Gesundheitsgefährdung für die Anwohner im Umkreis der Heilstätte darstellen.
3. Weiterhin existierten verschiedene lokale Interessen innerhalb der Stände, die einer Zustimmung entgegenstanden.¹¹⁴

Zudem wurde in der konservativen Mecklenburger Zeitung der Verdacht geäußert, aufgrund des relativ niedrigen jährlichen Mitgliedsbeitrages von 3 Mark könnten sozialdemokratische Kräfte den Verein unterwandern und als stimmberechtigte Mitglieder die Oberhand gewinnen. Man wollte deshalb mit ihnen trotz der humanen Zielstellung nicht an einem Strang ziehen und hielt den Verein für ein totgeborenes Kind.¹¹⁵ Belege zur Stützung dieses Verdachtes konnten in den zur Verfügung stehenden Unterlagen jedoch nicht gefunden werden.

Allerdings verschlossen sich die Stände der Bitte des Vereins um finanzielle Unterstützung im Kampf gegen die Tuberkulose nicht völlig. Es wurde entschieden, dem Verein durch das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin ab dem 1. Juli 1905 eine auf zunächst drei Jahre befristete Hilfe von jährlich 12.000 Mark anzubieten, um „bedürftige Kranke aus dem Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in Lungenheilstätten unterzubringen.“¹¹⁶ Mecklenburg-Strelitz unterstützte den Verein mit einer Summe von 2.000 Mark.

In den von den Ständen vorgebrachten Gründen zur Ablehnung des Darlehens zum Bau einer Lungenheilstätte sah sich der Verein in seiner Hauptzielsetzung und damit in seiner Existenzberechtigung bedroht. Er verwies darauf, dass die Wirksamkeit von Lungenheilstätten bereits durch Statistiken des Reichsversicherungsamtes in Berlin aus den Jahren 1898 bis 1902 und durch Statistiken der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte

¹¹⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Vierter Jahresbericht des MLV-LH vom 11.5.1905, Rostock 1905 S. 3.

¹¹⁵ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 288.

¹¹⁶ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Vierter Jahresbericht des MLV-LH vom 11.5.1905, Rostock 1905, S. 2.

aus den Jahren 1893 bis 1900 belegt und auch in mehreren medizinischen Abhandlungen nachgewiesen wurde, so z.B. im „Handbuch der sozialen Medizin“, herausgegeben von Moritz Fürst und Franz Windscheid im Fischer-Verlag Jena 1903-1906¹¹⁷. Dabei wurde Anfang des 20. Jahrhunderts die Sterblichkeit der Anwohner in

Orten mit bereits bestehenden Heilanstalten für Tbc-Kranke (Görbersdorf, Falkenstein und Davos) untersucht. Es konnte dabei keine Erhöhung der Sterblichkeit, sondern z.T. sogar Abnahmen festgestellt werden.

Bezüglich der Eignung des Mecklenburger Klimas zur Heilung von Lungenleiden hielt Kobert im Land einen Vortrag zum Thema: „Kann, ja soll man an der Ostseeküste Volkslungenheilstätten errichten?“. Er hielt diesen Vortrag erstmals am 12. Oktober 1907 auf der Sitzung des Rostocker Ärztevereins und wies darin eindrucksvoll die hervorragende Eignung des hiesigen Klimas für Kurbehandlungen von Lungenerkrankungen nach.¹¹⁸

Die Ablehnung des Darlehens und der Unterstützungszahlungen zu kommenden Verwaltungskosten und die stattdessen angebotenen Zahlungen für Heilstättenbehandlungen wurde im Verein auf der Mitgliederversammlung am 11. Mai 1905 ausgiebig beraten. Man entschloss sich, den Verein unter Beibehaltung der bisherigen Strukturen und Ziele weiterbestehen zu lassen. Die vom Land angebotenen Zahlungen für Heilstättenbehandlungen sollten angenommen werden, und es müsse unter den nun erschwerten Bedingungen trotzdem versucht werden, zur Finanzierung eines möglicherweise kleineren Hauses zu gelangen. Die angebotenen Zahlungen sollten jedoch nur unter der Bedingung angenommen werden, dass eine gesonderte Kommission in einer von Regierung und Ständen vorgeschlagenen Zusammensetzung gebildet wird, die die Auswahl der Patienten für eine Heilstättenbehandlung vornimmt und die gewährten Gelder verwaltet.¹¹⁹ Dieser Forderung stimmten die Regierungen beider Mecklenburg vorbehaltlos zu und setzten daraufhin die „Kommission für die Freiluftbehandlung unbemittelter Lungenkranker“ ein. Sie bestand aus drei Mitgliedern, die alle selbst Vorstandsmitglieder des Vereins waren: Prof. Martius (Vorstandsvorsitzender), Prof. Kobert und der Rostocker Bürgermeister Maßmann.¹²⁰ Außerdem erhöhten die beiden Länder die Zahlungen für Heilstättenbehandlungen ab dem 1. Juli 1908 auf 18.000 Mark bzw. 3.000 Mark.¹²¹

Jeder mittellose Lungenkranke, der eine Heilstättenbehandlung erhalten wollte, musste diese nun bei der Kommission beantragen. Das konnte schriftlich oder durch persönliches

¹¹⁷ Fürst, Moritz u. Windscheid, Franz: Handbuch der Sozialen Hygiene, Jena 1903-06.

¹¹⁸ LHA- SN, 5.12-7/9, Nr. 144: Kann, ja soll man an der Ostseeküste Volkslungenheilstätten errichten?“, Vortrag gehalten in der Sitzung des Rostocker Aerztevereins am 12. Oktober 1907 von Dr. R. Kobert, ord. Professor der Pharmakologie. Rostock 1907.

¹¹⁹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Vierter Jahresbericht des MLV-LH vom 11.5.1905, Rostock 1905, S. 2.

¹²⁰ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Sechster Jahresbericht des MLV-LH vom 24.4.1907, Rostock 1907, S. 3.

¹²¹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Neunter Jahresbericht des MLV-LH vom 7.5.1910, Rostock 1910, S. 2.

Erscheinen vor der Kommission erfolgen. Ferner hatte er „[...] durch ein Zeugnis der Ortsbehörde den Nachweis zu führen, dass er weder imstande ist, die Kosten eines

Aufenthaltes in einer Lungenheilstätte aus eigenen Mitteln zu bestreiten, noch dass zur Tragung der Kosten verpflichtete und fähige Personen vorhanden sind, und dass eine Fürsorge nach Maßgabe des Invalidenversicherungsgesetzes nicht eintritt [unter das Invalidenversicherungsgesetz fielen alle Lohn- und Gehaltsempfänger. Personen, die über kein eigenes Einkommen verfügten, wie z.B. Einkommenslose, Witwen oder Erwerbsunfähige – der Verf.]. Ferner ist es erforderlich, dass der Kranke sich persönlich in der medizinischen Poliklinik in Rostock zur ärztlichen Untersuchung einfindet.“¹²² Die Voruntersuchung erfolgte vormittags zwischen 10-12 Uhr durch den Oberarzt der Poliklinik, die Abschlussuntersuchung durch den Klinikdirektor. Dieser entschied, ob der Patient für eine Heilstättenbehandlung geeignet war und der Kommission dafür vorgeschlagen werden konnte. Ergab sich kein abschließender Befund, erfolgte die Aufnahme zur Beobachtung in die Universitätsklinik. Sollte sich daraus weiterer akuter Behandlungsbedarf ergeben, verblieb der Patient im Krankenhaus. Zeigte sich die Krankheit in einem für eine Heilstättenbehandlung geeignetem Stadium, wurde der Patient der Kommission dafür vorgeschlagen. Patienten, die über die Invalidenversicherung selbst ausreichend versichert waren, mussten zur Kostenübernahme der Behandlung keinen Antrag bei der Kommission, sondern bei der LVA stellen: „Stellt sich bei der Untersuchung heraus, dass der Kranke reichsgesetzlich versichert ist und dass die Vorbedingungen zur Übernahme des Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalt gegeben sind (§18 des Invalidenversicherungsgesetzes vom 19. Juli 1899), so wird der Kranke, falls er ärztlicherseits als geeignet befunden wird, angewiesen, sofort bei der Landesversicherungsanstalt die Übernahme eines Heilverfahrens zu beantragen. Zu diesem Zwecke wird dem Kranken ein entsprechendes ärztliches Gutachten mitgegeben.“¹²³

Bis zur Errichtung einer eigenen Heilanstalt wurden die Kranken, deren Anträge auf Heilstättenkostenübernahme positiv beschieden wurden, hauptsächlich am Dr. Weikerschen Volkssanatorium in Friedland bei Breslau/Niederschlesien (heute Mieroszów) behandelt. Daneben wurden Patienten auch an die Dr. Sander - Heilanstalt in St. Blasien im Schwarzwald, die Heilstätte des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins bei Belzig sowie an

¹²² LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Siebenter Jahresbericht des MLV-LH vom 27.2.1908, Rostock 1908, S. 2.

¹²³ Ebenda.

die DRK-Heilstätte in Wolfgang-Davos überwiesen. Minderjährige wurden in der Viktoria-Luisen-Heilstätte in Hohenlychen behandelt.¹²⁴

Die Kosten einer Heilstättenbehandlung betrugen zwischen 500 – 600 Mark. Aufgrund des

engen finanziellen Rahmens der Kommission war die Anzahl der jährlichen Behandlungen somit sehr begrenzt und betrug durchschnittlich etwa 24 Kuren pro Jahr. So wurden beispielsweise aufgrund des großen Andrangs allein im Zeitraum 1906 bis 1907 48 Kuren bewilligt und damit aber bereits die finanziellen Möglichkeiten auch für das Folgejahr 1907/1908 vollständig aufgebraucht. Die Patienten, die also schon 1906 nicht mehr berücksichtigt werden konnten und auf die Warteliste für das kommende Jahr gesetzt wurden, mussten nun erneut getröstet werden. Allen in der Kommission und im Verein Tätigen war bewußt, dass das für die Zurückgewiesenen i.d.R. jedoch das Fortschreiten der Krankheit in ein nicht mehr heilbares Stadium bedeutete: „Das letztere – die Vertröstung auf den 1. Juli 1908 – ist aber auf alle Fälle eine grausame Härte. Denn dann [...] kommt, wenn nicht einer der sehr seltenen Fälle von Selbstheilung unter ungünstigen Bedingungen (es handelt sich ja um die ärmsten der armen) sich ereignen sollte, für diese Kranken die Hilfe zu spät.“¹²⁵ Alle Beteiligten waren sich einig, dass eine schnellstmögliche Erhöhung der Behandlungszahlen somit dringend erforderlich war. An eine weitere Aufstockung des Finanzrahmens der Kommission durch die beiden Länder war aber nicht zu denken. Auch der Verein konnte keine weitere Unterstützung geben. Er übernahm bereits die Kosten für An- und Abreise zu den meist in Gebirgen befindlichen Kurorten, die sich jährlich auf ca. 1.000 Mark beliefen. Außerdem waren die Vereinseinnahmen nach den ersten Jahren deutlich zurückgegangen und stabilisierten sich dann ab 1906 auf etwa 10.000 Mark pro Jahr. Das Gesamtvermögen des Vereins betrug beispielsweise zum Jahresende 1907 134.711,78 Mark.¹²⁶

Eine finanzielle Unterstützung der Kommission durch den Verein hätte also die Aufgabe des Hauptziels, den Bau einer eigenen Lungenheilstätte, bedeutet. Da also die bis zu diesem Zeitpunkt aufgebrauchten finanziellen Mittel vollständig in andere Länder des Reiches abfließen und damit nur einem Bruchteil der Bedürftigen geholfen werden konnte, andererseits aber die Mittel für eine geplante große Heilanstalt mit 100 Betten und Baukosten zwischen 300.000-400.000 Mark auf absehbare Zeit nicht bereitgestellt werden konnten, wurde beschlossen, eine kleinere Anstalt mit etwa 40 Betten zu errichten. Als Vorbild diente eine kürzlich in Sternberg / Neumark (heute Torzym) durch die Stadt Schönberg bei Berlin

¹²⁴ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Zehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 12.4.1911, Rostock 1911, S. 8.

¹²⁵ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Siebenter Jahresbericht des MLV-LH vom 27.2.1908, Rostock 1908, S. 4.

¹²⁶ Ebenda, S. 13.

eröffnete Heilstätte mit 36 Betten, deren Baukosten einschl. Grunderwerb sich auf knapp 150.000 Mark beliefen. Dem Vereinsvorstand wurden freundlicherweise die Pläne und Zeichnungen zum Bau und zu den haustechnischen Anlagen zur Verfügung gestellt und den

Mitgliedern durch den Vorsitzenden auf der siebenten Jahresversammlung des Vereins am 27. Februar 1905 erläutert. Bei einer kalkulierten Einnahmenhöhe von 2,80 Mark pro Tag und Patient würde sich eine solche Einrichtung wirtschaftlich betreiben lassen. Außerdem würde das Deutsche Zentralkomitee (DZK) zum Beginn des Heilstättenbaus 25.000 Mark zur Verfügung stellen und die Sparkasse Rostock die bereits 1901 bewilligten 30.000 Mark bei Baubeginn ebenfalls auszahlen. Somit wäre die Finanzierung für eine solche kleinere Heilstätte bereits jetzt gesichert und man könnte mit der Vorbereitung der Baumaßnahmen beginnen. Die Mitgliederversammlung stimmte diesem Vorschlag einstimmig zu. Im Anschluss „wurde eine Subkommission eingesetzt für die Inangriffnahme und die weitere Ausführung des Baues und der Einrichtungen [...]“. ¹²⁷ Die Erstellung der an die Sternberger Heilstätte angelehnten Planunterlagen sowie die Bauüberwachung sollte dem Senator und Regierungsbaumeister Ehmig aus Schwerin übertragen werden. ¹²⁸ Der Architekt Paul Ehmig (1874-1938) hatte sich bereits als Senator und Präses des Stadtbauamtes Rostock einen Namen gemacht und wurde 1908 zum Großherzoglich Mecklenburgischen Baudirektor und Chef der Staatsbauverwaltung in Schwerin als Ministerialrat berufen. ¹²⁹

Zur Errichtung einer Heilstätte wurden dem Verein bereits im ersten Jahr nach seiner Gründung von mehreren Städten im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin Grundstücke angeboten:

- Die Stadt Malchow bot mehrere Grundstücke an, von denen nach Besichtigung im Juli 1901 zwei Grundstücke als geeignet eingeschätzt wurden
- Die Stadt Waren bot zwei Grundstücke an, wobei noch keine Aussagen über die Trinkwassersituation getroffen werden konnten.
- Die Stadt Goldberg bot ein Grundstück am Ostufer des Lüschowsees an.
- Die Stadt Güstrow bot die sogenannten Haidberge an.

In Mecklenburg-Strelitz wurden dem Verein von der Stadt Stargard zwei Grundstücke angeboten. ¹³⁰ Auch die Städte Plau und Grabow boten dem Verein Grundstücke an. Außerdem stellte der Großherzog von Mecklenburg-Schwerin dem Verein mehrere

¹²⁷ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Siebenter Jahresbericht des MLV-LH vom 27.2.1908, Rostock 1908, S. 9

¹²⁸ Ebenda.

¹²⁹ Steiniger, Gerhard: Der Regierungsbaumeister Paul Ehmig, in: Baumeister in Mecklenburg aus acht Jahrhunderten, Schwerin 1998, S. 210-214.

¹³⁰ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Erster Jahresbericht des MLV-LH vom 18.2.1902, Rostock 1902, S. 3

Grundstücke in Aussicht, darunter ein zur unentgeltlichen erbpachtlichen Nutzung ca. 36 ha großes Areal in den Kösterbecker Tannen an der südöstlichen Stadtgrenze von Rostock.

Dieses wurde nach Besichtigung durch die Terrainbesichtigungskommission unter dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Martius als geeignet eingeschätzt und sollte den Zuschlag zur Errichtung der Heilstätte erhalten.¹³¹ Gegen die Errichtung der Heilstätte an dieser Stelle erhob sich jedoch ein in dieser Stärke im Vorfeld nicht vermuteter Widerstand aus der Bevölkerung Rostocks und den an das Areal angrenzenden Gemeinden.¹³² Die Bedenken richteten sich vor allem gegen den Verlust der Kösterbecker Tannen als beliebtes Ausflugsziel der Rostocker. Auch würde Rostock als bedeutendste Stadt Mecklenburgs deutlich an Attraktivität verlieren, wenn sich die Stadt zum Knotenpunkt für die Tuberkulosekranken entwickelte, die dann weiter nach Kösterbeck reisen oder von dort zurückkommen. Das würde potentielle Besucher natürlich davon abhalten, denn sie wären sicherlich nicht geneigt, sich unter die ansteckenden Kranken zu mischen. Natürlich würden sich dann auch viele Rostocker Bürger nach einer anderen Wohnmöglichkeit ohne erhöhte Ansteckungsgefahr umsehen. Die Grundstückswerte würden also in jedem Fall deutlich an Wert verlieren.

Da die Stadt Rostock ihren Trinkwasserbedarf nicht wie die meisten anderen Städte und Gemeinden aus Grund- oder Seewasser gewinnt, sondern ausschließlich aus dem Fluß Warnow, fürchtete man außerdem, dass das aus der Warnow entnommene Trinkwasser durch die dann ja oberhalb der Entnahmestelle erfolgende Einleitung der Abwässer der geplanten Tuberkulose-Heilstätte mit Krankheitskeimen belastet sein würde. Da das mit diesen Abwässern belastete Wasser dann auch bis Warnemünde transportiert werden würde, gäbe es aus diesem Grunde auch deutlich weniger Bade- und Urlaubsgäste in Warnemünde. Zur ausreichenden Bekanntmachung dieses Umstandes würden schon aus Konkurrenzgründen die anderen deutschen Seebäder sorgen. Das würde den Fremdenverkehr und Tourismus in Rostock und Warnemünde und damit einen bedeutenden Wirtschaftszweig vollends zum Erliegen bringen, fürchtete man.¹³³

Aufgrund dieser massiven Widerstände wurde der Plan zur Errichtung der Heilstätte in Kösterbeck aufgegeben. Dankbar nahm der Verein daraufhin die großherzogliche Schenkung eines ca. 7 ha großen Grundstücks in den Göldenitzer Tannen bei Schwaan an. Das Gelände erwies sich als gut geeignet, Probebohrungen ergaben eine sehr befriedigende

¹³¹ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 288-289.

¹³² LHA-SN, 5.12-7/9, Nr. 144: Die Anlegung einer Lungenheilstätte in Kösterbeck bei Rostock, Rostocker Anzeiger Nr. 156 vom 08.07.1903.

¹³³ Ebenda.

Grundwassersituation zur Trinkwassergewinnung, und auch die Stadtverwaltung und die Einwohner Schwaans standen dem Vorhaben sehr aufgeschlossen gegenüber, da sie sich

dadurch Aufträge für die ansässigen Handwerks- und Baubetriebe und Arbeitsplätze in der Heilstätte und deren Umfeld versprochen. Anfang 1910 wurden die erforderlichen Planungsunterlagen durch den Ministerialbaurat Ehmig fertiggestellt. Die Planung umfasste die Errichtung eines aus zwei pavillonartigen Baukörpern mit verbindendem Mitteltrakt bestehenden Hauptgebäudes mit Keller-, Erd-, Ober- und Dachgeschoss mit den Räumen für die Patienten, Schwestern, Ärzte und Verwaltung, einem Speisesaal, einem Tagungsraum, einem Untersuchungsraum, einem Laborraum, der Küche, den Sanitärräumen sowie Lagerräumen und einem Heizungsraum. Die Vorderfront des Hauses, in der sich die Patientenzimmer befanden, war nach Süden ausgerichtet. Das Gebäude war so konzipiert, dass an den östlichen Pavillon mit dem Eingangsportal bei einer erforderlichen Erweiterung ein weiterer Flügel angebaut werden konnte. Für das Gebäude waren zu dieser Zeit moderne haustechnische Anlagen wie eine Dampfheizungsanlage, Duschen und Toiletten mit Wasserspülung vorgesehen.¹³⁴

Weiterhin war nordöstlich des Hauptgebäudes ein Wirtschaftsgebäude zur Unterbringung der Maschinenanlagen für die Heizungsanlage und der Wäscherei vorgesehen. Dieses sollte etwa 35 m vom Hauptgebäude errichtet werden, um eine mögliche Belastung der Patienten durch Maschinenlärm zu vermeiden. Etwas weiter ab sah man den Standort des Gebäudes der Klärstation vor. Alle Gebäude sollten kostengünstig als Putzbauten mit weißem Putzanstrich, weißen Fenstern und Mansarddächern mit Eindeckungen aus roten Tonziegeln erbaut werden. Die Fenster des Hauptgebäudes sollten außerdem grüne Fensterläden erhalten.

Etwa 100 m westlich des Hauptgebäudes sollte die Liegehalle für die Freiluftbehandlung errichtet werden. Sie war in nach Süden offener Fachwerk-Bauweise mit verputzter Ziegelausfachung und Reeteindeckung vorgesehen.¹³⁵

Die Heilstätte sollte einen eigenen Brunnen zur Trinkwasserversorgung erhalten, da durchgeführte Probebohrungen eine reichliche Menge zur Trinkwasserversorgung nutzbaren artesischen Grundwassers ergeben hatten.¹³⁶

Für die Entsorgung der anfallenden Abwässer sollte die Heilstätte, wie bereits oben erwähnt, eine eigene Kläranlage erhalten. Die Planung der Abwasserentsorgung erfolgte durch Hafenbaudirektor Kerner.¹³⁷ Mit der Planung der parkartigen Außenanlagen wurde

¹³⁴ Schacht: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan, in: Bad Doberaner Jahrbuch, 8. Jahrgang 2001, Bad Doberan 2000, S. 78.

¹³⁵ Ebenda, S. 78.

¹³⁶ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Neunter Jahresbericht des MLV-LH vom 7.5.1910, Rostock 1910, S. 1.

der Rostocker Stadtgärtner Wilhelm Schomburg beauftragt.¹³⁸

Die Pläne wurden vom Baukomitee des Vereins und dem Vorstand gebilligt und anschließend in der Generalversammlung am 7. Mai 1910 vorgelegt und dort ebenfalls gebilligt.¹³⁹

Ein Auszug aus dem Neunten Jahresbericht des Landesvereines vom Juni 1910 über die Generalversammlung am 7. Mai 1910 mit Zeichnungen der Vorderansicht sowie den Grundrissen des Keller-, Erd- und Obergeschosses des Hauptgebäudes in unmaßstäblicher Verkleinerung ist am Ende dieses Abschnittes beigefügt.

Noch im Mai 1910 begannen die Vorarbeiten zur Grundstücksfreilegung und die Erdbauarbeiten für die Fundamente.¹⁴⁰ Bereits im Mai des darauffolgenden Jahres war das Heilstättengebäude bis auf einige Innenarbeiten im Wesentlichen fertiggestellt, so dass der Eröffnungstermin zunächst für den Juli des Jahres vorgesehen war.¹⁴¹ Es traten jedoch Verzögerungen bei der Herstellung des Brunnens auf, außerdem zeigten sich die verputzten Innenwände stellenweise als noch zu feucht, so dass der Wandanstrich noch nicht aufgebracht werden konnte. Zudem war Prof. Martius, der Vorsitzende des Vereins, an einem Herzleiden erkrankt, und man wollte auf keinen Fall die Heilstätte ohne sein Beisein einweihen. Prof. Kobert als Schriftführer des Vereins bat daher in einem Schreiben vom 29. Juni 1911 an den Geheimen Kabinettsrat seiner königlichen Hoheit des Großherzogs von Mecklenburg, Herrn Kammerherrn von Wickede, um Aufschiebung der Einweihung bis zum Herbst.¹⁴² Da es sich jedoch abzeichnete, dass Prof. Martius längere Zeit erkrankt sein würde, schrieb Prof. Kobert am 21. August 1911 erneut an den Geheimen Kabinettsrat und bat im Namen des Vereins und mit Einverständnis von Prof. Martius nun darum, „die Einweihung nicht über den Anfang September mehr hinauszuschieben. Wenn daher Kgl. Hoheit allergnädigst geruhen wollten, zwischen 1. und 14. September den Termin der Eröffnung anzusetzen und uns mit Ihrer Kgl. Hoheit dabei auch nur eine halbe Stunde seiner stark in Anspruch genommenen Zeit zu schenken, so würden alle Wünsche des Vorstandes erfüllt sein. Wir würden die Feier auf ganz kurze Zeit zusammendrängen und sehen von einem Festessen etc. unter den obwaltenden

¹³⁷ Ebenda, S. 1.

¹³⁸ Schacht: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan, in: Bad Doberaner Jahrbuch, 8. Jahrgang 2001, Bad Doberan 2000, S. 78.

¹³⁹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Neunter Jahresbericht des MLV-LH vom Juni.1910, Rostock 1910, S. 1.

¹⁴⁰ Ebenda.

¹⁴¹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Zehnter Jahresbericht des MLV-LH vom Mai 1911, Rostock 1911, S. 2

¹⁴² LHA-SN, 5.2-1, Nr. 5907: Schreiben Koberts an von Wickede vom 29.06.1911.

Umständen ab, sofern nicht etwa Kgl. Hoheit anderes befiehlt.“¹⁴³ Nachdem er von von Wickedede eine Zusage für den Zeitraum zwischen dem 5. und 8. September erhielt, schrieb

Kobert am 28. August nochmals an den Geheimen Kabinettsrat und legte das geplante Programm zur Einweihungsfeier als Anlage bei. Wahrscheinlich aus Sorge, der Großherzog könne bei der Anreise auf der letzten Etappe auf dem noch unbefestigten Zufahrtsweg zur Heilstätte Schaden nehmen, fügte er außerdem den Hinweis bei, dass der Weg von Schwaan zur Heilstätte nicht im Kraftwagen zurückgelegt werden könne. Weiterhin gab er die Empfehlung, „dass es uns äußerst wünschenswert sein würde, wenn die Ankunft Seiner Königlichen Hoheit für die Zeit unter Mittag nachgesucht werden könnte wegen der dann besseren Bahnverbindung nach Schwaan.“¹⁴⁴

Das Programm zur Einweihungsfeier enthielt folgende Punkte:

- „1. Empfang Seiner Königlichen Hoheit des Großherzogs am Portal durch den geschäftsführenden Ausschuß.
2. Im Vestibül kurze Ansprache durch Herrn Professor Kobert.
3. Vorstellung der übrigen Vorstandsmitglieder und Festteilnehmer, der beiden Ärzte und der Oberin.
4. Besichtigung der Anstalt.“¹⁴⁵

Die fachliche Oberhoheit der Heilstätte oblag der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Rostock.¹⁴⁶

Der erste Ärztliche Leiter der Heilstätte bis zu seinem Tod 1922 war der im Folgenden noch erwähnte Sanitätsrat Dr. Friedrich Dittmann. Ein weiterer Arzt, ein Oberarzt der Rostocker Universitätsklinik (der Name wurde nicht erwähnt - der Verf.), besuchte die Heilstätte wöchentlich und kontrollierte den Kurfortschritt.¹⁴⁷

Am 30. August erhielt von Wickedede aus Ludwigslust, wo sich zu dieser Zeit der Großherzog aufhielt, ein Telegramm vom Sekretär des Großherzogs, Freiherr von Heintze, in dem der Termin für die Einweihungsfeier für den 3. September festgelegt wurde. Die Ankunft des Großherzogs in Schwaan würde etwa 13.55 Uhr erfolgen. Die Feier sollte 14.15 Uhr beginnen und die Abfahrt nach Rostock war um 15.15 Uhr vorgesehen. Es wurde weiterhin um die Bereitstellung eines Wagens (dabei dürfte es sich vermutlich um ein Pferde-Gespannfahrzeug

¹⁴³ LHA-SN, 5.2-1, Nr. 5907: Schreiben Koberts an von Wickedede vom 21.08.1911.

¹⁴⁴ LHA-SN, 5.2-1, Nr. 5907: Schreiben Koberts an den Großherzog vom 28.08.1911.

¹⁴⁵ LHA-SN, 5.2-1, Nr. 5907: Programm der Einweihungsfeier.

¹⁴⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Protokoll der Vorstandssitzung des MLV-LH vom 29.03.1911, S. 3.

¹⁴⁷ LHA-SN, 5.2-1, Nr. 5907: Einweihung der ersten mecklenburgischen Lungenheilstätte zu Schwaan, Rostocker Anzeiger vom 03.09.1911.

gehandelt haben) in Schwaan für Seine Königliche Hoheit gebeten. Außerdem würde die Eisenbahn von Ludwigslust aus bestellt.¹⁴⁸

Am 31. August erhielt von Wickede ein weiteres Telegramm aus Ludwigslust, in dem der Großherzog wünschte, „dass in schwaan genzken oder ein schwaaner pastor kurze einweihungsfeier mit gebet und segen hält am besten in einem passenden raum anschließend ansprache von kobert und besichtigung.“¹⁴⁹ Nach Mitteilung der großherzoglichen Wünsche durch von Wickede an Kobert teilte dieser am 1. September von Wickede telegrafisch mit: „königl. hoheit großherzogin von mecklenburg-strelitz am erscheinen bei eröffnungsfeier der lungenheilstätte behindert. pastor voigt hat gewünschte beteiligung zugesagt. die feier ist in allem vorbereitet.“¹⁵⁰

Daraufhin erfolgte am Sonntag, den 3. September 1911 um 14.00 Uhr die feierliche Einweihung der Lungenheilstätte. An der Einweihung nahmen neben den Vertretern des Vereinsvorstandes, dem zwischenzeitlich zum Prorektor ernannten Staatsrat Prof. Kobert, dem Rostocker Bürgermeister Dr. Maßmann, Kommerzienrat Mahn und dem Geheimen Medizinalrat Dr. Müller zahlreiche geladene Gäste wie der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock und Direktor des Hygiene-Institutes der Universität, Prof. Pfeiffer, der Kreisarzt Sanitätsrat Dr. Dugge, Medizinalrat Dr. Scheel als Vertreter des Mecklenburgischen Ärztevereinsbundes, Dr. Schlüter als Vertreter des Ärztevereins, der Großherzoglich Mecklenburgische Baudirektor und Chef der Staatsbauverwaltung, Ministerialrat Ehmig in seiner Funktion als Planer und Bauüberwacher, der Anstaltsleiter Medizinalrat Dr. Dittmann aus Schwaan, der Schwaaner Bürgermeister Venzmer, der Schwaaner Amtshauptmann Jenß, die Senatoren Kühl und Müller, der Doberaner Forstmeister von Raven sowie der Schwaaner Pastor Vogt teil. Unter großem Applaus der Anwesenden wurde schließlich der eintreffende Großherzog von Mecklenburg begrüßt. Der Rostocker Anzeiger schrieb dazu in seiner Ausgabe vom 3. September 1911 unter anderem: „Die Straßen, welche der Landesherr auf seiner Fahrt vom Bahnhof zu der in den Göltenitzer Tannen gelegenen Anstalt passierte, waren mit Fahnen und Girlandengrün geschmückt.“¹⁵¹ Nachdem sich alle Gäste im kleinen Saal der Anstalt im ersten Stock versammelt hatten, hielt zunächst Pastor Wilhelm Voigt (Pastor in Schwaan von 1905-1936) eine kurze einleitende Ansprache und trug dabei Psalm 116, Vers 1-9 (Dank für die Rettung aus Todesnot) vor. Anschließend hielt Prof. Kobert in Vertretung des noch nicht genesenen

¹⁴⁸ LHA- SN, 5.2-1, Nr. 5907: Telegramm des Freiherrn v. Heintze an v. Wickede vom 30.08.1911.

¹⁴⁹ LHA- SN, 5.2-1, Nr. 5907: Telegramm des Großherzogs an v. Wickede vom 31.08.1911 zum geplanten Ablauf der Einweihungsfeier in Schwaan.

¹⁵⁰ LHA- SN, 5.2-1, Nr. 5907: Telegramm Koberts an v. Wickede vom 01.09.1911.

¹⁵¹ LHA- SN, 5.2-1, Nr. 5907: Einweihung der ersten mecklenburgischen Lungenheilstätte zu Schwaan, Rostocker Anzeiger vom 03.09.1911.

Vorstandsvorsitzenden Prof. Martius die Eröffnungsrede, wobei er kurz die Geschichte der Heilstättenbewegung seit ihrer Initialisierung durch Hermann Brehmer bis zum aktuellen Stand der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland und zur nun ersten in Mecklenburg errichteten Lungenheilstätte umriss. Er sprach weiterhin über die nächsten großen Ziele des Vereins, die Errichtung einer Heilstätte für weibliche Tuberkulosekranke und die Vergrößerung der hiesigen Anstalt auf eine Kapazität von 100 Betten. Der Tenor seiner Rede lag in der Zuversicht, die Tuberkulose mithilfe von Lungenheilstätten in absehbarer Zeit besiegen zu können. Am Ende seiner Rede dankte er nochmals dem Großherzog für die Überlassung des Geländes mit den Worten: „Zum Schlusse bitte ich alle Anwesenden, den Dank des ganzen Landes für die Überweisung dieses herrlichen Geländes für die Heilstätte dadurch zum Ausdruck zu bringen, dass wir rufen: Unser allergnädigster Landesherr, Seine Königliche Hoheit Großherzog Friedrich Franz IV. lebe hoch!“. Daraufhin dankte der Großherzog, besichtigte, nachdem ihm die anderen Gäste vorgestellt wurden, die einzelnen Räumlichkeiten des Gebäudes und verließ nach etwa einer Stunde die Heilstätte wieder.¹⁵² Die Einweihung der Heilstätte war somit offiziell vollzogen. In den kommenden 3 Monaten erfolgte die vollständige Ausstattung, die Einstellung des noch fehlenden Personals und die Inbetriebnahme der haustechnischen Anlagen.

Im Oktober 1911 begutachtete der Vater des im Ort praktizierenden Dr. Bonnes, ein erfahrener Maschinenbauingenieur, im Auftrag einer vom Großherzog geschaffenen Kommission für die fachliche Beurteilung der sachgerechten Verwendung der finanziellen Landeshilfen für die errichtete Heilstätte die haustechnischen Anlagen der neuen Heilstätte. In seinem Schreiben vom 15.10.1911 an die Kommission berichtete er u.a. darüber, dass eine Dampf-Niederdruckheizung bekannten Systems installiert wurde sowie eine eigene Beleuchtungsanlage mit „Accumulatorenbatterie“, deren Kapazität ihm etwas gering bemessen schien. Weiterhin seien in den Baderäumen „winzige Badewannen“ eingebaut worden, die besser für Kinderheime passen würden. Die Wasserversorgung erfolge über einen sehr großen Bohrbrunnen mit einer Tiefe von 80 m. Abschließend dankte der Ingenieur für den gewährten Reisekostenzuschuss.¹⁵³

Nachdem alle Restarbeiten erledigt und Ausstattung und Personal vervollständigt waren, konnte schließlich der Betrieb am 13. Dezember 1911 mit dem Eintreffen der ersten 11 Patienten aufgenommen werden.¹⁵⁴

¹⁵² LHA- SN, 5.2-1, Nr. 5907: Einweihung der ersten mecklenburgischen Lungenheilstätte zu Schwaan, Rostocker Anzeiger vom 03.09.1911.

¹⁵³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des Ing. Bonnes an das großherzogliche Kuratorium vom 15.10.1911.

¹⁵⁴ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Zwölfter Jahresbericht des MLV-LH vom 26.2.1913, Rostock 1913, S. 2.

Die vom Baudirektor Ehlig angefertigten und von der Generalverwaltung genehmigten Pläne und Zeichnungen bringen wie in verfeinerter Maßstabe unseren Mitgliedern nachstehend zur Kenntnis:

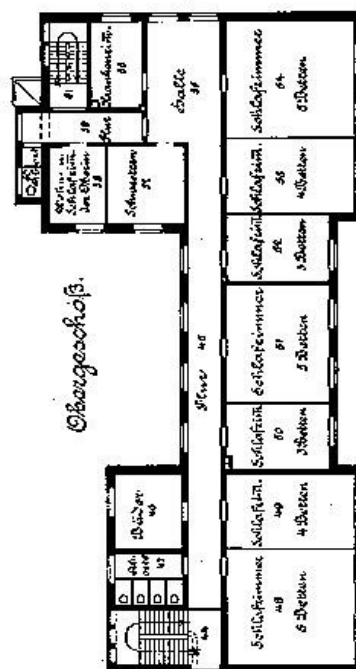
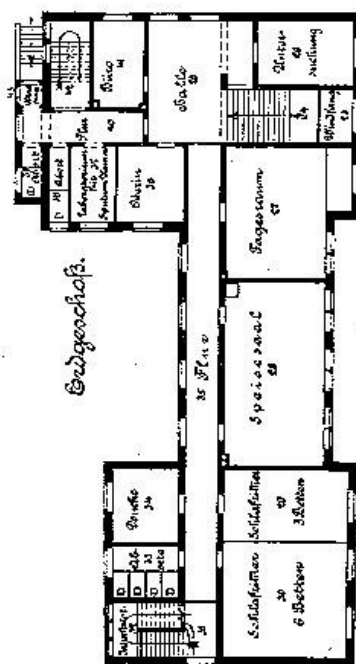
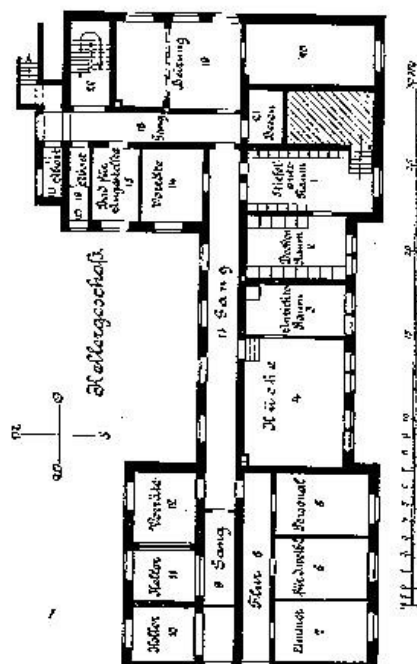
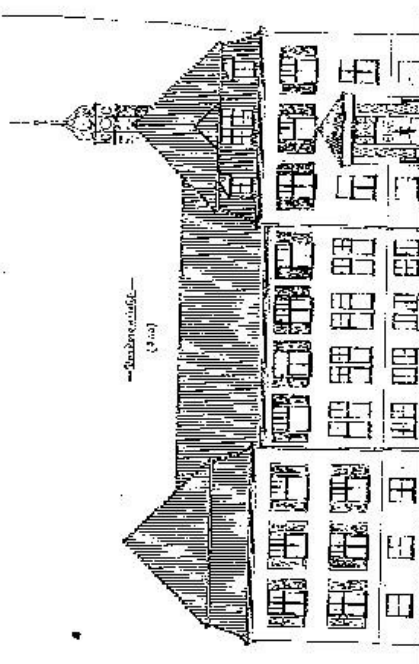


Abb. 1: Hauptgebäude (unmaßstäblich) - Vorderansicht sowie Grundrisse des Keller-, Erd- und Obergeschosses¹⁵⁵

¹⁵⁵ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Neunter Jahresbericht des MLV-LH vom 07.05.1910, Rostock 1910, S. 8-9.



Abb. 2: Lungenheilstätte Waldeck - Ansicht Eingangsseite (Südansicht) - Stand 1911¹⁵⁶

¹⁵⁶ Bildmaterial der Fachklinik Waldeck zum Vortrag „100 Jahre Fachklinik Waldeck“ vom 03.09.2011.

2.3 Die Situation der Heilstätte bis 1918 und die Entstehung der Fürsorgestellen in Mecklenburg

2.3.1 Von der Inbetriebnahme bis zur ersten Schließung der Heilstätte 1918

Nach der feierlichen Einweihung der Heilstätte am 3. September 1911 trafen am Tag ihrer Inbetriebnahme am 13. Dezember 1911 die ersten elf Patienten ein. Bis Ende des Jahres trafen noch insgesamt vier weitere Patienten ein.¹⁵⁷

Im darauffolgenden Jahr wurden insgesamt 118 Patienten behandelt bei einer durchschnittlichen Monatsbelegung von 29 Patienten. Die Überweisung der 118 Patienten erfolgte durch folgende Träger¹⁵⁸:

- LVA Mecklenburg zu Schwerin (43 Pat.)
- LVA Pommern zu Stettin (4 Pat.)
- LVA der Hansestädte zu Lübeck (4 Pat.)
- LVA Ostpreußen zu Königsberg (2 Pat.)
- Thüringische LVA zu Weimar (1 Pat.)
- Kommission für Freiluftbehandlung unbemittelter Lungenkranker zu Rostock (36 Pat.)
- Kommission für Freiluftbehandlung unbemittelter Lungenkranker zu Neustrelitz (4 Pat.)
- div. Krankenkassen (meist Teilkosten-Übernahme, 11 Pat.)
- Privatrechnungen (12 Pat.)
- auf Antrag und Rechnung der Großherzogin Marie zu Schwerin (1 Pat.).

Die LVA Mecklenburg zu Schwerin stellte somit den größten Patientenzuweiser für die Heilstätte dar.

Bezüglich der Besetzung der Stelle des Anstaltsarztes der Heilstätte fiel die Wahl des Vereins bereits Anfang 1911 auf den in Schwaan praktizierenden Arzt Dr. Dittmann. Der Vereinsvorsitzende Martius erhielt zur Gewinnung Dittmanns als Anstaltsarzt bereits am 29. März 1911 vom Verein den Auftrag, mit Dittmann über dessen Gehaltsforderungen zu verhandeln.¹⁵⁹ Offensichtlich wurde man sich einig, denn Dittmann wurde, wie bereits erwähnt, der erste ärztliche Leiter der Heilstätte bis zu seinem Tod am 12. August 1922 in Schwaan. Der am 30. Oktober 1862 in Schwerin als Sohn des Kolonialwaren-Hoflieferanten Friedrich Gottlieb Dittmann und Laura Antonie Dittmann, geb. Schleich,

¹⁵⁷ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Zwölfter Jahresbericht des MLV-LH vom 26.2.1913, Rostock 1913, S. 2.

¹⁵⁸ Ebenda, S. 2-3.

¹⁵⁹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10685: Protokoll der Vorstandssitzung des MLV-LH vom 29.3.1911, S. 2-3.

geborene Friedrich Anton Alexander Dittmann wurde nach seinem Medizinstudium am 30. März 1889 in Rostock approbiert, hatte am 8. Mai 1889 in Leipzig mit dem Thema „Über die Aetiologie der Chorea“ promoviert und sich später in Schwaan als Praktischer Arzt niedergelassen. Dittmann war in erster Ehe mit der am 26. Februar 1865 in Rostock geborenen Anna Berger, der Tochter des Kirchenmusikdirektors Herrmann Berger, verheiratet. Nach Scheidung lebte er in 2. Ehe mit Henriette Dora Franziska Schwark (geb. 28.12.1882 in Grabow, gest. 3.6.1981 in Schwaan), der Tochter des Amtsprotokollisten und späteren Schwaaner Amtssekretärs Hans Peter Christian Schwark zusammen.¹⁶⁰ Für sein Wirken als Anstaltsarzt im Kampf gegen die Tuberkulose wurde Dittmann am 9. April 1912 der Titel „Sanitätsrat“ verliehen. Als während des Ersten Weltkrieges in Waldeck ein Lazarett eingerichtet wurde, übernahm Dittmann ebenfalls die ärztliche Betreuung der Militärangehörigen. Für die erfolgreiche Erfüllung dieser Aufgabe wurde er mit dem Mecklenburgischen Verdienstkreuz II. Klasse und dem Verdienstkreuz für Kriegshilfe ausgezeichnet. Während seiner Tätigkeit im Kampf gegen die Tuberkulose infizierte er sich 1921 selbst mit Tbc und erkrankte außerdem an einer Lungenentzündung. Aufgrund des schweren Krankheitsverlaufes musste er noch im selben Jahr seine Tätigkeit als Anstaltsarzt der Heilstätte und seine Schwaaner Praxis aufgeben. Er verstarb, wie bereits erwähnt, am 12. August 1922 an Tuberkulose in Schwaan. In Würdigung des Wirkens von Sanitätsrat Dr. Dittmann erhielt 2001 anlässlich des 90-jährigen Bestehens der Fachklinik Waldeck der Zufahrtsweg zur Fachklinik den Namen „Dr.-Friedrich-Dittmann-Weg“.¹⁶¹

Bei den Schwestern der Lungenheilstätte handelte es sich von Anfang an um Diakonieschwestern des Mecklenburgischen Diakonievereins aus dem Stift Bethlehem Ludwigslust.¹⁶² Die erste Oberin der Heilstätte war Gertrud Bauer. Im Juni 1913 wechselte sie aus nicht bekannten Gründen in ein anderes Haus. Im Zeitraum von Juli bis September 1913 übernahm übergangsweise Luise Kretschmer die Tätigkeit als Oberin. Dann konnte die Oberschwester der Lungenheilstätte Lostau, Paula Friedrichs, als neue Oberin gewonnen werden, die ab Oktober 1913 die Stelle bekleidete.¹⁶³

Die durchschnittlichen Behandlungskosten eines Patienten in Waldeck betrugen 1912 3,35 Mark einschließlich eines Verpflegungskostenanteils von 1,80 Mark.¹⁶⁴

¹⁶⁰ Blanck, Wilhelmi, Willgeroth: Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart, Schwerin 1929, S. 350.

¹⁶¹ Schacht, Alexander: Aus der Geschichte der Stadt Schwaan, Pkt. 68.1: 90 Jahre Fachklinik Waldeck – Ehrung von Sanitätsrat Dr. Friedr. Dittmann, Schwaan 2001, S.1-4.

¹⁶² Aussage von Fritz Luckmann, Ortschronist der Stadt Schwaan, Bützower Str. 55b, 18258 Schwaan, im Gespräch mit dem Autor am 20.09.2011, Notat im Besitz des Autors.

¹⁶³ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Dreizehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 26.3.1914, Rostock 1914, S. 2.

¹⁶⁴ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Zwölfter Jahresbericht des MLV-LH vom 26.2.1913, Rostock 1913, S. 4.

Im Jahr 1913 konnte die durchschnittliche Monatsbelegung auf 35 Patienten gesteigert werden.¹⁶⁵

Nachdem am 28. Juni 1914 in Sarajewo die Schüsse auf das österreichische Thronfolgerpaar gefallen waren und das Deutsche Reich mit der Kriegserklärung an Russland am 1. August und an Frankreich am 3. August 1914 in den Ersten Weltkrieg eintrat, schlossen bereits kurz nach Kriegsbeginn im Deutschen Reich zahlreiche Heilstätten, um sie dem Militär zur Verfügung zu stellen. Bei der anfangs im Reich herrschenden Kriegsbegeisterung geschah dieses oftmals in voreilem Gehorsam, bevor überhaupt eine Anfrage seitens des Heeres-Sanitätsdienstes erfolgte. Beispielsweise hatten die LVA Berlin, Hannover, Pfalz und Rheinprovinz bereits die Patienten ihrer Heilstätten entlassen und sie, da noch kein Bedarf seitens des Militärs bestand, danach wieder aufgenommen. Andere Heilstätten wiederum mussten aufgrund fehlender Ärzte oder Pflegekräfte geschlossen werden, da diese in Lazarette abkommandiert waren. Tatsächlich stellte der Ärztemangel ein reichsweites Problem dar, da von den ca. 33.000 Ärzten im Deutschen Reich ca. 26.300 im Krieg eingesetzt wurden. Ein weiteres Problem ergab sich aus dem durch den Krieg stark eingeschränkten öffentlichen Verkehr, was die An- und Abreise der Heilstättenpatienten erheblich erschwerte. Hinzu kam die sich mit zunehmender Kriegsdauer rapide verschlechternde Versorgung mit Nahrungsmitteln und Brennstoffen.¹⁶⁶

Auch der Mecklenburgische Landesverein zur Gründung von Lungenheilstätten stand bei Kriegsbeginn vor der Frage, ob „[...] die Anstalt der Heeresverwaltung als Vereinslazarett zur Verfügung [...]“ gestellt oder ob versucht werden sollte, während des Krieges die Heilstättenbehandlung aufrechtzuerhalten. Da man annahm, dass es unter Kriegsverhältnissen eher zu einem Ansteigen der Tuberkuloseerkrankungen kommen würde, entschied sich der Verein dafür, den Heilstättenbetrieb nach Möglichkeit weiter aufrechtzuerhalten. Unterstützung in der Beantwortung dieser Frage erhielt der Verein durch die Kaiserin, die ihn durch den Staatssekretär des Innern aufforderte, „die Tuberkulosebekämpfung während des Krieges nicht aufzugeben, sondern gerade intensiv zu gestalten.“¹⁶⁷ So konnte 1914 die monatliche Durchschnittsbelegung mit 35 Patienten auf dem Vorjahresniveau gehalten werden.¹⁶⁸ Unter den im Jahr 1914 entlassenen 133 Patienten befanden sich 31 Patienten in den Entlassungskategorien b (teilweise arbeitsfähig), c (gebessert, aber nicht arbeitsfähig) und d (nicht gebessert und nicht arbeitsfähig). Darunter waren auch 12 Patienten, die ohne

¹⁶⁵ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10680: Dreizehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 26.3.1914, Rostock 1914, S. 2.

¹⁶⁶ Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 256-257 (alle Aussagen dieses Abschnittes beziehen sich auf diese Quelle).

¹⁶⁷ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Vierzehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 25.3.1915, Rostock 1915, S. 1

¹⁶⁸ Ebenda, S. 2.

Eignungs-Voruntersuchung durch die Universitätsklinik Rostock von den Landesversicherungsanstalten direkt zugewiesen wurden und eine Lungenheilstättenkur erhalten hatten. Das nahm der Verein zum Anlass, darauf hinzuweisen, dass für eine Heilstättenbehandlung in Frage kommende Patienten unbedingt der Voruntersuchung zu unterziehen sind, um die Eignung und damit die Sinnhaftigkeit einer Heilstättenbehandlung im Vorfeld abschätzen zu können.¹⁶⁹

Auch im zweiten Kriegsjahr 1915 konnte der Heilstättenbetrieb aufrechterhalten werden: „[...] es gelang bei strengster Innehaltung der durch den Krieg gebotenen Sparsamkeit und bei Zurückstellung aller nicht durchaus notwendigen Anforderungen in Bezug auf Reparaturen, Neuanschaffungen usw. ohne jedes Defizit das Wirtschaftsjahr abzuschließen und das ist gelungen bei voller Aufrechterhaltung der für den Kurzweck notwendigen guten und reichlichen Diät, die zu berechtigten Ausstellungen während des ganzen Jahres keinerlei Anlass gegeben hat.“¹⁷⁰ Es hatte sich als richtig herausgestellt, die Tuberkulosebekämpfung zu Beginn des Krieges aufrechtzuerhalten, da die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen aufgrund der besonders für die ärmeren Bevölkerungsschichten kriegsbedingten Verschlechterung der Lebensumstände anstieg. Mit zunehmender Kriegsdauer zeigte sich jedoch auch, dass die Zahl der durch die Versicherungsanstalten zugewiesenen, für eine Heilstättenbehandlung geeigneten jungen Patienten in Latenz- oder frühen Krankheitsstadien abnahm, da diese aufgrund der steigenden Verluste in immer größerer Zahl eingezogen wurden. „Dafür wuchs aber die Zahl der aus dem Felde zurückkehrenden manifest Tuberkulösen an.“¹⁷¹ Aufgrund des Wirkens des Anfang 1915 unter dem Protektorat des Großherzogs von Mecklenburg Schwerin gegründeten Landesausschusses für Kriegsgeschädigte in Mecklenburg Schwerin regte Staatsminister Dr. Langfeld den Vereinsvorstand an, die Heilstätte auch für Militärangehörige zu öffnen, um dieser Entwicklung entsprechend zu begegnen. Daraufhin „[...] beschloss der Vorstand, die Heilstätte Schwaan für tuberkulöse Kriegsgeschädigte in größerem Umfange zur Verfügung zu stellen. Unter dem 24. April wurde ein Vertrag mit dem königlichen Sanitätsamte IX. Armeekorps abgeschlossen, nach welchem dauernd 20 Betten diesem zur Verfügung gestellt werden sollten.“¹⁷² Der erste Militärangehörige traf am 26. April 1915 ein. Insgesamt wurden 1915 67 Militärangehörige in der Heilstätte Waldeck aufgenommen, von denen 40 bis zum Jahresende wieder entlassen wurden.¹⁷³ Aufgrund der unerwarteten Dauer des Krieges und

¹⁶⁹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Vierzehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 25.3.1915, Rostock 1915, S.3.

¹⁷⁰ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Fünfzehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 13.5.1916, Rostock 1916, S. 1.

¹⁷¹ Ebenda, S. 2.

¹⁷² Ebenda, S. 2.

¹⁷³ Ebenda, S. 2.

der damit verbundenen zunehmenden Versorgungsprobleme und Erschwernisse im alltäglichen Leben zeigte der Verein nicht ohne Stolz, „dass es auf diese Weise der Lungenheilstätte Schwaan vergönnt ist, ihrerseits unmittelbar an den großen Aufgaben, die der Krieg an das ganze Volk stellt, werktätig mitzuarbeiten, [...]“.¹⁷⁴

Die Heilstättenbehandlung von Frontsoldaten brachte jedoch neue Probleme mit sich. Da der Anstaltsarzt Dr. Dittmann außerhalb der Heilstätte in Schwaan wohnte und sich in der Heilstätte nur zu den Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen, Visiten sowie zu einzelnen Heilbehandlungen aufhielt (eine eigene Wohnung für den Anstaltsarzt war baulich auch nicht vorgesehen), unterstand die ständige Aufsicht der Heilstätte der Oberin, die ein eigenes Zimmer im Gebäude bewohnte. Auch schon vor dem Krieg gab es gelegentlich Probleme bei der Einhaltung der Disziplin und der Durchsetzung der Heimordnung, wenn sich einzelne Patienten den Weisungen und Anordnung der Oberin nicht fügen wollten. So mussten allein im Jahr 1914 fünf Patienten aus disziplinären Gründen vorzeitig entlassen werden.¹⁷⁵ Mit der Aufnahme der Frontsoldaten brach dieses System jedoch völlig zusammen, die Disziplin und die Einhaltung der Heimordnung konnte durch die Oberin nicht mehr aufrechterhalten bzw. gewährleistet werden. Im Interesse eines geordneten Heimbetriebes und des daraus resultierenden Heilerfolges beantragte der Verein deshalb beim zuständigen königlichen Sanitätsamt des IX. Armeekorps, die Heilstätte einer Militäraufsicht zu unterstellen. Daraufhin wurde vom Sanitätsamt ein Unteroffizier in die Heilstätte abkommandiert. Ihm oblag jedoch nicht nur die Aufsicht über die dort befindlichen Militärangehörigen, ihm wurden durch den Vereinsvorstand auch die Zivilpatienten unterstellt. Neben der Durchsetzung von Disziplin und der Heimordnung war er außerdem für die Tagesaufsicht und die Verwaltungsarbeiten zuständig, während die Oberin die Verantwortung für den Wirtschaftsbetrieb der Heilstätte und die medizinisch-pflegerischen Aufgaben trug. Diese Neustrukturierung der Heilstättenaufsicht bewährte sich hervorragend, so dass seitens des Vereins Überlegungen angestellt wurden, diese Art der Aufsicht und Arbeitsteilung auch nach dem Krieg in ähnlicher Art und Weise fortzuführen, indem ein Inspektor oder Hausverwalter den Arbeitsbereich des Aufsichts-Unteroffiziers fortführte, bis nach entsprechender baulicher Erweiterung der Heilstätte ein Anstaltsarzt ständig dort wohnen konnte.¹⁷⁶

¹⁷⁴ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Fünfzehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 13.5.1916, Rostock 1916, S. 2.

¹⁷⁵ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Vierzehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 25.3.1915, Rostock 1915, S. 3.

¹⁷⁶ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Fünfzehnter Jahresbericht des MLV-LH vom 13.5.1916, Rostock 1916, S. 3.

Mit zunehmender Dauer des Krieges wurde es jedoch immer schwieriger, den Wirtschafts- und damit den Kurbetrieb in der Heilstätte aufrechtzuerhalten. Seit der Eröffnung hatten sich Reparatur-, Renovierungs- und Reinigungsarbeiten angestaut, die während der Kriegszeit aufgrund des allgegenwärtigen Materialmangels nicht ausgeführt werden konnten und deren Behebung aber immer dringlicher wurde. Die Entstehung dieses relativ frühen Reparaturanstaus dürfte auch dem Umstand geschuldet sein, dass Ausführung und Einrichtung der Heilstätte sicherlich aus Kostengründen eher einfacher gehalten waren und aufgrund der ständigen und rotierenden Belegung einem erhöhten Verschleiß unterlagen. Beispielsweise versagte die bereits vom Ingenieur Bonnes bei seiner Inspektion vor Eröffnung des Hauses als unterdimensioniert eingeschätzte Lichtanlage (siehe Abschnitt 2.2) letztlich völlig ihren Dienst, obwohl sie, wie bereits erwähnt, aufgrund fehlenden Generatoren-Kraftstoffs ohnehin schon immer weniger genutzt werden konnte.¹⁷⁷

Es fehlte außerdem an Personal, und auch die Versorgung mit Lebensmitteln und Brennstoffen wurde zunehmend schwieriger. Ab Winter 1918 erfolgten keine Kohlelieferungen mehr, so dass die Patienten im Gebäude ihre Mäntel tragen mussten. Kraftstoff für den Stromgenerator war ebenfalls nicht mehr erhältlich, so dass die bereits erwähnte Lichtanlage bis zu ihrem Totalausfall kaum mehr genutzt werden konnte. Die Wirren der Novemberrevolution brachten zusätzliche Unruhe und Sorge über die weitere Zukunft, die sich auch unter den Patienten der Heilstätte ausbreitete. Aus diesen Gründen wurde es zusehends schwieriger, die erforderliche Disziplin für einen geordneten Kurbetrieb aufrechtzuerhalten. Vor allem die Disziplin unter den dort anwesenden Militärangehörigen war nicht mehr durchzusetzen, so dass sich sogar selbst einige Militärangehörige beim nun zuständigen Soldaten- und Arbeiterrat in Rostock in schriftlicher Form beschwerten. Daneben wurde eine deutliche Besserung der Verpflegung sowie eine Lockerung des Kurbetriebes gefordert, um den anderen Patienten bei der Forderung nach mehr Disziplin auch entgegenzukommen. Außerdem bestand beim Personal der Heilstätte „[...] deutlich die Furcht vor möglichen Exzessen [...]“.¹⁷⁸ Der Soldaten- und Arbeiterrat leitete die Beschwerde am 13. November 1918 an den Vereinsvorsitzenden Prof. Martius weiter. Neben der Beschwerde beim Soldaten- und Arbeiterrat wurden die Forderungen Dr. Dittmann übergeben mit der Bitte, dem Vereinsvorstand entsprechende Vorschläge zur Lösung der Probleme zu unterbreiten.¹⁷⁹ Daraufhin wurde am 15. November 1918 eine Sitzung mit Vertretern des

¹⁷⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Zweiter Jahresbericht des Mecklenburgischen Landesvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose (MLV-BT) vom 12..07.1919, S. 3.

¹⁷⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Abschrift des Berichtes des Heilstättenvorstandes des MLV-BT vom 13.11.1918, S. 3.

¹⁷⁹ Ebenda, S. 4.

geschäftsführenden Vereinsvorstandes (die Geheimräte Prof. Martius und Mahn) sowie Dr. Dittmann abgehalten, in der Dr. Dittmann nochmals über die Zustände in der Heilstätte Schwaan berichtete und dabei festhielt, „dass der Betrieb zur Zeit nicht aufrecht zu erhalten sei.“¹⁸⁰ Der Hauptgrund liege in der katastrophalen Wirtschaftslage (Renovierungs- und Reparaturanstau, nicht zu behebender Personalmangel, Fehlen von Kohle und Generatoren-Kraftstoff, immer knapper werdende Nahrungsvorräte). Infolge dessen und aufgrund der Revolutionswirren sei die Disziplin und ein geregelter Kurbetrieb nicht mehr aufrechtzuerhalten. Nach Erörterung der Sachlage wurde daraufhin vom Vorstand beschlossen, die Heilstätte bis zur Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse zu schließen. In Übereinstimmung mit dem Soldaten- und Arbeiterrat sollte das Sanitätsamt des IX. Armeekorps in Altona sowie die betreffenden Landesversicherungsanstalten schnellstmöglichst „[...] ersucht werden, für eine anderweitige Unterbringung der zur Zeit in der Lungenheilstätte befindlichen Kranken in andere Heilstätten Sorge zu tragen.“¹⁸¹ Die Heilstätte sollte jedoch nur so kurz wie möglich geschlossen bleiben: „Sobald die wirtschaftlichen Verhältnisse sich gebessert haben, soll der Betrieb so schnell wie möglich wieder aufgenommen werden.“¹⁸² Bis Ende November 1918 wurden alle Zivil-Patienten entlassen. In einem Schreiben vom 3. Dezember 1918 berichtete Dr. Dittmann, dass die für eine Kur erforderliche Ruhe und Disziplin durch die noch verbliebenen Heeresangehörigen zwar nicht mehr eingehalten werde, diese sich aber insgesamt ruhig verhielten und es zu keinen Ausschreitungen kam. Aufgrund der katastrophalen wirtschaftlichen Situation sei der Betrieb nun jedoch nicht mehr aufrechtzuerhalten und die sofortige Schließung erforderlich.¹⁸³ Die letzten Militärangehörigen verließen am 8. Dezember 1918 die Heilstätte.¹⁸⁴ Am 10. Dezember wurde die Heilstätte schließlich geschlossen.¹⁸⁵ Nach der Schließung begannen die erforderlichen Reparatur- und Renovierungsarbeiten. Auf der Sitzung des geschäftsführenden Vereinsvorstandes am 16. Dezember 1918 wurde beschlossen, dass die zur Zeit geschlossene Heilstätte zum einen „[...] mit Rücksicht auf die zahlreichen Kranken [...]“ und zum zweiten aufgrund der aus der Schließung resultierenden fehlenden Einnahmen des Vereins nach Abschluss der Reparatur- und Renovierungsarbeiten

¹⁸⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Abschrift der Verhandlungsniederschrift über eine Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes des MLV-BT, abgehalten am 15. November, nachmittags 5 Uhr, S. 1.

¹⁸¹ Ebenda, S. 2.

¹⁸² Ebenda.

¹⁸³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Abschrift vom 03.12.1918 über den Bericht Dittmanns zur Lage in der Heilstätte vom 02.12.1918.

¹⁸⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Bericht des Vorstandes des MLV-BT an das Mecklenburg-Schwerinsche Ministerium, Abt. für Medizinalangelegenheiten (MMA) über die Lage in der Heilstätte vom 10.12.1918, S. 1.

¹⁸⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Zweiter Jahresbericht des MLV-BT vom 12.7.1919, Rostock 1919, S.5.

bei Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse zum 1. April 1919 wieder geöffnet werden solle.¹⁸⁶

2.3.2 Die Neuausrichtung und Umbenennung des Vereins und die Entstehung der Fürsorgestellen in Mecklenburg

Durch die sich im Verlauf des Ersten Weltkrieges mit zunehmender Kriegsdauer weiter verschlechternden Lebensbedingungen der Bevölkerung stieg, wie bereits erwähnt, die Zahl der Tuberkulosekranken an. Aufgrund der fortschreitenden medizinischen Erkenntnisse gelangte man aber auch zunehmend zu der Einsicht, dass neben der Heilung bzw. Besserung der Tuberkulosekranken die Verhütung der Krankheit durch vorbeugende Fürsorge genauso wichtig sei.¹⁸⁷ Damit widmete man sich endlich einem Kernproblem der Tuberkulosebekämpfung, dessen bis dahin unzureichende Beachtung die Kritiker der Heilstättenbewegung bereits schon Ende des 19. Jahrhunderts bemängelten und das sie als das eigentliche Hauptelement der Tuberkulosebekämpfung ansahen.

Unter diesen Vorzeichen beschloss der Verein auf seiner Mitgliederversammlung am 19. Mai 1917 die entsprechende Erweiterung seiner Vereinsziele: „Das große, völlig neue Ziel des Vereins [...] ist die Errichtung von Ortsausschüssen, die die Aufgabe haben, Fürsorgestellen [...] zu gründen und zu verwalten.“¹⁸⁸ Dazu wurde eine neue Satzung geschaffen, in der u.a. im §2 die drei neuen Hauptziele formuliert wurden: „Der Verein bezweckt, innerhalb der Großherzogtümer Mecklenburg-Schwerin und Mecklenburg-Strelitz

1. der Weiterverbreitung der Tuberkulose entgegenzuwirken;
2. an Tuberkulose Erkrankte der Heilbehandlung zuzuführen;
3. an Tuberkulose Erkrankten und ihren Familienangehörigen die auch sonst nötige Fürsorge zuteil werden zu lassen“.¹⁸⁹

Im Rahmen dieser Zielstellung wurde die Bildung von zunächst vier Ortsausschüssen in Rostock, Schwerin, Waren und Neustrelitz festgelegt, von denen die Bildung der ersten Fürsorgestellen ausgehen sollte.

Um die Neuausrichtung des Vereins auch nach außen hin deutlich zu machen, beschloss der Verein außerdem „[...] die Umwandlung des bisherigen ‚Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten‘ in den ‚Mecklenburgischen Landesverein zur

¹⁸⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Abschrift des Auszuges über die Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes des MLV-BT vom 16.12.1918.

¹⁸⁷ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 293.

¹⁸⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Erster Jahresbericht des MLV-BT vom 13.5.1918, Rostock 1918, S. 3.

¹⁸⁹ Ebenda, S. 4

Bekämpfung der Tuberkulose’.“ Das bisherige weitere große Ziel, „[...] die Erbauung einer Lungenheilstätte für weibliche Kranke [...]“ wurde auch weiterhin beibehalten und im §3 fixiert. Es sollte in Angriff genommen werden, „sobald die dazu nötigen Mittel vorhanden sind.“¹⁹⁰

Mit der geplanten Einrichtung zentraler Fürsorgestellen entsprach der Verein, wie bereits oben aufgeführt, einem reichsweiten „Trend“ in der Tuberkulosebekämpfung. Bereits 1897 errichtete der vom Roten Kreuz 1895 in Berlin gegründete Volksheilstättenverein eine Familienfürsorge. 1902 wurde die erste Fürsorgeschwester fest angestellt. Als erste deutsche Tuberkulose-Fürsorgestelle gilt jedoch die im Jahre 1899 von Ernst Pütter (1864-1942) in Halle an der Saale gegründete ‚Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke’. Es ist jedoch strittig, ob es sich dabei um eine deutsche Initiative oder eine Idee des französischen Arztes Albert Calmette (1863-1933) handelte. Zumindest wurden in einem 1904 in der Zeitschrift für Tuberkulose erschienen Artikel über die französischen Polikliniken für Lungenkranke (Dispensaire) diese als Vorläufer der deutschen Fürsorgestellen bezeichnet.¹⁹¹

Die Aufgaben der Fürsorgestellen in Mecklenburg wie im gesamten deutschen Reich waren im Erlass des Reichskanzlers vom 27. März 1917 festgelegt:¹⁹² „Aufklärung, fachärztliche Untersuchung, Ermittlung von Kostenträgern für Heilverfahren oder stationäre Unterbringung, Beratung und Fürsorge der Familie während der Abwesenheit des Tuberkulösen, Desinfektion der Wohnungen und Gebrauchsgegenstände Tuberkulöser, Beschaffung einer geeigneten Wohnung, Vermittlung von Unterstützung für Tuberkulöse durch öffentliche und private Einrichtungen, Schaffung von Arbeitergärten, Fürsorge für die Kinder tuberkulöser Eltern und Unterbringung der noch arbeitsfähigen Tuberkulösen in geeigneten Berufen.“¹⁹³ Die Struktur einer Fürsorgestelle war relativ einfach: Neben den entsprechenden wenigen Räumlichkeiten (Wartezimmer, Büro-/Anmeldezimmer und Untersuchungszimmer) waren während der Untersuchungszeiten ein Arzt sowie eine Schwester, die auch die Schreibarbeiten und die versicherungstechnischen Angelegenheiten (Vermittlung von Heilbehandlungen, Anforderungen der Krankenkassen, LVA usw.) erledigen konnte, erforderlich.¹⁹⁴

Der Schwerpunkt der Fürsorgestellen lag auf ärztlich-diagnostischer Tätigkeit, Aufklärung, Erziehung zu vorbeugenden und gesundem Verhalten und (eingeschränkter) materieller Hilfe.

¹⁹⁰ Ebenda, S. 4.

¹⁹¹ Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 204.

¹⁹² LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Zweiter Jahresbericht des MLV-BT vom 12.7.1919, Rostock 1919, S.7.

¹⁹³ Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000, S. 203-204.

¹⁹⁴ Ebenda, S. 205.

Ärztlich-therapeutische Tätigkeit erfolgte nicht. Dennoch sahen die niedergelassenen Ärzte in den Fürsorgestellen eine Konkurrenz. Sie fürchteten, die Fürsorgestellen könnten ihnen Patienten „wegnehmen“. Die Fürsorgestellen aber waren auf eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten angewiesen, da diese ihnen tuberkuloseverdächtige Patienten zur Feststellung der Krankheit und Organisation der weiteren Betreuung bzw. Heilbehandlung zuweisen sollten. Um die Konkurrenzangst der niedergelassenen Ärzte möglichst gering zu halten und eine möglichst gute Zusammen- bzw. Zuarbeit zu erreichen, war die Tätigkeit der Fürsorgeärzte streng auf die bereits genannte ärztlich-diagnostische Tätigkeit während der ärztlichen Sprechstunden in den Fürsorgestellen begrenzt. Hausbesuche waren den Fürsorgeärzten untersagt. Den Kern der Fürsorge bildeten deshalb die Fürsorgeschwestern. Ihnen waren Hausbesuche nicht nur erlaubt, sondern sie gehörten zu ihren Hauptaufgaben. Dadurch hatten sie einen deutlich engeren Kontakt zu den Tuberkulosekranken bzw. – verdächtigen, ihren Familien und ihrem Umfeld und somit eine sehr genaue Kenntnis über die tatsächlichen Nöte der Betroffenen. Sie kannten die hygienischen Verhältnisse und stellten damit die entscheidende Steuerungs- und Koordinationsfunktion der Fürsorgestellen für Heilbehandlung oder materielle Unterstützung dar.¹⁹⁵

Die Gründung des ersten Ortsausschusses und der ersten Fürsorgestelle Mecklenburgs erfolgte am 15. Januar 1918 in Rostock. Vorsitzender des Vorstandes des Ortsausschusses war Prof. Dr. Hans Curschmann, der Direktor der Poliklinik der Rostocker Universitätsklinik für Innere Medizin. Weitere Mitglieder des Vorstandes waren der Vorsitzende der Rostocker Ortskrankenkasse Otto Betke, der Geheime Medizinalrat Prof. Dr. Rudolf Kobert, der Kreisarzt Medizinalrat Prof. Carl Dugge, Polizeiarzt Dr. Friedrich v. Oertzen, der Vorsitzende der Rostocker Abteilung der LVA Regierungsrat Dr. Adolf Sprenger, der Vorsitzende der Kriegsbeschädigtenfürsorge Kommerzienrat Dr. Hermann v. Knapp, Frau Baronin Ida v. Meerheim (Vorsitzende der „Christlich-nationalen Gruppe“ im deutschen „Bund zur Bekämpfung der Frauenemanzipation“¹⁹⁶) sowie Senator Moritz Wiggers. Prof. Kobert starb jedoch am 27.12.1918.¹⁹⁷

Die ärztliche Leitung der Fürsorgestelle unterstand Prof. Curschmann, ihm zur Seite stand sein Assistent Dr. Boenheim¹⁹⁸. In der Rostocker Fürsorgestelle waren weiterhin eine

¹⁹⁵ Ebenda, S. 205-207.

¹⁹⁶ Planert, Ute: Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität, Göttingen 1998, S. 132.

¹⁹⁷ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Zweiter Jahresbericht des MLV-BT vom 12.7.1919, Rostock 1919, S.6-7.

¹⁹⁸ Felix Boenheim (17.01.1890-01.02.1961), jüdischer deutscher Arzt und Politiker, war von 1916-1918 in Rostock als Assistent an o.g. Klinik tätig. Politisch KPD-nah, setzte er sich v.a. für die Verbesserung der sozialen Lage der Arbeiterklasse ein. Nach Verhaftungen und Emigration zog er nach dem Krieg in die DDR und wurde Professor für Innere Medizin, später für Medizingeschichte an der Universität Leipzig (Quelle: https://research.uni-leipzig.de/catalogus-professorum-lipsiensum/leipzig/boenheim_585/).

Schwester, eine Schreibhilfe sowie zwei Laboratoriumsassistentinnen angestellt. Im Oktober 1918 wurde eine zweite Schwester eingestellt. Als Prof. Curschmann von September bis Dezember 1918 zum Militärdienst einberufen wurde, übernahm Prof. Martius mit seinem ersten Assistenten PD Dr. Weinberg die ärztliche Vertretung für die Fürsorgestelle. Die Fürsorgestelle wurde zweckmäßigerweise der Universitäts-Poliklinik angesiedelt, so dass röntgenologische und labordiagnostische Einrichtungen mitgenutzt werden konnten. Die Sprechstunden fanden dienstags und freitags von 11.45 Uhr bis 13.00 Uhr statt. In der Fürsorgestelle erfolgten hauptsächlich Patientenbelehrungen einschl. Berufsberatung für Jugendliche und Kriegsheimkehrer, Überweisungen zur ärztlichen Weiterbehandlung, Vermittlungen von Heilverfahren in Lungenheilstätten sowie Ausstellungen von Lebensmittel-Zusatzkarten. In einem Fall wurde eine regelmäßige Geldunterstützung gewährt. Diese Form der Fürsorge blieb jedoch aufgrund der beschränkten finanziellen Mittel des Ortsausschusses ein Ausnahmefall. Fortlaufende Krankenbehandlungen wurden jedoch stets abgelehnt.¹⁹⁹

Auch in der Rostocker wie in allen Mecklenburger Fürsorgestelle bildeten die Hausbesuche durch die Fürsorgeschwestern einen Kernbereich der Fürsorgearbeit. In Rostock erfolgten beispielsweise allein im Jahr 1918 4.410 Hausbesuche durch die Schwestern zur Begutachtung der Wohnverhältnisse und Kontrolle der Einhaltung der hygienischen Vorschriften. Dabei wurden überwiegend gute Verhältnisse vorgefunden, jedoch auch „45 leidliche und nur acht ganz unzulängliche, vor allem feuchte Wohnräume für den Kranken.“²⁰⁰ Aufgrund der auch in Rostock herrschenden Wohnungsnot konnte jedoch nur in zwei Fällen den betroffenen Kranken eine geeignetere Wohnung vermittelt werden. Weitere Unterstützung bestand in der Verleihung von Bettzeug, der Vermittlung von Wohnungs- und Utensiliendesinfektionen nach dem Tod der Kranken, der Unterstützung der Gemeindeschwestern bei der Pflege krankenhausbedürftiger Tuberkulosekranker in fortgeschrittenem Stadium, die aufgrund der kriegsbedingten Überlastung der Krankenhäuser nicht eingewiesen werden konnten sowie auch in der Vermittlung von Nächstenliebe, Trost und seelischer Hilfe bei der Bewältigung der Krankheit.²⁰¹

¹⁹⁹ LHA- SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Zweiter Jahresbericht des MLV-BT vom 12.7.1919, Rostock 1919, S.7.

²⁰⁰ Ebenda, S. 9-10.

²⁰¹ Ebenda, S. 10-11.

2.4 Die Situation von 1919 bis zur zweiten Schließung 1923

Nach der Schließung der Heilstätte im Dezember 1918 und der nachfolgenden Renovierung teilte der geschäftsführende Vorstand des Vereins der Abteilung für Medizinalangelegenheiten des Mecklenburg-Schwerinschen Ministeriums mit Schreiben vom 24. März 1919 mit, dass die Heilstätte am 1. April 1919 wieder eröffnet wird. Doch schon vor der Eröffnung zeichneten sich immer drängender werdende finanzielle Probleme aufgrund der Einnahmenverluste aus der zurückliegenden Zeit und der Renovierungs- und Reparaturkosten ab. Auch einzelne Spenden, wie z.B. eine Zuwendung der Allgemeinen Ortskrankenkasse Schwerin in Höhe von 1.000 Mark, erbrachten keine Entspannung der Einnahmesituation. Aufgrund seiner geringen Größe als Heilstätte existierten für die kostendeckende Bewirtschaftung Waldecks schon in der Vorkriegszeit kaum Spielräume. Wirtschaftlich schwierige Phasen wie die Kriegs- und Nachkriegszeit sowie die sich entwickelnde Inflation konnten somit kaum abgepuffert werden.²⁰²

Aufgrund dessen bat der Vereinsvorstand am 6. Oktober 1919 die Landesregierung um Bewilligung eines regelmäßigen Zuschusses für die Vereinsarbeit durch die Landesversammlung. Für das Etatjahr 1919/20 bat man um 90.000 Mark und für die Folgejahre um jeweils 50.000 Mark. Der Verein begründete diesen Finanzbedarf mit einer aufgrund der Kriegsfolgen zu erwartenden starken Zunahme von Tuberkuloseerkrankungen, die eine umfassende und durchgreifende Tuberkulosebekämpfung erforderte. Diese war jedoch unter den gegebenen Umständen und der vorhandenen Finanzausstattung nicht realisierbar. Der Vorstand führte dazu folgenden Fakten an:

1. Die Kapazität der bereits bestehenden Heilstätte Schwaan war von vornherein zu gering, die notwendige Erweiterung war deshalb bereits in der Planung vorgesehen worden. Außerdem war die Erstausrüstung verschlissen und konnte während des Krieges nicht erneuert werden. Auch zeigte sich die elektrische Anlage im Alltagsbetrieb als unterdimensioniert (siehe Abschnitt 2.3.1). Um eine dauerhaft zuverlässige Energieversorgung gewährleisten zu können, war die Anschaffung einer Motorenanlage erforderlich.
2. Die Schaffung einer Heilstätte für weibliche Tuberkulosekranke war innerhalb des vorhandenen Finanzrahmens trotz der dringenden Notwendigkeit völlig unmöglich.
3. Selbst eine Erfüllung der beiden erstgenannten Punkte würde nicht ausreichen, um

²⁰² Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 296.

4. die weitere Ausbreitung der Tuberkulose einzudämmen. Es sei deshalb notwendig, in den städtischen Krankenhäusern des Landes Tuberkulosestationen einzurichten. Möglicherweise werde auch die Einrichtung provisorischer Tuberkulosehäuser in dem Staat zur Verfügung stehenden öffentlichen Gebäuden, Schlössern usw. unumgänglich.
5. Die durch die Fürsorgestellen beginnende Tuberkulosebekämpfung drohte aufgrund des Mangels an Betriebsmitteln ins Stocken zu geraten.²⁰³

Neben dem beantragten dauerhaften Landeszuschuss sollte zur Deckung des gestiegenen Finanzbedarfs v.a. die Werbetätigkeit zur Gewinnung neuer Vereinsmitglieder und Spendengelder intensiviert werden. Aufgrund der revolutionären Entwicklungen und der daraus resultierenden Unsicherheiten war der Erfolg der verstärkten Werbetätigkeit jedoch nur gering. In großen Teilen der Bevölkerung griff immer mehr „[...] die Überzeugung Platz, dass die bisherigen sog. besitzenden Klassen keineswegs mehr in der Lage sind, Wohlfahrtseinrichtungen, wie die Tuberkulosebekämpfung, im Sinne privater Liebestätigkeit auf sich zu nehmen. [...] In Folge dessen begegnen wir überall der Tatsache, dass die Neigung zur Beitragszahlung rapide abnimmt. Es muss deshalb [...] der soziale Staat eingreifen.“²⁰⁴ Außerdem „[...] verwies der Vorstand auf den völlig neuen Standpunkt des Staates, wonach sozialhygienische Aufgaben nicht mehr der privaten Wohlfahrt überlassen bleiben dürften, sondern es vielmehr Pflicht des Staates sei, die notwendigen Maßnahmen zur Gesundung und Gesunderhaltung des Volkes zu treffen“.²⁰⁵

In Zusammenschau der Gesamtsituation, die eine sich eher weiter zuspitzende Finanzlage des Vereins vermuten ließ, kam der Vorstand erstmals zu der Überlegung, dass eine Übernahme der Lungenheilstätte Schwaan und der Tuberkulose-Fürsorgestellen durch den Staat zweckmäßiger wäre. Diese Überlegung wurde zunächst jedoch nicht weiter verfolgt. Stattdessen ersuchte der Vorstand die Landesregierung immer wieder um zusätzliche finanzielle Hilfen, um z.T. dramatische finanzielle Engpässe, die bis zur Schließung der Heilstätte und der Fürsorgestellen gereicht hätten, in letzter Minute noch zu beseitigen bzw. abzuwenden. So drängten beispielsweise der Schwaaner Bürgermeister Dr. Becker und der Vorstandsvorsitzende Prof. Martius in einem Telegramm vom 16. Dezember 1919 beim Ministerium für Medizinalangelegenheiten auf die kurzfristige Beschaffung weiterer Staatsmittel, um die Heilstätte Schwaan und die Fürsorgestellen nicht sofort schließen zu müssen. Das Ministerium gewährte daraufhin dem Verein gegen Quittung und Aushändigung

²⁰³ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 296-297.

²⁰⁴ Ebenda, S. 297..

²⁰⁵ Ebenda, S. 297.

eines Grundschuldbriefes über 120.000 Mark Grundschuld auf das Grundstück der Heilstätte Schwaan ein mit vier Prozent verzinstes Darlehen.²⁰⁶

Trotz der langsamen Normalisierung des Heilstättenbetriebes nach der Renovierung und Wiedereröffnung der Heilstätte existieren auch für die Jahre 1921 und 1922 Berichte über Beschwerden von Patienten der Heilstätte Schwaan, die z.T. sogar in der Rostocker Stadtverordnetenversammlung thematisiert wurden.²⁰⁷ Hauptsächlich wurde über das gereichte Essen geklagt. So wurde beispielsweise behauptet, das neben dem unbeanstandeten Feinbrot ausgegebene Grobbrot (wahrscheinlich dem heutigen Vollkornbrot entsprechend) sei von schlechtem Geschmack. Die Patienten vermuteten die Beimischung von Leguminosenmehl.²⁰⁸ Auch seien die Milchsuppen häufig angebrannt und das Essen insgesamt etwas eintönig, insbesondere die Fleischsaucen.²⁰⁹ Zur Überprüfung dieser angegebenen Verpflegungsmängel wurde die Heilstätte deshalb mehrmals von Mitgliedern des geschäftsführenden Vereinsvorstandes zusammen mit einem externen Lungenfacharzt unangemeldet besichtigt und die angeführten Missstände mit den Patienten besprochen. Dabei stellten sich die Sachverhalte nach sachlicher Überprüfung weit weniger problematisch dar, als initial von den Patienten geschildert. Untersuchungen ergaben, dass das Grobbrot tatsächlich mit Leguminosenmehl versetzt war, aber innerhalb des gesetzlich zugelassenen Rahmens. Insgesamt war die Verpflegung als gut zu bewerten.

Weiterhin wurde der rüde Ton des Inspektors gegenüber den Patienten bemängelt. Auch würde er die Benutzung des heimeigenen, von Kommerzienrat Mahn gespendeten Klaviers durch die Patienten erschweren²¹⁰. Die Inspektorenstelle wurde geschaffen, nachdem, wie bereits unter Punkt 2.3.1 erwähnt, bei der Betreuung von Heeresangehörigen während des Krieges zur Aufrechterhaltung der Disziplin die Stationierung eines Aufsichts-Unteroffiziers erforderlich wurde, da die Oberin dazu allein nicht mehr in der Lage war. Da aufgrund der geringen Größe der Heilstätte die Einrichtung einer Wohnung für einen Anstaltsarzt als ständige Oberaufsicht im Haus nicht möglich war, entschloss man sich, statt dessen die Inspektorenstelle zu schaffen, bis nach der perspektivisch geplanten baulichen Erweiterung der Anstaltsarzt über einen ständigen Wohnsitz in der Heilstätte verfügte. Der Inspektor mit Namen Schulz wurde mehrmals aufgefordert, sich im Ton zu

²⁰⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10679: Schreiben des MMA an den MLV-BT vom 27.01.1920.

²⁰⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Niederschrift über das Ergebnis einer unvermuteten Nachschau in der Lungenheilstätte bei Schwaan am 24. Juni 1921, S. 1.

²⁰⁸ Bei Leguminosen handelt es sich um Hülsenfrüchte (z.B. Bohnen, Erbsen). Sie besitzen einen für Pflanzen hohen Eiweißgehalt.

²⁰⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Niederschrift über das Ergebnis einer unvermuteten Nachschau in der Lungenheilstätte bei Schwaan am 24. Juni 1921, S. 2-3.

²¹⁰ Ebenda, S. 5. Welcher Art die Erschwernisse der Klaviernutzung durch den Inspektor waren, ging aus der Niederschrift nicht hervor.

mäßigen und nicht zu vergessen, dass es sich bei den Heimstättenbewohnern um Patienten handelt. Auch solle er nicht die Benutzung des Klaviers erschweren, da dieses ja schließlich für die Patienten bestimmt sei. Aber auch an die Patienten wurde appelliert, sich in „Selbstzucht“ zu üben und „die Geduld des Inspektors, der zweifellos vom besten Willen beseelt und voll Wohlwollen für sie wäre, nicht zu sehr in Anspruch zu nehmen.“²¹¹

Ein weiterer Streitpunkt stellte die Gewährung größerer Freiheiten bei Ausgängen aus der Anstalt dar. Die den Patienten gewährte Möglichkeit, Besuch von Angehörigen auf dem Weg vom und zum Bahnhof zu begleiten, wurde wohl häufig von einigen Patienten als Vorwand genutzt, um Ausflüge in die Stadt zu unternehmen und sich dort u.a. mit jungen Damen zu treffen. Diese „Disziplinosigkeiten“ seien sogar dem Herrn Staatsminister Hermann Reincke-Bloch (1867-1929) im Mecklenburg-Schwerinschem Ministerium für Medizinalangelegenheiten „zu Ohren gekommen“²¹². Die Vereinsführung setzte sich daraufhin mit Vertretern der Stadt Schwaan in Verbindung, denen jedoch diesbezüglich keine Informationen über unangemessenes Verhalten von Patienten der Heilstätte in der Stadt Schwaan vorlagen. Auch dem dazu befragten Anstaltsarzt Dr. Dittmann war kein Fall bekannt, in dem ein Patient der Heilstätte bei einem Besuch in Schwaan Anlass zu öffentlichem Ärgernis bot.²¹³ Es wurde aber auch schon früher „[...] darauf hingewiesen, dass die Gänge nach Bahnhof und Stadt recht geeignet seien, die Erfolge der Kur auf's Spiel zu setzen. Die an sich nur kurze Kurzeit könne nur Erfolge zeitigen, wenn alle Heilungsmöglichkeiten ausgenutzt und alle Schädlichkeiten ferngehalten würden.“²¹⁴

Um möglichen weiteren Klagen keinen Anlass zu geben, wurde daraufhin in Absprache mit Patientenvertretern beschlossen, durch die Patienten eine Obmannschaft wählen zu lassen. Diese solle als eine Art Selbstkontrollorgan der Patienten dem Arzt zukünftig vorschlagen, ob dem jeweiligen Patienten eine entsprechende Ausgangserlaubnis erteilt werden könne und somit dafür sorgen, dass Ausgangs- und Besuchserlaubnisse nicht missbraucht würden.²¹⁵ Allerdings wurde später bekannt, dass diese Obmannschaft von den meisten Patienten nicht anerkannt wurde, da diese sich „[...] aus den Unzufriedensten der Belegschaft, die ihre Wahl durchzusetzen vermocht hatten,“²¹⁶ zusammensetzte. Weiter wurde berichtet, dass einer der „Hauptwortführer“ der Obmannschaftsmitglieder sich bald darauf sogar an einem Abtreibungsversuch eines schwangeren Dienstmädchens der Heilstätte beteiligte und

²¹¹ Ebenda, S. 5.

²¹² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 10.04.1922, S. 1.

²¹³ Ebenda, S. 2.

²¹⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700, Niederschrift über das Ergebnis einer unvermuteten Nachschau in der Lungenheilstätte bei Schwaan am 24. Juni 1921, S. 5.

²¹⁵ Ebenda, S. 5.

²¹⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Niederschrift über das Ergebnis einer unvermuteten Nachschau in der Lungenheilstätte bei Schwaan am 06. Januar 1922, S. 5.

daraufhin sofort entlassen wurde. Weitere Disziplinverstöße sind nicht dokumentiert, insgesamt soll ein „ruhiger Geist“ in der Anstalt geherrscht haben.

1921 verlegte der Verein seinen Sitz von Rostock nach Schwerin, laut Verein geschah das „[...] aus praktischen Gründen“²¹⁷. Die örtliche Nähe zu den entsprechenden staatlichen Behörden und Institutionen erwies sich zum einen als Vorteil bei der Bitte um die zunehmenden kurzfristigen und außerplanmäßigen Finanzhilfen, zum zweiten nahmen die staatlichen Bemühungen im Kampf gegen die Tuberkulose und damit die notwendige Zusammenarbeit mit dem Verein weiter zu, so z.B. bei der Nutzung des Genesungsheims Amsee bei Waren, das der Staat dem Verein als Heilstätte für weibliche Lungenkranke zur Verfügung stellte, worüber im Folgenden noch berichtet wird.

Aus dem Schriftverkehr des Vereins aus den Jahren 1921-1923 geht hervor, dass ab Ende des Jahres 1922 die bis dahin als Heilstätte Schwaan bzw. Heilstätte bei Schwaan genannte Einrichtung nun als Genesungsheim Waldeck bezeichnet wurde. Der Anlass und das genaue Datum der Umbenennung ist den vorhandenen Unterlagen jedoch nicht zu entnehmen.

1922 stellte das Land dem Verein das Erholungsheim Amsee bei Waren als Lungenheilstätte für Frauen zur Verfügung. Das Land hatte das Gebäude 1921 von der Erbgemeinschaft des Berliner Kunsthändlers Alexander Schöller gekauft. Dieser ließ das Haus als privates Erholungsheim am Tiefwareensee erbauen. Die Errichtung erfolgte von 1913 bis 1915.²¹⁸ Der Verein hatte somit sein zweites großes Ziel, eine Lungenheilstätte für weibliche Patienten zu schaffen, erreicht, musste nun aber auch 2 Heilstätten unter den schwierigen Bedingungen einer zunehmenden Wirtschaftskrise und Inflation betreiben.

Am 12. August 1922 verstarb, wie bereits im Abschnitt 2.3.1. aufgeführt, der bereits 1921 an Tuberkulose und zusätzlich erschwerend an einer Lungenentzündung erkrankte Anstaltsarzt Dr. Dittmann. Aufgrund der schweren Erkrankung musste er bereits 1921 seine ärztliche Tätigkeit aufgeben. In dem Buch „Die Mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart“ von Blanck, Wilhelmi und Willgeroth aus dem Jahre 1929 ist Hans Heinrich Rohwedder aufgeführt, der nach dem Ende seiner Assistenzarztzeit

am Krankenhaus Lübeck am 31. Dezember 1921 danach bis zum 31. Januar 1924 als leitender Arzt der Lungenheilstätte Waldeck sowie als Fürsorgearzt der Rostocker Tuberkulose-Fürsorgestelle tätig war.²¹⁹ In den zum Verein und zur Heilstätte Waldeck vorhandenen

²¹⁷ Universitätsbibliothek Rostock, Mk-5398, Geschäftsbericht des MLV-BT in Schwerin für das Jahr 1924, Schwerin 1925, S. 2.

²¹⁸ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 298.

²¹⁹ Blanck, Wilhelmi, Willgeroth: Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart, Schwerin 1929, S. 145.

Unterlagen wird er erstmals in einem Schreiben des Vereins an das Mecklenburg-Schwerinsche Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 13. April 1923 erwähnt.²²⁰

Hans Heinrich Rohwedder wurde am 8. Juni 1890 in Albersdorf (Kreis Süder-Dithmarschen) als Sohn des Kreisarztes Dr. Hermann Rohwedder und der Mühlenbesitzerstochter Johanna Rohwedder geb. Lindemann geboren. Nach Erlangung des Abiturs 1911 in Ratzeburg studierte er anschließend in Freiburg, München und Kiel Medizin, nahm von 1914 bis 1918 am Ersten Weltkrieg teil, promovierte 1919 in Kiel zum Thema „Über periodische Melancholie“ und erhielt am 15. Mai 1920 in Kiel die Approbation. Wie bereits oben erwähnt, war er seit dem Ende seiner Assistenzarztzeit am 31. Dezember 1921 danach als leitender Arzt der Lungenheilstätte Waldeck sowie als Fürsorgearzt der Rostocker Tuberkulose-Fürsorgestelle tätig. Er heiratete am 2. September 1922 die am 7. Oktober 1901 in Lübeck geborene Konditorentochter Annaliese Mauss.²²¹

Die seit der Wiedereröffnung immer schwieriger werdende Finanzsituation des Genesungsheims Waldeck, dessen Betrieb zunehmend nur durch außerplanmäßige Sonderzahlungen und -kredite des Landes aufrechterhalten werden konnte, spitzte sich ab Ende 1922 noch weiter zu. Die geltenden Pflegesätze, an denen sich die von den Kassen und Landesversicherungsanstalten gezahlten Pflegegelder orientierten, wurden jeweils mittels einer ständig aktualisierten Reichsindexziffer, die die Anpassung an die Steigerung der Lebenshaltungskosten berücksichtigen sollte, multipliziert. Da die Teuerungsrate jedoch in immer kürzeren Abständen immer höher stieg, die Reichsindexziffer jedoch nicht mit derselben zunehmenden Geschwindigkeit angepasst werden konnte, kam es zu einer immer größer werdenden Differenz zwischen den gezahlten Pflegegeldern und den tatsächlichen laufenden Kosten für Verpflegung, Heizung, Energie, Löhne usw.. Der Verein beklagte natürlich diese wachsende Differenz und sah, sofern diese Entwicklung nicht in nächster Zeit beendet werden würde, die immer größer werdende Gefahr einer erneuten Schließung der Heilstätte. So betrugen beispielsweise die monatlichen Betriebskosten des Genesungsheimes für den Zeitraum von Oktober bis November 1922 ca. 845.000 Mark, während sich die zu erwartenden Einnahmen durch Pflegegelder auf ca. 700.000 Mark beliefen. Hinzu kam, dass ein Teil der von den Kassen und Landesversicherungsanstalten zu zahlenden Pflegegelder nicht pünktlich überwiesen wurde, so dass sich auch die Außenstände des Vereins immer weiter erhöhten.²²² Da das Vereinsvermögen zu einem erheblichen Teil aus Kriegsanleihen

²²⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 13.04.1923.

²²¹ Blanck, Wilhelmi, Willgeroth: Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart, Schwerin 1929, S. 145.

²²² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 20.11.1922, S. 1.

und Bankguthaben bestand, die im Zuge der Inflation zunehmend entwertet wurden, konnte der Verein die durch die Außenstände entstandenen finanziellen Engpässe nicht mehr aus eigener Kraft kompensieren.²²³

Aufgrund der dadurch stetig anwachsenden Zahlungsschwierigkeiten des Vereins verlangten immer mehr Lieferanten des Genesungsheimes die sofortige Barzahlung, was wiederum zunehmend zu Engpässen bei der Aufrechterhaltung des Heilstättenbetriebes führte. Zusätzlich kam erschwerend hinzu, dass das Hochbauamt Rostock als die für das Genesungsheim Waldeck zuständige Bauordnungsbehörde nach einer Besichtigung Bauschäden feststellte und für einige davon die sofortige Behebung forderte. Der dadurch entstehende Kostenaufwand wurde auf 100.000 Mark veranschlagt.²²⁴

Um die bestehenden Schulden zu begleichen, die geforderten Instandsetzungsarbeiten durchführen zu können und letztlich wieder in die Lage versetzt zu werden, die laufenden Betriebskosten aus den laufenden Einnahmen decken zu können, bat der Verein in einem Schreiben vom 20. November 1922 an das Mecklenburg-Schwerinsche Ministerium für Medizinalangelegenheiten erneut um finanzielle Unterstützung, diesmal um einen Betrag von 750.000 Mark. Er bot ebenfalls wieder an, diese Zuwendung als Grundschuld auf das Grundstück des Genesungsheimes eintragen zu lassen.²²⁵ Im Schreiben des Finanzministeriums an den Verein vom 29. Dezember 1922 wurde ein Darlehen in der gewünschten Höhe gegen Eintragung einer entsprechenden Grundschuld und halbjährlich fälligen Zinsen in Höhe von 37.500 Mark gewährt.²²⁶ Da sich jedoch die Teuerungsrate während der bestehenden Inflation einerseits ständig weiter erhöhte und die Außenstände aufgrund nicht bezahlter Kurkostenrechnungen trotz ständiger Mahnungen andererseits weiter anwuchsen, wurde die Finanznot des Vereins so groß, dass er nicht mehr bis zu dieser Entscheidung des Ministeriums warten konnte und ein kurzfristiges Darlehen in Höhe von 650.000 Mark bei der Mecklenburgischen Depositen- & Wechselbank aufnehmen musste. Zusätzlich entstanden weitere Kosten durch überdurchschnittlich angestiegene Preise für Heizmittel. Obwohl zur Beheizung des Genesungsheimes aus Kostengründen keine Kohle mehr, sondern minderwertiger westfälischer Zechenkoks eingesetzt wurde, beliefen sich die zu erwartenden zusätzlichen Kosten für die Kokslieferung für den Winter 1922/23 auf etwa 350.000 Mark. Dieser Betrag war bei der Bitte um die o.g. Unterstützung in Höhe von

²²³ Sieber: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten, in: Mecklenburgische Jahrbücher 124 (2009), Schwerin 2009, S. 300.

²²⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 20.11.1922, S.2-3.

²²⁵ Ebenda, S. 3.

²²⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des Mecklenburg-Schwerinschen Finanzministeriums (FM) an das MLV-BT vom 29.12.1922.

750.000 Mark noch nicht berücksichtigt worden. Da der Verein davon ausging, dass sich die Kosten für die Koksbeschaffung während des Winters aufgrund der nicht absehbar steigenden Teuerungsrate weiter erhöhen würden, sollte deshalb zusätzlich um einen Betrag von 500.000 Mark gebeten werden. Da auch das dem Verein vom Staat überlassene Genesungsheim Amsee über massive Aussenstände in Höhe von etwa 1.418.000 Mark klagte und zur sofortigen Begleichung offener Lieferantenrechnungen dringend etwa 1,5 Mill. Mark benötigte, bat der Verein das Ministerium für Medizinalangelegenheiten im Schreiben vom 28. November 1922 um einen weiteren Zuschuss von insgesamt 2 Mill. Mark.²²⁷ Das Finanzministerium gewährte dem Verein dieses Darlehen mit grundschildlicher Verbriefung und einem jährlichen Zinssatz von 5 %, diese würden sich ab 1924 jährlich um jeweils 5.000 Mark verringern.²²⁸

Trotz dieser massiven Finanzprobleme unterstützte das Finanzministerium im November 1922 noch den Kauf eines Röntgenapparates für 1 Mill. Mark für das Genesungsheim Waldeck. Nach dem vom Verein vorgelegten Haushaltsplan für 1923/24 wurden mit Einnahmen durch das Genesungsheim in Höhe von 3.704.000 Mark bei geplanten Ausgaben von 3.104.000 Mark gerechnet, so dass aus Sicht des Finanzministeriums offenbar keine Bedenken bestanden. Möglicherweise war man sich im Finanzministerium aber auch schon darüber im Klaren, dass aufgrund der zunehmenden Verschuldung des Vereins an den Staat letztlich eine Übernahme durch diesen ohnehin unumgänglich sei. Und in diesem Fall wäre eine Ausstattung des Genesungsheimes mit moderner Röntgendiagnostik sowieso anzustreben.²²⁹ Die Röntgendiagnostik hatte sich bereits vor dem Ersten Weltkrieg als das Mittel der ersten Wahl bei der Diagnostik der Tuberkulose herausgestellt, die weite Verbreitung der kostenintensiven Apparaturen wurde jedoch durch die immensen Kosten des Ersten Weltkrieges verhindert. Nach dem Ende des Krieges hielten die Apparaturen in immer mehr Kliniken und Heilstätten Einzug, da diese die diagnostischen Vorteile nutzen und natürlich auch mit einer modernen technischen Ausstattung werben wollten.

Bezüglich des Schuldenstandes teilte der Verein dem Finanzministerium auf Anfrage am 6. Januar 1923 mit, dass das Genesungsheim Waldeck aktuell mit 2.091.000 Mark verschuldet sei.²³⁰

Die Geschwindigkeit der Geldentwertung nahm jedoch noch weiter zu. Der Verein, der erst am 16. Januar 1923 die Zusage zu o.g. 2 Mill.-Kredit erhalten hatte, beklagte bereits am 23.

²²⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 28.11.1922.

²²⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des FM an das MLV-BT vom 16.01.1923.

²²⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des FM an das MLV-BT vom 27.11.1922.

²³⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das FM vom 06.01.1923.

Januar des Jahres gegenüber dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten, dass der Dollarkurs, der noch am 8. Januar bei 8.000 Mark lag, nun nach 2 Wochen bereits auf über 20.000 Mark gestiegen war. Alle für die Ermittlung des letzten Kredites zu Grunde liegenden Berechnungen seien damit hinfällig, da die Lieferanten ihre Preise entsprechend angepasst hätten. Da dem Verein seitens des Finanzministeriums bei einer weiteren Entwertung der Mark eine Prüfung der Frage einer Krediterhöhung in Aussicht gestellt wurde, bat der Verein das Ministerium für Medizinalangelegenheiten, eine Erhöhung des Kredites um zusätzliche 4,75 Mill. Mark beim Finanzministerium zu erwirken. Problematisch sei momentan noch die geringe Auslastung des Genesungsheimes mit aktuell 25 Patienten, da die LVA Mecklenburg bis vor kurzem wohl noch auf eine kostengünstigere Heilstätte ausweichen konnte. Nach Mitteilung des Vorsitzenden der LVA seien nun aber auch dort erhebliche Preissteigerungen eingetreten, so dass das Genesungsheim Waldeck in Kürze wieder mit Patienteneinweisungen von Seiten der LVA Mecklenburg rechnen könne.²³¹ Um welche Heilstätte es sich bei der durch die LVA genutzte kostengünstigere Heilstätte handelte, ging aus dem Schreiben nicht hervor.

Mit Schreiben vom 6. Februar 1923 teilte das Finanzministerium dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten mit, die bisher dem Verein zum Betrieb des Genesungsheimes Waldeck gewährten Kredite auf insgesamt 8 Mill. Mark zu erhöhen, sobald der Verein alle dafür erforderlichen Unterlagen erbracht habe. Außerdem behalte man sich das Recht einer Revision des Wirtschaftsbetriebes des Heimes zu gegebener Zeit vor.²³²

Die erhoffte Erhöhung der Heimbelegung trat offensichtlich nicht ein. Im bereits erwähnten Schreiben des Vereins an das Mecklenburg-Schwerinsche Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 23. April 1923 ist aufgeführt, dass sich der Anstaltsarzt Dr. Rohwedder darüber beklagt, dass die Heizkosten das Heim anteilig am stärksten belasten, da die Heizung nicht im selben Umfang (mehr als ein Drittel) eingeschränkt werden könne, wie die Belegung zurückgegangen sei. Mit Stand vom 11. April 1923 sei das Heim mit 27 Patienten belegt. Das Schreiben endet mit der Feststellung des Vereins, dass er sich gezwungen sehe, das Heim zu schließen, wenn kein weiterer Betriebskostenvorschuss bewilligt wird.²³³

Aufgrund der immer kritischer werdenden Wirtschaftssituation des Genesungsheims Waldeck einerseits und des Bedarfs an Lungenheilstättenplätzen in Mecklenburg andererseits zeichnete sich immer deutlicher ab, dass eine Übernahme des Genesungsheims durch das

²³¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 23.01.1923, S. 1.

²³² Ebenda (als beigegefügtter Fußnotentext am Ende des Schreibens), S. 2.

²³³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 13.04.1923.

Land unausweichlich wurde. Dieses bot der Verein dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten im Schreiben vom 17. April 1923 erstmals an. Man habe bereits 9,25 Mill. Mark an staatlicher Unterstützung erhalten, die Möglichkeit einer Rückzahlung dieser Summe sei unwahrscheinlich. Bei einer Zustimmung des Ministeriums zur Übernahme würde der geschäftsführende Vereinsvorstand in einer umgehend einzuberufenden Mitgliederversammlung des Vereins beantragen, dass das Genesungsheim Waldeck dem Staat kostenlos überlassen werde. Aufgrund der schlechten Finanzlage trotz der o.g. bisherigen Unterstützung sei es nicht einmal möglich, die anstehende jährliche Haftpflicht-Versicherungsprämie in Höhe von z.Z. 160.000 Mark zu zahlen.²³⁴ Die höchst verzweifelte Lage des Vereins zeigte sich auch darin, dass er sich nur 4 Tage später, am 21. April 1923, erneut mit einem Schreiben hilfesuchend an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten wandte. In diesem Schreiben teilte der Verein mit, dass er aufgrund der immer rasanter steigenden Kosten bereits Bankkredite in einem Umfang von 3 Mill. Mark aufnehmen musste. Er bat erneut um einen weiteren Betriebskostenvorschuss, diesmal in Höhe von 8 Mill. Mark, da eine Schließung des Genesungsheimes sonst nicht mehr zu vermeiden sei.²³⁵

Aufgrund der permanenten Bitte des Vereins um Unterstützungskredite und Betriebskostenvorschüsse für die Genesungsheime Waldeck und Amsee einerseits und der geringen Bettenauslastung der Genesungsheime andererseits stellte das Finanzministerium im Schreiben an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 25. April 1923 Überlegungen über eine Zusammenlegung beider Genesungsheime mit anschließender staatlicher Übernahme des Genesungsheimes Amsee an und bat das Ministerium um schnellstmögliche Mitteilung, wann und wie eine Zusammenlegung spätestens erfolgen könne. Das Genesungsheim Amsee sollte mit einer Männer- und einer Frauenabteilung betrieben und Waldeck geschlossen oder verkauft werden. Bis zur Schaffung der erforderlichen baulichen Verhältnisse sollte, da in Waldeck zur Zeit zwei Drittel der Patientenbetten unbelegt seien, dort vorübergehend eine Männer- und eine Frauenabteilung eingerichtet werden, so dass bereits begonnene Heilverfahren ohne Unterbrechung fortgesetzt werden könnten. Das Finanzministerium sei bereit, den von „der Hauptstaatskasse für Waldeck eingeräumten Kredit von 8 Mill. Mark auf endgültig 16 Mill. Mark zu erhöhen unter der Voraussetzung, dass weitere Heilverfahren bis zur Klärung der o.g. Sache nicht mehr eingeleitet werden. Es darf ausdrücklich hingewiesen werden, dass weitere Mittel für die Heilstätte Waldeck nicht mehr bereitgestellt werden können.“²³⁶ Nachdem das Ministerium

²³⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 17.04.1923, S. 2-3.

²³⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 21.04.1923.

²³⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des FM an das MMA vom 25.04.1923.

für Medizinalangelegenheiten den Verein über die Vorstellungen des Finanzministeriums in Kenntnis gesetzt hatte, zeigte sich dieser erwartungsgemäß wenig begeistert von den Plänen des Finanzministeriums. In seinem Antwortschreiben vom 11. Mai 1923 teilte er dem Ministerium mit, dass eine Zusammenlegung beider Einrichtungen nicht im Interesse einer wirksamen Bekämpfung der Tuberkulose liegen könne. Außerdem sei in beiden Heimen die Zahl leerer Betten deutlich zurückgegangen, weil u. a. die LVA mehrere Heilverfahren übernommen habe. So seien in Waldeck mit Stand vom 7. Mai 1923 38 von 45 Betten belegt, außerdem würden bis Monatsmitte vier weitere Patienten erwartet. Als Hauptargument gegen eine Zusammenlegung führte der Verein jedoch folgendes an: „Die Schaffung einer Männer- und einer Frauenabteilung in Amsee erscheint dem Vorstand höchst bedenklich, da eine räumliche Trennung der männlichen und weiblichen Kranken, wie sie gerade bei den Lungenkranken mit ihrer stark ausgeprägten Sexualität notwendig ist, sich in Amsee schwer durchführen lässt. Die weiblichen und männlichen Patienten würden sowohl in den Gebäuden der Anstalt selbst als auch in den beiden gegenüber stehenden Liegehallen in ständige Berührung miteinander kommen. Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Kranken in Geschlechtsverkehr treten würden. Haben wir doch im vorigen Jahr im Genesungsheim Waldeck den Fall erlebt, dass zwei Patienten die Folgen dieses Verkehrs mit einem der dortigen Dienstboten durch Abtreibung zu beseitigen suchten.“²³⁷ Über diesen Sachverhalt wurde bereits im vorderen Teil dieses Abschnitts berichtet, in dem die Entlassung eines der „Hauptwortführer“ der Obmannschaftsmitglieder der Patientenvertretung thematisiert wurde.

Auch das Ministerium für Medizinalangelegenheiten sprach sich gegen die Pläne des Finanzministeriums aus. Im Schreiben vom 15. Mai 1923 an das Finanzministerium legte es dar, dass derartige Genesungsheime nicht kostendeckend betrieben werden können, so dass man von vorn herein die dafür erforderlichen Kosten in den jährlichen Staatshaushalt einrechnen müsse. Würde man die Genesungsheime und damit die Tuberkulosebekämpfung verstaatlichen, würden die Kosten sogar noch höher ausfallen, da seitens des Vereins zahlreiche Mitglieder ehrenamtlich tätig sind. Diese Stellen wären dann durch staatliche Stellen zu ersetzen, was natürlich deutlich höhere Lohn- und Gehaltskosten bedeuten würde. Die Tuberkulosebekämpfung mit dem „Umweg“ über den Landesverein sei also insgesamt immer noch die billigste Lösung. Allerdings sollte die erforderliche staatliche Unterstützung

²³⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 11.05.1923.

gleich in der jeweiligen Haushaltsplanung berücksichtigt werden, um nicht ständig solche außerplanmäßigen Sonderzahlungen wie in der letzten Zeit leisten zu müssen.²³⁸

Unterdessen spitzte sich der tägliche Überlebenskampf des Genesungsheimes Waldeck weiter zu. Im Juli 1923 bat der Verein das Finanzministerium erneut um Zahlung eines Betriebskostenvorschusses zur Begleichung der im Genesungsheim Waldeck aufgelaufenen Rechnungen für den Monat Juni mit einer Gesamtsumme in Höhe von 22 Mill. Mark. Diese setzte sich aus folgenden Posten zusammen:

- Fleischlieferungen	3	Mill. Mark
- Brotlieferungen	1,5	Mill. Mark
- Kolonialwaren u. dgl.	2	Mill. Mark
- Milch und Butter	6	Mill. Mark
- Gaskoks	3,5	Mill. Mark
- Löhne und Gehälter f. Juni u. Juli (einschl. Vergütung Chefarzt)	5,5	Mill. Mark
- sonstige Unkosten	0,5	Mill. Mark

gesamt	22	Mill. Mark. ²³⁹
--------	----	----------------------------

Das Finanzministerium wies die Summe trotz seiner Ankündigung vom 25. April, keine weiteren Zahlungen für das Genesungsheim Waldeck zu tätigen, am 7. Juli an.

Dessen ungeachtet schritt die Teuerung weiter voran. Gegenüber dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten beklagte der Verein Mitte August 1923, dass die durchschnittlichen Pflegekosten pro Person und Tag inzwischen auf 6.500 Mark gestiegen seien. Die monatlichen Kosten für Medikamente hätten sich gegenüber den Kosten im Mai verzehnfacht und beliefen sich aktuell auf rund 1,4 Mill. Mark. Zur Sicherstellung der Verpflegung wurden 15 Zentner Gerste im Wert von 1,5 Mill. Mark und 10 Zentner Kartoffeln für 250.000 Mark gekauft.²⁴⁰

Nach einer offenbar im Sommer 1923 erfolgten Verhandlung zwischen dem Verein, dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten und dem Finanzministerium über die weitere Finanzierung und Strukturierung wurden gemäß Schreiben des Vereins vom 20. August 1923 an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten u.a. folgende Vereinbarungen getroffen:

²³⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MMA an das FM vom 15.05.1923.

²³⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das FM vom 02.07.1923.

²⁴⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 13.08.1923.

- die Verwaltung der Genesungsheime Waldeck und Amsee wird vom Verein völlig losgelöst,
- das Genesungsheim Waldeck wird in den Staatsbetrieb übernommen,
- die Verpflegungskosten in beiden Heimen werden nach Goldwährung berechnet,
- allen Angestellten und Lohnempfängern beider Heime ist zum 31.12.1923 zu kündigen,
- die offene Fürsorge wird vom Verein nur noch bis zum 30.09.1923 betrieben.

Der Verein drängte dabei auf einen möglichst nahtlosen Übergang der offenen Tuberkulose-Fürsorge in die Verwaltung der Wohlfahrtsämter. Eine Schließung der Fürsorgestellen musste verhindert werden, da aufgrund der sich immer weiter verschlechternden Ernährungssituation der Bevölkerung mit einer weiteren Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen zu rechnen war.²⁴¹

Da keine Aussicht bestand, dass der Verein in absehbarer Zeit über ausreichende finanzielle Mittel verfügen würde, das Genesungsheim Waldeck weiter zu betreiben bzw. die unmittelbar drohende Schließung des Genesungsheimes abzuwenden, wurde auf der Mitgliederversammlung des Vereins am 4. September 1923 einstimmig beschlossen, das Genesungsheim Waldeck dem Freistaat Mecklenburg-Schwerin zu überlassen mit der Maßgabe, dass der Heilstättenbetrieb vom Staat weitergeführt wird. Am 14. September 1923 erfolgte die entschädigungslose Übernahme des Genesungsheimes Waldeck durch das Land Mecklenburg-Schwerin.²⁴² Ein zusätzliches Problem für die Weiterführung des Heilstättenbetriebes in beiden Genesungsheimen ergab sich daraus, dass auch die Landesversicherungsanstalt Mecklenburg zunehmend in Geldnot geriet und keine Möglichkeit mehr sah, neben den gesetzlichen Rentenzahlungen, für deren Erbringen schon in größerem Umfang Kredite aufgenommen werden mussten, noch weiterhin freiwillige Leistungen wie die betreffenden Heilverfahren zu erbringen. Aufgrund der von beiden Genesungsheimen beanspruchten und ständig gestiegenen Tagessätze entstanden der LVA dadurch Kosten von mehreren Milliarden Mark, die die LVA nicht mehr aufbringen konnte. Der LVA war jedoch auch bewusst, dass eine sofortige Entlassung aller Patienten, deren Heilverfahren von der LVA finanziert wurden, und welche den Hauptanteil der Patienten in Waldeck und Amsee stellten, zum einen das Ende der dortigen Anstaltsbetriebe und zum zweiten einen schweren Schicksalsschlag für die auf Heilung bzw. Besserung hoffenden Patienten und letztlich für die Volksgesundheit bedeuten würde. Um diese drohenden Szenarien abwenden zu können, bat der Vorstand der LVA im August 1923 das Ministerium

²⁴¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 20.08.1923.

²⁴² Universitätsbibliothek Rostock, Mk-5398, Geschäftsbericht des MLV-BT in Schwerin für das Jahr 1924, Schwerin 1925, S. 2.

für Medizinalangelegenheiten in Schwerin um zinslose Stundung bis Mitte Januar 1924. Unter der weiteren Voraussetzung, dass der LVA ab sofort nur noch Verpflegungssätze in Rechnung gestellt werden, deren Höhe innerhalb der allgemeinen Tagessätze liegen und einen Betrag von 2 Mill. Mark nicht überschreiten, würde die LVA von den geplanten Patientenentlassungen Abstand nehmen. Neue Heilverfahren würden jedoch erst wieder nach einer Stabilisierung der Lage und einer aufgrund einer gewährten Stundung erfolgten Schuldenabstoßung durchgeführt werden. Dies sollte voraussichtlich zu Beginn bzw. im Frühjahr des Jahres 1924 erfolgen.²⁴³ Ob das Ministerium für Medizinalangelegenheiten die erbetene Stundung gewährte und sich die Verhältnisse in der von der LVA erhofften Richtung änderten, damit der Heilstättenbetrieb in Waldeck und Amsee weiter aufrecht erhalten werden konnte, war aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht zu entnehmen. Dass also der Heilstättenbetrieb in Waldeck im September 1923 tatsächlich zum Erliegen kam, lag neben der prekären finanziellen Situation des Vereins letztlich auch an der inflationsbedingten Zahlungsunfähigkeit des Staates, der schließlich nicht mehr im Stande war, die weiterhin dringend notwendigen Vorschüsse bzw. Betriebskosten als neuer Eigentümer nach Übernahme zu zahlen. Trotz der bis dahin vom Staat gezahlten Vorschüsse von insgesamt ca. 1,15 Mrd. Mark (Vorschüsse für Betriebskosten von ca. 1,14 Mrd. Mark und für die Röntgeneinrichtung von ca. 11,2 Mill. Mark)²⁴⁴ betrugen die Außenstände des Genesungsheimes Waldeck im September mehr als 1 Mrd. Mark, so dass das Genesungsheim schließlich den Betrieb einstellen musste. Im Schreiben des Vereins an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 27. September 1923 wurde die zu dieser Zeit im Genesungsheim herrschende Situation durch den leitenden Arzt der Anstalt Dr. Rohwedder nach einer von ihm am 9. September durchgeführten Bestandsaufnahme geschildert. Unter anderem standen dem leitenden Arzt zur Auszahlung der Löhne und Gehälter des Monats September keine Geldmittel mehr zur Verfügung, die Entlohnung musste mit noch vorhandenem Zucker erfolgen. Weiter heißt es in dem Schreiben, dass eine Wiedereröffnung des praktisch bereits geschlossenen Heimes fraglich sei, da von der obersten deutschen Versicherungsanstalt, der Reichsversicherungsanstalt in Berlin, zukünftig Heime mit sanatoriumsartigem Charakter, d. h. mit möglichst kleinen Zimmern mit wenig Betten, gewünscht werden. Waldeck, als Volksheilstätte zur Aufnahme von unter- bzw. unbemittelten Patienten konzipiert, dürfte dafür wohl kaum in Frage kommen. Außerdem wurde mitgeteilt, dass den Dienstboten zum 1. Oktober gekündigt wurde, der Dienstvertrag des

²⁴³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 30.08.1923.

²⁴⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 25.09.1923.

Inspektorenehepaars laufe jedoch noch bis zum 31. März 1924, der des Maschinisten bis zum 31. Dezember 1923. Der leitende Arzt Dr. Rohwedder werde ebenfalls bis zum 31. Dezember 1923 eine Stelle als Kreisassistentenarzt erhalten und der Assistentenarzt Dr. Fritsche werde bis dahin zum Dienst an die Universitätsklinik Rostock überwiesen. Der Verein bat das Ministerium weiterhin zu veranlassen, dass die Gehälter der beiden Ärzte schon vom 1. Oktober des Jahres von der Staatskasse übernommen werden.²⁴⁵ Im Oktober teilte der Verein dem Ministerium mit, dass Dr. Rohwedder nun doch wie Dr. Fritsche ebenfalls an der Universitätsklinik Rostock tätig sei.²⁴⁶ Am 28. Januar 1924 informierte das Ministerium für Medizinalangelegenheiten das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin über die offizielle Schließung des Genesungsheimes Waldeck: „Die Heilstätte Waldeck bei Schwaan mit 45 Betten für männliche Lungenkranke hat am 1. Oktober 1923 geschlossen werden müssen.“²⁴⁷

Damit das nach Auslaufen des Inspektoren-Dienstvertrages am 31. März 1924 leerstehende Gebäude vor Vandalismus geschützt wurde, entschloss sich die Landesregierung, den noch angestellten Hauswart Wulff mit der Aufsicht und Kontrolle des Gebäudes ab diesem Zeitpunkt zu beauftragen. Dazu wurde ihm die unentgeltliche Nutzung der Wohnräume, des Gartens und der Ländereien der Heilstätte unter dem Vorbehalt des jederzeit möglichen Widerrufs gewährt. Eine gesonderte Vergütung erfolgte nicht.²⁴⁸

Das leerstehende Gebäude weckte jedoch Begehrlichkeiten. So meldete Hauswart Wulff am 12. März 1924 an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten, dass die Nachbargemeinde Niendorf plane, in Waldeck eine russische Flüchtlingsfamilie aus dem Flüchtlingslager Güstrow einzuquartieren. Laut Verfügung des Mecklenburg-Schwerinschen Landeswohnungsamtes hätte die Gemeinde wohl dazu das Recht.²⁴⁹ Das Ministerium für Medizinalangelegenheiten erhob daraufhin Einspruch beim Landeswohnungsamt, so dass dieses den Gemeindevorstand Niendorf am 26. März 1924 darüber informierte, dass das Heilstättengebäude als Wohnung für die Flüchtlingsfamilie nach Einspruch des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten nicht zur Verfügung stehe.²⁵⁰

Dennoch plante das Ministerium für Medizinalangelegenheiten, die Genesungsheime in Amsee, Buchen und Waldeck aufgrund der Leerstände zu verpachten. Die Pächter dürften

²⁴⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 27.09.1923.

²⁴⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MLV-BT an das MMA vom 10.10.1923.

²⁴⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MMA an das DZK vom 28.01.1924.

²⁴⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des FM an das MMA vom 22.03.1924.

²⁴⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des Hauswarts Wulff an das MMA vom 12.03.1924.

²⁵⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des Landeswohnungsamtes an den Gemeindevorstand der Gemeinde Niendorf vom 26.03.1924.

von den Mecklenburgischen Kostenträgern jedoch dabei tägliche Verpflegungssätze von höchstens 3,50 Mark für die Genesungsheime in Amsee und Waldeck und 3,00 Mark für das Genesungsheim Buchen fordern.²⁵¹ Aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen ergibt sich aber kein Hinweis, dass solche geplanten Verpachtungen tatsächlich erfolgten.

²⁵¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10700: Schreiben des MMA an das FM vom 05.05.1924.

2.5 Der Zeitraum von der Wiedereröffnung 1924 bis 1933

2.5.1 Die Wiederaufnahme des Heilstättenbetriebes

Die Schließung des Genesungsheimes Waldeck im Oktober 1923 stellte natürlich einen herben Verlust in den Bemühungen des Landes Mecklenburg bei der Bekämpfung der Tuberkulose dar. Aus diesem Grund plante das Ministerium für Medizinalangelegenheiten in Schwerin nach dem langsamen Rückgang der Inflation Anfang 1924 und der schrittweise zunehmenden Finanzstabilisierung die schnellstmögliche Wiedereröffnung des Genesungsheimes. Aus einem Schreiben der LVA Mecklenburg an das Ministerium vom 9. Juli 1924 geht hervor, dass dazu im Vorfeld Gespräche zwischen der LVA und dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten über vertret- und planbare Verpflegungssätze geführt wurden, worauf die LVA dem Ministerium Verpflegungssätze von 4,00 M²⁵² für die Sommer- bzw. 4,20 M für die Winterperiode zusicherte. Weiterhin begrüßte die LVA in diesem Schreiben die für den 1. August 1924 geplante Wiedereröffnung des Genesungsheimes.²⁵³ Auch das Schweriner Finanzministerium stimmte der geplanten Wiedereröffnung des Genesungsheimes Waldeck zu, jedoch unter der Bedingung, dass sich bis zu diesem Termin alle Ämter und kreisfreien Städte Mecklenburgs verpflichtet haben, ihre Tuberkulosekranken in die bestehenden Heilstätten Waldeck, Amsee und Buchen zu überweisen. Diese Zustimmungen erfolgten.²⁵⁴

Gleichzeitig bemühte sich das Ministerium für Medizinalangelegenheiten, einen neuen Arzt zur Leitung des Genesungsheimes Waldeck zu finden und für diesen entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Wie bereits schon früher geplant, sollte der neue Chefarzt selbst auch im Genesungsheim wohnen, um ihm einerseits einen größeren Anreiz bieten und andererseits leichter die erforderliche Kurdisziplin im Genesungsheim durchsetzen zu können. Dafür stand die Dienstwohnung des Inspektors zur Verfügung, dessen Vertrag am 31. März 1924 ausgelaufen war und aufgrund der damaligen inflationsbedingten finanziellen Probleme nicht verlängert wurde (siehe Abschnitt 2.4).

Offensichtlich ging das Ministerium davon aus, dass der ehemalige Inspektor noch in der Dienstwohnung wohnte und forderte ihn deshalb auf, diese zu räumen. Gleichzeitig bat es in einem Schreiben an das Landeswohnungsamt, diesem dafür eine Wohnung in Schwaan zur Verfügung zu stellen. Der Inspektor erhielt daraufhin eine Wohnung in Schwaan und arbeitete anschließend als Schriftsetzer in einer Schwaaner Druckerei.²⁵⁵ Da im Schreiben

²⁵² Hierbei handelt es sich um die 1923 eingeführte Rentenmark. Sie wurde im August 1924 von der Reichsmark abgelöst.

²⁵³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 09.07.1924.

²⁵⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben des FM an das MMA vom 18.07.1924.

²⁵⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben des MMA an das Landeswohnungsamt vom 19.07.1924.

des Finanzministeriums an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 22.03.1924 erwähnt wird, dass nach Auslaufen des Inspektorenvertrages am 31. März 1924 der Hauswart Wulff in die Inspektorenwohnung einzog (siehe Abschnitt 2.4), kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem vom Ministerium zur Räumung der Wohnung aufgeforderten Inspektor um den im vorangegangenen Abschnitt aufgeführten Hauswart Wulff handelte. In dem Schreiben an das Landeswohnungsamt erwähnt das Ministerium außerdem, dass als leitender Arzt für Waldeck ein sich z.Z. in Rostock aufhaltender Arzt vorgesehen sei.²⁵⁶ Bei diesem Arzt handelte es sich um Dr. med. Hans-Walther Giercke, der laut Schreiben des Wohnungsamtes Rostock an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten zu dieser Zeit im Tannenweg 17 in Rostock wohnhaft war.²⁵⁷ Aus welchem Grund Giercke sich zu diesem Zeitpunkt in Rostock aufhielt, ist aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht ersichtlich. Sehr wahrscheinlich gab es bereits im Vorfeld Gespräche mit Giercke bezüglich der Stellenbesetzung als leitender Arzt der Heilstätte.

Hans-Walther Giercke wurde am 22. Mai 1893 in Berlin-Steglitz als Sohn des Gymnasialprofessors Max Giercke und der aus einer jüdischen Berliner Kaufmannsfamilie stammenden Toni Giercke geb. Schneider geboren. Gymnasialprofessor Max Giercke war als Lehrer für Latein am Königlichen Französischen Gymnasium in Berlin tätig. Hans-Walther Giercke besuchte dieses Gymnasium bis zum Abitur Ostern 1911. Anschließend nahm er an der Kaiser-Wilhelms-Akademie in Berlin ein Medizinstudium auf. Als Student wurde er zu Beginn des Ersten Weltkrieges im August 1914 eingezogen und diente bis zum Kriegsende im November 1918 als Feldhilfs- und Feldunterarzt an der Front und wurde dabei offenbar auch verwundet, da er laut Karteikarte der Reichsärztekammer als Kriegsbeschädigter galt. Nach seiner Entlassung aus dem Militärdienst nahm er sein Studium wieder auf und erhielt am 7. Juni 1919 seine Approbation. Am 6. Oktober des selben Jahres promovierte Giercke zum Thema „Die Kriegsverletzungen des Herzens“. Anschließend arbeitete er als Assistenzarzt an Krankenhäusern und Lungenheilstätten in Berlin, Schöenberg im Schwarzwald, Görbersdorf und Reinerz in Niederschlesien sowie Hohenkrug bei Stettin.²⁵⁸ Als Giercke im Juli 1924 vom Ministerium für Medizinalangelegenheiten die Stelle des Chefarztes des Genesungsheimes Waldeck angeboten wurde, willigte er unter der Bedingung ein, dass er sein erstes Gehalt am 1. August 1924 erhalte und der Staat seine Umzugskosten

²⁵⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben des MMA an das Landeswohnungsamt vom 19.07.1924.

²⁵⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben des Wohnungsamtes Rostock an das MMA vom 17.07.1924.

²⁵⁸ Blanck, Wilhelmi, Willgeroth: Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart, Schwerin 1929, S. 351.

übernehmen solle. Dem wurde stattgegeben.²⁵⁹ Doch Giercke erhob umgehend noch weitere Forderungen. Am 31. Juli des Jahres, noch bevor er sein erstes Gehalt erhielt, wandte er sich erneut an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten und teilte mit, dass er dagegen sei, die zu seinem Aufgabenbereich als leitender Arzt des Genesungsheimes Waldeck gehörende Tätigkeit als Tbc-Fürsorgearzt für die Städte und Ämter Rostock und Bad Doberan weiterzuführen. Er begründete seine Weigerung damit, dass solche zusätzlichen Aufgaben im Interesse einer einwandfreien Leitung des Genesungsheimes im Sinne des Staates nicht erwünscht sein können.²⁶⁰ Dieser Forderung Gierckes wurde offenbar nicht stattgegeben, da Giercke noch Jahre später in seinem Geschäfts-Briefkopf neben der Leitung des Genesungsheimes Waldeck auch seine Tätigkeit als Tbc-Fürsorgearzt für die Städte und Ämter Rostock und Bad Doberan mit Sprechstunde in der medizinischen Universitätsklinik in Rostock, jeden Dienstag und Donnerstag von 8 - 13 Uhr, aufführte.

Nachdem nun also auch die Personalie des leitenden Arztes des Genesungsheimes Waldeck geklärt war, stand einer Neueröffnung des Genesungsheimes nichts mehr im Wege. So konnte Giercke dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten mitteilen, dass das Genesungsheim wie vorgesehen am 15. August 1924 wieder in Betrieb genommen werden könne.²⁶¹

Nach Gierckes Amtsantritt begann der schrittweise Ausbau und die Erweiterung des Genesungsheimes Waldeck. Bereits Anfang des Folgejahres wurde die nach Ende des Ersten Weltkrieges vom Schweriner Ortsausschuss des Mecklenburgischen Landesvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose als Tageserholungsstätte für Tuberkulosekranke im Schweriner Schlossgarten aufgestellte Baracke auf Bitte des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten dort abgebaut und auf dem Gelände des Genesungsheimes wieder aufgebaut. Bei dieser Baracke handelte es sich um eine sogenannte Döcker'sche Baracke, eine demontierbare transportable Baracke nach dem Patent des Rittmeisters Döcker für das preußische Militär in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts.²⁶² Die Baracke konnte in Waldeck mit 15 Patienten belegt werden. Das Finanzministerium gewährte dazu einen Zuschuss zur Beschaffung des erforderlichen Inventars in Höhe von 4.500 RM.²⁶³

Was das Ministerium für Medizinalangelegenheiten zur Bitte nach Demontage dieser Baracke und ihren Wiederaufbau in Waldeck veranlasste, geht aus den Archivunterlagen nicht hervor. Möglicherweise überstieg die Bewirtschaftung die finanziellen Möglichkeiten des Schweriner

²⁵⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 25.07.1924.

²⁶⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 31.07.1924.

²⁶¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 07.08.1924.

²⁶² Doßmann, Wenzel: Architektur auf Zeit. Baracken, Pavillons, Container, Berlin 2006, S. 3 ff.

²⁶³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben des FM an das MMA vom 08.12.1924.

Ortsausschusses. Es kann sicherlich ausgeschlossen werden, dass die Baracke als Tageserholungsstätte für Tuberkulosekranke zu wenig Zulauf erhielt und nicht ausreichend genutzt wurde. Im Frühjahr 1925 erfolgte dann die Wiederaufstellung der Baracke in Waldeck. Dazu vergab das Ministerium für Medizinalangelegenheiten an die LVA Mecklenburg ein Darlehen von 1.500 RM, außerdem wurde noch ein Liegehallenanbau für 700 RM finanziert.²⁶⁴

2.5.2 Die Etablierung chirurgischer Behandlungsmethoden in Waldeck

Die sich Anfang des 20. Jahrhunderts langsam weltweit etablierten chirurgische Methoden zur Behandlung der Tuberkulose wurden auch in Deutschland ab Anfang der 20er Jahre zunehmend eingesetzt. Dabei handelte es sich um die künstliche Anlage eines einseitigen Pneumothorax, wobei der Unterdruck zwischen Lungenflügel und Brustkorb durch einen chirurgischen Einstich aufgehoben wird. Dadurch konnte der Lungenflügel den Brustkorbbewegungen nicht mehr folgen, fiel zusammen und war funktionslos. Da nach Verheilen der chirurgischen Wunde die im Spalt zwischen Lunge und Brustkorb, dem sog. Pleuraspalt, befindliche Luft vom Körper mit der Zeit resorbiert werden und damit wieder ein Unterdruck entstehen würde, musste in regelmäßigen Abständen Luft bzw. ein langsamer bzw. kaum resorbierbares Gas (z.B. Helium) wieder eingebracht werden. Dabei kam es jedoch sehr häufig zu Verwachsungen im Pleuraspalt, sogenannten Strangbildungen, die mit verschiedensten diagnostischen und chirurgischen Verfahren wieder beseitigt werden mussten.

Eine zweite chirurgische Behandlungsmethode stellte die Thorakoplastik dar, bei der es durch Entfernung von Rippen zu einem Einfallen einer Brustkorbwand mit nachfolgendem Kollaps des auf dieser Seite befindlichen Lungenflügels kam, wodurch ebenfalls eine funktionelle Ruhigstellung dieses Lungenflügels erreicht wurde.

Die Phrenicotomie stellte einen weiteren operativen Therapieversuch zur funktionellen Ruhigstellung eines befallenen Lungenflügels dar. Dabei wurde der Nervus phrenicus durchtrennt, der den Bereich des Zwerchfells neural versorgt, welcher den befallenen Lungenflügel bewegt.

Das therapeutische Ziel dieser Methoden zur funktionellen Ruhigstellung eines befallenen Lungenflügels bestand in einer „Erholung“ dieses Lungenflügels und einem Kollaps der tuberkulösen Kavernen. Dieses ließ sich jedoch nie völlig erreichen, ein wissenschaftlicher Beleg des tatsächlichen Nutzens der chirurgischen Verfahren der Tuberkulosebehandlung

²⁶⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 06.02.1925.

konnte nie erbracht werden.

Eine weitere operative Tuberkulosetherapie stellte die Anlage von Monaldi-Drainagen dar.

Die heute nur noch selten zur Behandlung eines Pneumothorax eingesetzte Monaldi-Drainage, bei der eine von dem italienischen Pulmologen Vincenzo Monaldi (1899-1969) entwickelte Drainage durch den 2.-3. Interkostalraum in der Medioklavikularlinie eingebracht wird, diente früher zur dauerhaften Drainage von brustfellnahen tuberkulösen Kavernen. Tiefer im Lungengewebe liegende Kavernen waren damit jedoch nicht zu erreichen, da es sonst zur Zerstörung von Lungengewebe und Blutgefäßen mit erheblichen Folgekomplikationen wie schweren Lungenblutungen kam. Die Behandlung eines Pneumothorax erfolgt heute hauptsächlich mittels einer von dem deutschen Internisten Gotthard Bülow (1835-1900) entwickelten Bülow-Drainage, bei der eine im Gegensatz zur Monaldi-Drainage großlumigere Drainage durch den 4.-5. Interkostalraum in der vorderen bis mittleren Axillarlinie eingebracht wird.²⁶⁵

Bis zur Einführung der ersten wirksamen medikamentösen Therapien in den fünfziger Jahren wurden aber diese chirurgischen Verfahren auch in Deutschland angewandt. Dass sie trotz nie erbrachter Wirksamkeitsbelege so lange Anwendung fanden, lag an zwei Vorteilen. Zum einen stellten diese Verfahren chirurgisch keine aufwendigen Operationen dar. Jede kleine Klinik mit einfacher operativer Ausstattung konnte diese Eingriffe vornehmen, man sprach deshalb auch von „kleiner Lungenchirurgie“. Zum zweiten hatte solch ein Eingriff zumindest einen psychologischen Nutzen für die Patienten, da sie hier spürten, dass man im Gegensatz zur Liegehallentherapie hier aktiv etwas zu ihrer Heilung unternahm. Das gab vielen Patienten einen positiven Auftrieb in ihrer schwierigen physischen und damit auch oft schwierigen psychischen Situation.

2.5.3 Planung und Errichtung des Erweiterungsbaues

Die fachliche Oberhoheit der Universität Rostock über das Genesungsheim Waldeck blieb durch die Übernahme des Genesungsheimes in Eigentum des Staates unberührt. Auch die Universität Rostock wollte diese für ihre Zeit modernen Therapieverfahren etablieren. Aus diesem Grund schlug die chirurgische Universitätsklinik in Rostock im August 1925 die Erweiterung des Genesungsheimes um eine chirurgische Abteilung vor. Diese sollte in Waldeck als eine Art Außenstelle der Universitätsklinik für die „kleine Lungenchirurgie“ zur

²⁶⁵ Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage, Berlin 1998, S. 238 u. 1.036.

chirurgischen Tuberkulosebehandlung ihrer Patienten fungieren.²⁶⁶ Dieser Vorschlag stieß bei Giercke auf offene Ohren. Giercke wollte zum einen natürlich, dass die mittlerweile in Deutschland im Großteil der Lungenheilstätten praktizierte chirurgische Tuberkulosebehandlung auch in seinem Genesungsheim angewendet wird. Dadurch wäre Waldeck diesbezüglich auf dem neuesten medizinischen Stand. Zum anderen sah er darin einen willkommenen Grund, das Genesungsheim zu erweitern. Aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen, insbesondere der regen Briefkorrespondenz zwischen ihm und dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten geht hervor, dass Giercke sein Genesungsheim immer in Konkurrenz zum Genesungsheim Amsee im Hinblick auf die Bedeutung im Land aufgrund von Größe und Bettenzahl sah. Das Genesungsheim Amsee plante 1926, neben der vorhandenen Frauenstation durch bauliche Erweiterung ebenfalls eine Männerstation einzurichten.²⁶⁷ Durch diese mögliche Konkurrenz fürchtete Giercke um die Bedeutung seines Genesungsheimes für männliche Patienten. Im Gegenzug konnte er keine Frauenstation eröffnen, da er aufgrund der geringen Größe des Genesungsheimes Waldeck kaum Betten für weibliche Patienten anbieten konnte. Für fehlende weibliche Behandlungsplätze schob Giercke jedoch andere Gründe vor, als Hauptgrund gab er die Gefahr sexueller Begierden der Patienten an, vor allem während der Liegekurzeiten.

Außerdem darf Giercke aufgrund der o.g. Quellen ein gewisses Geltungsbedürfnis unterstellt werden, was aber der weiteren Entwicklung der Heilstätte letztlich sicherlich auch förderlich war. Dieser Charakterzug zeigte sich beispielsweise in seinem Umgang mit den anderen, konkurrierenden Kliniken, insbesondere bei der Konzeption und Planung des Erweiterungsbaus, oder auch bei der Auswahl eines Dienstwagens. Auf diese beiden Sachverhalte wird im folgenden Text weiter eingegangen.

Aufgrund der oben genannten Gründe kamen also Giercke die Erweiterungsüberlegungen der Universität Rostock zur Einrichtung einer chirurgischen Station sehr entgegen. Wie sehr sie das taten, zeigt sein bereits im Folgemonat an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten verfasstes Schreiben, in dem er die Vorschläge der Universität Rostock sehr begrüßt. Dieses verbindet er mit der Forderung nach einem massiven Erweiterungsbau, der nicht nur die chirurgischen Räumlichkeiten und die Betten der Patienten der chirurgischen Universitätsklinik aufnehmen sollte, sondern auch 40 weitere Betten für Patienten des Genesungsheimes. Eine zweite Forderung bestand darin, dass die Betreuung der Patienten der chirurgischen Universitätsklinik einschl. der Visiten auch durch die Universitätsklinik

²⁶⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 26.09.1925, S. 1.

²⁶⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben Keutzers an Giercke vom 23.02.1927, S. 1.

erfolgen sollte. Als drittes forderte Giercke, dass die disziplinarische, wirtschaftliche und finanzielle Leitung der chirurgischen Abteilung in den Händen des Genesungsheimes und damit in seinen Händen blieb. Andernfalls sah er die Rentabilität der gesamten Anstalt in Gefahr. Auch sollten die Schwestern der zu schaffenden chirurgischen Abteilung der Leitung des Genesungsheimes und damit ihm unterstellt sein. Weiterhin forderte Giercke eine zusätzliche Assistenzarztstelle für das Genesungsheim. Der zusätzliche Assistenzarzt des Genesungsheimes sollte in der chirurgischen Klinik mitarbeiten, in Abwesenheit der zuständigen Rostocker Chirurgen die chirurgische Abteilung betreuen und den chirurgischen Patienten gegenüber weisungsberechtigt sein. Als letztes bestand Giercke darauf, dass im Interesse eines wirtschaftlichen Betriebes die Betten der chirurgischen Patienten nicht längere Zeit leerstehen dürfen bzw. freizuhalten sind. Nach einer noch zu vereinbarenden Frist sollten Betten, die länger als beispielsweise 3 Tage leerstehen, mit Patienten des Genesungsheimes belegt werden dürfen.²⁶⁸

Giercke, der, wie bereits oben beschrieben, sofort begriffen hatte, welche Chancen für sein Haus sich aus dem Vorschlag der Universität Rostock ergaben, machte sich umgehend an die Arbeit. Er ließ eine Vorplanung und eine dazugehörige Kostenschätzung erstellen und wandte sich im Folgejahr mit einem weiteren Brief an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten, in dem er darauf hinwies, dass die vor einem Jahr aus dem Schweriner Schlossgarten nach Waldeck umgesetzte Baracke zwar einerseits hervorragende Dienste leistete, indem sie eine Heilbehandlung für weitere 15 Patienten ermöglichte und damit die notwendige Rentabilität des Genesungsheimes sicherte. Das wiederum versetzte das Genesungsheim in die Lage, wichtige Anschaffungen und Investitionen ohne zusätzliche staatliche Hilfen zu tätigen. Andererseits sei die Baracke bereits in einem schlechten baulichen Zustand, so dass mit einer längeren Nutzung nicht mehr gerechnet werden konnte. Da aber davon auszugehen war, dass der Bedarf an Heilstättenplätzen weiter steigen werde und die Rentabilität des Genesungsheimes durch den Wegfall der Baracke und dem damit verbundenen Verlust von 15 Behandlungsplätzen gefährdet sei, was wiederum eine höhere finanzielle Belastung des Staates bedeuten würde, sei ein massiver Erweiterungsbau unerlässlich. Da Giercke ja bereits über die Vorplanung und die dazugehörige Kostenschätzung verfügte, konnte er auch sofort die dafür etwa benötigten Summen benennen. Diese ergaben für den geplanten Neubau mit chirurgischer Abteilung und 50 Patientenbetten eine Bausumme von etwa 150.000 RM. Nach bereits erfolgter Rücksprache mit dem zuständigen Hochbauamt in Güstrow sei dies eine angemessene Summe für ein derartiges Vorhaben. Da zur Ausstattung des Erweiterungsbaus

²⁶⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 26.09.1925

auf z.T. vorhandenes Mobiliar zurückgegriffen werden könne, so z.B. die 15 Betten aus der Baracke und weitere 10 Betten aus dem Hauptgebäude, wäre nur ein relativ geringer Betrag von etwa 10.000 RM zur Ausstattung erforderlich, so dass sich die Gesamtsumme eines Erweiterungsbaus auf etwa 160.000 RM belaufen würde. Durch die 50 neuen Patientenbetten im Erweiterungsbau würden aber nur 25 Betten tatsächlich zusätzlich geschaffen werden, da die 15 Bettenplätze aus der Baracke wegfielen und aufgrund der dann erforderlichen Erweiterung der Verwaltungs- und ärztlichen Diensträume im Haupthaus weitere 10 Patientenbetten entfallen würden. Giercke schloss das Schreiben damit, bei Bedarf seitens des Ministeriums „[...] offizielle Garantien maßgebender Stellen über den Bedarf an Heilstättenbetten für männliche Kranke beibringen zu können, die jeden Zweifel über die Notwendigkeit der geplanten Vergrößerung ausschließen. Auf Grund der vorstehenden Ausführungen bittet die Leitung des Genesungsheimes Waldeck, für den Ausbau der Anstalt in den Etat 1927/28 RM 160.000.- aufzunehmen.“²⁶⁹

Um bezüglich des oben erwähnten entsprechend hohen Bedarfs an Heilstättenplätzen auch sichergehen zu können, dass nach einer Erweiterung auch tatsächlich mehr Zuweisungen erwartet werden können, leistete Giercke parallel auch bei der LVA Mecklenburg intensive Akquisitions- und Überzeugungsarbeit. In seinen Korrespondenzen war er dabei so erfolgreich, dass die LVA ihm letztlich schriftlich zusicherte, nach Erweiterung des Genesungsheimes auch mehr Patienten zu überweisen.²⁷⁰

Mit dieser Zusage in der Hinterhand versuchte Giercke, seiner Forderung nach einem Erweiterungsbau beim Ministerium für Medizinalangelegenheiten weiteren Nachdruck zu verleihen. Nachdem er seine Vorstellungen weiter konkretisiert hatte und sogar Vorplanungen für eine kleine und eine große Erweiterungs-Variante ausarbeiten und vom Hochbauamt Güstrow hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit und der Richtigkeit der Kostenermittlung bestätigen ließ, wandte er sich Anfang November 1926 erneut mit einem Schreiben, welches auch vom zuständigen Regierungsbaumeister Beckmann vom Güstrower Hochbauamt unterzeichnet war, an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten in Schwerin. Dem Schreiben waren eine Baubeschreibungen, Zeichnungen und Rentabilitätsberechnungen für beide Varianten, Aussagen zur geplanten Inventarbeschaffung sowie die Bescheinigung der LVA Mecklenburg mit der Zusicherung einer höheren Anzahl von Patientenüberweisungen nach erfolgter Erweiterung als Anlage beigelegt.²⁷¹ Um nicht unnötig Zeit zu verlieren, ließ

²⁶⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben Gierckes an das MMA vom 28.09.1926.

²⁷⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben der LVA Mecklenburg an das Genesungsheim Waldeck vom 15.10.1926.

²⁷¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des Gierckes an das MMA vom 04.11.1926.

Giercke gleichzeitig eine weitere Ausfertigung des Schreibens einschl. der Anlagen der Hochbauabteilung des Schweriner Finanzministeriums zukommen. In dem Schreiben begründete er nochmals und sehr eindringlich, warum es „[...]unbedingt notwendig [erscheint], in kurzer Zeit einen massiven Anbau am Hauptgebäude des Genesungsheimes vorzunehmen.“²⁷² Zunächst führte er wieder die aufgestellte Baracke an, ohne deren zusätzliche Plätze das Genesungsheim nicht rentabel betrieben werden könne und aufgrund der dann wieder reduzierten Bettenanzahl ein jährlicher Staatszuschuss von 10.075,40 RM erforderlich wäre. Wie Giercke auf diese genaue Summe kam, ließ er in seinem Schreiben offen. Auch aus den anderen zur Verfügung stehenden Quellen ergab sich kein Hinweis auf das Zustandekommen dieses Betrages. Dass die Baracke unbedingt kurzfristig ersetzt werden musste, begründete er diesmal nicht mit ihrem schlechten baulichen Zustand, sondern damit, dass der zur Verfügung stehende Luftraum für die Kranken in der Baracke pro Kopf durchschnittlich nur 14 cbm und somit etwa nur die Hälfte von dem allgemein für Krankenanstalten notwendigen Luftraum betrage. Im Hauptgebäude würde er durchschnittlich 27 cbm betragen. Außerdem seien die nach Süden gelegenen Zimmer durch die nachträglich angebaute Liegehalle verdunkelt und nur die nach Norden gelegenen Zimmer würden überhaupt etwas Licht und Luft erhalten. Nach Norden gelegene Zimmer seien jedoch eigentlich für eine Unterbringung von Lungenkranken höchst ungeeignet.²⁷³

Als zweiten Grund für die drängende Erweiterung gab Giercke die derzeitige Unmöglichkeit an, ansteckende Tuberkulosepatienten von Nichtansteckenden in den Unterkunftsräumen und Liegehallen räumlich zu trennen. Diese Situation entspräche nicht den hygienischen Grundsätzen einer modernen Tuberkulose-Krankenanstalt. Um so tragischer sei dieser Umstand, da sich in Waldeck häufig Beobachtungsfälle befänden, bei denen eine Tuberkuloseerkrankung noch nicht feststehe, die dann aber Gefahr laufen, sich hier erst zu infizieren.²⁷⁴

Anschließend erläuterte Giercke die beiden Varianten des vorgesehenen Erweiterungsbaus. Die kleine Variante würde insgesamt eine Bettenanzahl von 88 ergeben bei Baukosten von ca. 156.000 RM. Einschließlich Inventarbeschaffung in Höhe von 13.072 RM beliefen sich die Gesamtkosten auf 169.072 RM. Nach den bisherigen Wirtschaftszahlen wäre mit einem jährlichen Überschuss von 21.950 RM zu rechnen. Ohne Berücksichtigung von Zinsen würde

²⁷² Ebenda.

²⁷³ Ebenda.

²⁷⁴ Ebenda.

sich diese Variante also in acht Jahren amortisieren. Die kleinere Variante würde die Mindestanforderungen erfüllen, die chirurgische Abteilung könnte untergebracht und die gesamte Klinik könnte in einen infektiösen und einen nichtinfektiösen Bereich unterteilt werden. Man müsste jedoch nach wie vor darauf verzichten, an Tuberkulose erkrankte Frauen aus dem Einzugsbereich aufzunehmen. Unter diesen Umständen würde Giercke einer Aufnahme tuberkulöser Männer durch das Genesungsheim Amsee nicht zustimmen. Ob und wie weit Giercke diesbezüglich überhaupt ein Mitspracherecht gehabt hätte, geht aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht hervor.²⁷⁵

Die zweite, größere Variante würde insgesamt eine Bettenanzahl von 115 ergeben bei Baukosten von ca. 250.000 RM. Einschließlich Inventarbeschaffung in Höhe von 26.345 RM würden sich die Gesamtkosten bei dieser Variante auf 276.345 RM belaufen. Gemäß der bisherigen Wirtschaftszahlen wäre in diesem Fall mit einem jährlichen Überschuss von 64.820 RM zu rechnen. Ohne Berücksichtigung von Zinsen würde sich die große Variante also bereits in vier bis fünf Jahren amortisieren. Neben der höheren Bettenzahl und der schnelleren Amortisation böte die große Variante zusätzliche Vorteile: Im mittleren Teil des Gesamtgebäudekomplexes könnten Zimmer für Privatpatienten eingerichtet werden. Dadurch könnten höhere Erträge als bei einer durchgängigen Belegung mit Kassenpatienten erzielt werden, wie es zur Zeit und bei Wahl der kleinen Variante der Fall wäre. Anfragen nach Aufnahme von Privatpatienten würden nämlich immer wieder an Giercke gestellt, müssten aber jedes mal abschlägig beantwortet werden. Außerdem könnten dann auch weibliche Tuberkulosepatienten aufgenommen werden, worauf Giercke einer Aufnahme tuberkulöser Männer durch das Genesungsheim Amsee dann zustimmen würde. Dadurch würde das Genesungsheim Waldeck insgesamt auch eine große Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche im Land erhalten, schloss Giercke das Schreiben.²⁷⁶

Das Schweriner Finanzministerium lehnte Gierckes Pläne zunächst jedoch ab. In seinem Schreiben an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten empfahl es, zur Bewilligung des Erweiterungsbaus in Waldeck zuerst die Tuberkulose-Fürsorgestellen anzufragen, ob diese eine Erweiterung für zweckmäßig erachten. Sollten sie dem Vorhaben zustimmen, würde das Finanzministerium nach erneuter Prüfung die erforderliche Summe für das Vorhaben in den Haushaltsplan für 1928 aufnehmen.²⁷⁷

²⁷⁵ Ebenda

²⁷⁶ Ebenda.

²⁷⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des FM an das MMA vom 23.11.1926.

Giercke ließ sich davon nicht beeindrucken. Noch im Dezember 1926 schrieb er dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten, dass für die weitere Planung des Erweiterungsbaus vorher andere Heilstätten als Beispiele besichtigt werden sollten, um mögliche Details aufzunehmen und Fehler zu vermeiden. Er schlug dazu das Tuberkulose-Krankenhaus Hohenkrug bei Stettin, die Heilanstalt in Sommerfeld bei Berlin, die Heilstätte der Stadt Hamburg in Geesthacht sowie das Tuberkulose-Krankenhaus Heidehaus Hannover zur Besichtigung vor.²⁷⁸ Bereits im Folgemonat teilte das Finanzministerium mit, dass der Landtag im Haushaltsplan für 1927 Mittel für den Erweiterungsbau in Waldeck eingestellt habe. Die von Giercke vorgeschlagenen größere Variante sei grundsätzlich genehmigt worden. Auch seien die empfohlenen Tuberkulose-Krankenhäuser in Geesthacht und Hohenkrug besichtigt worden.²⁷⁹

Gierckes Aktivitäten blieben natürlich den anderen Genesungsheimen, insbesondere dem „Hauptkonkurrenten“ Amsee nicht verborgen. Besorgt, dass ein sehr großes Genesungsheim Waldeck aufgrund seiner Größe auch Patienten aus anderen Einzugsgebieten abziehen und damit seine eigenen Erweiterungspläne gefährden könnte, wandte sich der Chefarzt des Genesungsheimes Amsee, Dr. Keutzer, mit einem Schreiben an Giercke, in dem er zu Beginn darlegte, dass er einen Anbau für weitere 20 Betten plane. Das Hochbauamt habe dafür aber eine ihm sehr hoch erscheinende Bausumme angesetzt, und er bitte Giercke, ihm seine Pläne zur kurzzeitigen Einblicknahme zu überlassen, um einen orientierenden Anhaltspunkt zum Vergleich zu haben. Dann kam er aber direkt zum Punkt: „Übrigens habe ich zu meinem Entsetzen auf dem Ministerium neulich gesehen, dass Sie die Absicht haben, 70 Betten zu bauen. Soweit ich dies übersehen kann, ist dies für Mecklenburg viel zu viel. Sowohl Sie, wie auch die übrigen Mecklenburgischen Anstalten werden sicherlich dann mit sehr viel leeren Betten und einer Unrentabilität der Betriebe zu rechnen haben. Denn Ihre 70 Betten können Sie doch auf keinen Fall nur mit Sanierungsfällen belegen. Dr. Pöhlmann rechnet für seinen Bezirk mit der Notwendigkeit von 25 Isolierbetten, ich hier mit 20-22. Also kommt doch auch für Ihren Bezirk keine wesentlich größere Zahl in Frage. Von der Landesversicherungsanstalt Mecklenburg können Sie meiner Ansicht nach auf erheblich erhöhte Zuweisung von Heilstättenfällen auch nicht rechnen, da die Landesversicherungsanstalt ja auch bindende Verträge mit Amsee und Kleinen hat. Ich teile Ihnen diese Befürchtungen rechtzeitig mit, um

²⁷⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben Gierckes an das MMA vom 21.12.1926.

²⁷⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des FM an das MMA vom 24.01.1927.

Sie nochmals zu bitten, Ihre Pläne genau zu prüfen, denn es ist doch auch sicherlich nicht Ihre Absicht, Ihren eigenen und auch unsere Betriebe unrentabel zu gestalten.“²⁸⁰

Giercke antwortete prompt. Nur zwei Tage später ließ er Dr. Keutzer wissen, dass er momentan noch selbst sehr mit der Überarbeitung und Anpassung der Pläne beschäftigt sei, so dass er sie momentan nicht entbehren könne. Zu Keutzers Hauptproblem, der Furcht vor einem Betten-Überangebot, teilte er folgendes mit: Durch den geplanten Neubau werde Waldeck über 64 zusätzliche Betten verfügen. Davon entfallen 30 Betten für die Chirurgische Universitätsklinik, 8 weitere Betten sind zur Belegung durch Patienten zweiter Klasse auf eigenes Risiko des Genesungsheimes vorgesehen. Somit verbleiben letztlich 26 Betten, womit sich Waldeck nach Errichtung des Erweiterungsbaus durchaus in dem von Dr. Keutzer genannten Rahmen bewegen würde.²⁸¹ Diese Korrespondenz zeigt beispielhaft, wie sich die beiden Chefärzte der Genesungsheime Waldeck und Amsee gegenseitig „belauerten“ in der Sorge, der jeweils andere könne einen größeren Vorteil erreichen und das eigene Heim dadurch in Ansehen und Bedeutung im Land ins Hintertreffen geraten.

Ungeachtet aller Bedenken trieb Giercke das Vorhaben des Erweiterungsbaus weiter voran. Bereits Anfang März 1927 legte das Güstrower Hochbauamt einen 14-seitigen Erläuterungsbericht mit Kostenberechnung und Zeichnungen den genehmigenden Ministerien in Schwerin vor.²⁸² Die nachfolgenden Informationen und Beschreibungen entstammen diesem Erläuterungsbericht.

Durch den Erweiterungsbau sollten insgesamt vier Stationen im Gesamtgebäude entstehen:

1. Eine Station für nichtinfektiöse männliche Patienten mit 31 Betten im Obergeschoss des vorhandenen Gebäudeteils.
2. Eine Station für infektiöse männliche Patienten mit 33 Betten im Obergeschoss des geplanten Gebäudeteils.
3. Eine Station für infektiöse weibliche Patienten mit 29 Betten im Erdgeschoss des geplanten Gebäudeteils.
4. Eine Station für chirurgisch behandelte Tuberkulosepatienten beiderlei Geschlechts mit 30 Betten im Erdgeschoss des vorhandenen Gebäudeteils. Von diesen Betten waren 11 für Männer, 7 für Frauen und 12 für Kinder vorgesehen.

²⁸⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben Keutzers an Giercke vom 23.02.1927.

²⁸¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben Gierckes an Keutzer vom 25.02.1927.

²⁸² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des Hochbauamtes Güstrow an das FM vom 07.03.1927.

Zusätzlich zu diesen vier Stationen waren im Obergeschoss des geplanten Mittelbaus vier Zimmer für Privatpatienten mit jeweils 2 Betten pro Zimmer geplant. Sie hatten direkten Zugang zur über dem Haupteingang befindlichen Terrasse.

Die Gesamt-Bettenanzahl erhöhte sich gegenüber dem Vorentwurf um 16 auf insgesamt 131 Betten. Alle Patientenzimmer lagen auf der Südseite, während sich die Speise- und Aufenthaltsräume auf der Nordseite befanden. Die Essenversorgung der Stationen erfolgte über zwei Essenaufzüge von der im Kellergeschoss befindlichen Küche. Die Stationen besaßen eigene Räume zur Geschirraufbewahrung und -reinigung, so dass das Geschirr immer auf den jeweiligen Stationen verblieb. Die Entsorgung der Schmutzwäsche erfolgte über einen Wäscheabwurfschacht zur ebenfalls im Kellergeschoss befindlichen Wäscherei.

Die Behandlungs- und Funktionsräume (Röntgen, Höhensonne, Bäder, Inhalatorium) waren im Kellergeschoss angeordnet und durch einen bis zum Dachgeschoss laufenden Aufzug für die Patienten gut erreichbar. Dieser war so groß dimensioniert, dass auch Patienten mit Bett transportiert werden konnten. Die Räume im Kellergeschoss wiesen mit einer Raumhöhe von 2,80 m eine gute Belichtung auf. Die Röntgenräume benötigten zur Unterbringung der Technik eine Raumhöhe von 3,20 m, was durch eine Vertiefung des Fußbodens und Anlage von Rampen realisiert werden sollte.

Entgegen der ursprünglichen Planung wurde der Haupteingang im geplanten Mittelbau, der den alten mit dem neuen Gebäudeflügel verbinden sollte, vorgesehen. Er führte in die Eingangshalle, von der die vier Stationen abgingen und durch Mattglastüren abgeschlossen waren. Damit war also jede Station über das Treppenhaus separat erreichbar und abschließbar. Bei Abschluss einzelner Stationen konnte man somit auf die anderen Stationen weiterhin ohne Einschränkungen gelangen.

Um die Patienten- und Arbeitsräume ausreichend groß gestalten zu können, musste der Erweiterungsbau etwas vergrößert werden. Auch musste das gesamte Dachgeschoss ausgebaut werden, um genug Wohnräume für das Personal zu erhalten, es waren schließlich ein Assistenzarzt, sieben Schwestern, eine Sekretärin, eine Mamsell, eine Oberwäscherin, zwei Kochlehrlinge, elf Stations- und Wirtschaftsmädchen sowie zwei Wärter unterzubringen. Außerdem waren im Dachgeschoss noch ein Speise- und Aufenthaltsraum sowie eine Wärmeküche für die Schwestern und jeweils ein Bad für den Assistenzarzt und die Schwestern vorgesehen. Nach Möglichkeit sollten die einzelnen Angestelltengruppen zusammen wohnen. Die Wohnräume im Dachgeschoss waren getrennt von den Stationszugängen erreichbar.

Die Wirtschaftsräume wurden im Bereich der vorhandenen Küche im bestehenden Gebäudeteil vorgesehen, wobei die Küche aufgrund der gestiegenen Patientenzahl erweitert

werden sollte. Durch die bereits vorhandene Außentreppe an der Nordseite könnten sie ohne Patientenkontakt betreten werden. Neben den Küchen-, Abwasch- und Vorratsräumen waren ein Personal-Speiseraum, ein Personalbad und zwei Personaltoiletten im Kellergeschoss geplant. Der Essentransport von der Küche zu den Stationen erfolgte, wie bereits erwähnt, über zwei Speisenaufzüge, jeweils einer im vorhandenen und einer im geplanten Gebäudeteil. Die vorhandene Heizungs- und Warmwasseraufbereitungsanlage war für den neuen Gebäudekomplex unterdimensioniert und wurde einschl. Dampferzeugungsanlage und Kohlenkeller in den Kelleräumen an der Nordseite des Erweiterungsbaus installiert. Dort wurde auch eine neue Desinfektionsanlage, wie sie bereits im Tuberkulose-Krankenhaus Hohenkrug bei Stettin in Betrieb war, aufgestellt. Wäscherei und Wasserversorgung genügten den neuen Anforderungen. Für die Elektroversorgung wurde eine neue, außerhalb der Gebäude befindliche Transformatorenanlage erforderlich. Die vorhandene Kläranlage musste nur geringfügig angepasst werden.

Aufgrund der gegenüber dem Vorentwurf vergrößerten Bettenanzahl und der etwas großzügigeren Gestaltung der Patienten- und Arbeitsräume erhöhten sich die ermittelten Baukosten von 250.000 RM auf 312.000 RM. Inwieweit sich die Kosten für die Inventarbeschaffung von ursprünglich 26.345 RM erhöhten, ist aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht ersichtlich. Es darf jedoch vermutet werden, dass sich diese einem geringeren Umfang erhöhten.²⁸³

Giercke drängte weiter auf eine zügige Inangriffnahme des Bauvorhabens. In seinem Schreiben an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 20. Juni 1927 forderte er eine Beschleunigung des Bauvorhabens, um baldmöglichst die erforderlichen Verträge mit den Versicherungsanstalten und Wohlfahrtsämtern abschließen zu können. Als erreichbaren Termin zur Fertigstellung sah er den 1. Juli 1928.²⁸⁴ Das Güstrower Hochbauamt sah dagegen die früheste Fertigstellung zum 1. Oktober 1928.²⁸⁵ Wann der Baubeginn tatsächlich erfolgte, ist aus den vorhandenen Archivunterlagen nicht ersichtlich, aber Giercke lud zur feierlichen Besichtigung und Einweihung des Erweiterungsbaus am Sonntag, dem 17. Februar 1929 ein. Inbetriebnahme und Belegung waren für den 18. Februar 1929 geplant. Mit der Erweiterung des Genesungsheimes Waldeck gelang Giercke die Weiterentwicklung Waldecks von der Heilstätte zur modernen Lungenklinik. Eine Ansichtszeichnung des gesamten

²⁸³ Ebenda, S. 13-14.

²⁸⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben Gierckes an das MMA vom 20.06.1927.

²⁸⁵ LHA-SN, 5.12-7/2, Nr. 10702: Schreiben des Hochbauamtes Güstrow an das FM vom 30.06.1927.

Gebäudekomplexes ist am Ende des Abschnitts als Anlage beigelegt.

Aber Giercke plante nicht nur die bauliche Erweiterung Waldecks. Nachdem die LVA Mecklenburg in mehreren Schreiben ihre Bedenken über den bestehenden Patiententransport vom Bahnhof zum Genesungsheim in offenen Pferdewagen geäußert hatte, bat er das Ministerium für Medizinalangelegenheiten unter Angabe dieser Gründe um die Anschaffung eines PKW, und zwar um eine viersitzige Limousine der Marke Adler Standard 6 mit 6-Zylinder-Motor und einer Leistung von 45 PS. Die Adler-Limousinen gehörten zu dieser Zeit zur oberen automobilen Mittelklasse, vergleichbar mit den heutigen Mercedes E-Klasse, BMW 5er oder Audi A6. Entsprechend hoch war auch der Kaufpreis des Fahrzeuges mit 7.500 RM (für 5.000-6.000 RM konnte man zu dieser Zeit bereits ein kleines Einfamilienhaus erwerben²⁸⁶). Giercke bat das Ministerium außerdem um die Übernahme der Kosten der Fahrausbildung in Höhe von 300 RM. Die Garage sollte im vorhandenen Gebäude der Kläranlage eingerichtet werden. Den Wert der vom Genesungsheim erbrachten Garagenunterbringung bezifferte Giercke mit 1.200 RM.²⁸⁷ Für den alleinigen Patiententransport hätte auch ein in den Anschaffungs- und Betriebskosten wesentlich günstigeres Modell genügt, aber Giercke wollte natürlich das Fahrzeug nach dem vom Ministerium offensichtlich genehmigten Kauf auch selbst nutzen. Dazu benötigte er selbstverständlich ein Fahrzeug mit einem gewissen Prestige und Status, das seine Stellung als Chefarzt auch adäquat widerspiegelte. In seinem Schreiben vom Juni 1928 an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten bat er dann auch um die private Nutzung des klinikeigenen PKW „[...] gegen Erstattung der entstehenden Unkosten, [...] da es für den Unterzeichnenden mit der Eisenbahn nicht möglich ist, sich irgendwelche Anregungen gesellschaftlicher und künstlerischer Art zu verschaffen.“²⁸⁸ Da es sich dabei um einen monetär zu beurteilenden Sachverhalt handelte, gab das Ministerium für Medizinalangelegenheiten die Anfrage Gierckes an das Finanzministerium weiter. Dieses lehnte jedoch die Anfrage mit der knappen Begründung ab, anderen Anfragenden sei in solchen Fällen auch keine Zustimmung erteilt worden, außerdem handele es sich bei dem Fahrzeug um einen Dienstgegenstand, der nicht für eine private Nutzung gedacht sei.²⁸⁹

Auch privat plante Giercke ein größeres Bauvorhaben. Er beabsichtigte, neben der Klinik ein seinen Ansprüchen als Chefarzt gerechtwerdendes Wohnhaus auf dem dem Land Mecklenburg gehörenden Klinikgelände zu errichten. In den Vertragsunterlagen zum späteren

²⁸⁶ Rössler, Rudolf et al.: Schätzung und Ermittlung von Grundstückswerten. Neuwied 1990.

²⁸⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 14.03.1928.

²⁸⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben Gierckes an das MMA vom 18.06.1928.

²⁸⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10701: Schreiben des FM an Giercke vom 23.08.1928.

Verkauf des Genesungsheimes an die LVA Mecklenburg geht hervor, dass dazu am 17. und 18. Dezember 1925 vertragliche Regelungen zwischen Giercke und dem Land getroffen wurden.²⁹⁰ In dem zur Verfügung stehenden Archivmaterial finden sich leider keine entsprechenden Unterlagen, in denen die betreffenden Verhandlungen und Vereinbarungen zwischen Giercke und dem Land aufgeführt sind. In den o.g. Unterlagen zu den Verkaufsverhandlungen ist u.a. jedoch eine Schätzung der Gebäudewerte der auf dem Klinikgelände befindlichen Gebäude enthalten, in der das Wohnhaus Gierckes mit einem Schätzwert von 32.000 RM aufgeführt ist.²⁹¹ Da, wie bereits oben erwähnt, ein kleines Einfamilienhaus bereits für 5.000-6.000 RM erworben werden konnte, ist gut vorstellbar, um was für ein entsprechend großzügiges villenartiges Wohnhaus es sich dabei gehandelt hat. Die tatsächlich von Giercke bezahlte Bausumme dürfte sicherlich über dem Schätzwert von 32.000 RM gelegen und auch für einen Chefarzt eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung dargestellt haben. Aus einem Schreiben des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten an das Finanzministerium vom 3. Oktober 1928, in dem die Einladung der LVA Mecklenburg durch das Finanzministerium zu Verkaufsverhandlungen über die Klinik Waldeck thematisiert ist, wird u.a. um die Auszahlung eines Darlehens an Giercke für dessen Hausbau gebeten. Giercke hatte also das Land und nicht eine Bank, eine Bausparkasse oder sonstige Finanzdienstleister um einen entsprechenden Kredit gebeten. Zur Absicherung des Kredites konnte Giercke offensichtlich keine ausreichenden eigenen Sicherheiten erbringen. In einem Schreiben des Rechtsanwaltes und Notars Dr. Erich Paschke an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 5. Oktober 1929 teilt dieser mit, dass zur Absicherung Gierckes Kredites die Eintragung einer Hypothek auf die Adresse seines Vaters Max Giercke in Berlin-Steglitz, Filandastraße 31 erfolgt sei.²⁹² Ob es sich dabei um eine Eigentumswohnung oder ein Ein- oder Mehrfamilienwohnhaus handelt, geht aus dem Schreiben nicht hervor. Die Filandastraße lag in einer Villenkolonie, die aber durch Bombardierungen im Zweiten Weltkrieg fast völlig zerstört wurde. Bei dem jetzt an dieser Adresse befindlichen Gebäude handelt es sich um ein Mehrfamilienwohnhaus aus den sechziger bzw. siebziger Jahren.

In einem Schreiben Gierckes an das Ministerium für Medizinalangelegenheiten vom 28. Oktober 1928, in dem er das Ministerium auf einige, aus seiner Sicht zu berücksichtigende Umstände bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Kaufvertrages mit der LVA hinweist, erwähnt Giercke, dass er bereit ist, dem Käufer sein Haus gemäß den Vertragsbedingungen

²⁹⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Vertrag zum Verkauf des Genesungsheimes Waldeck an die LVA Mecklenburg vom 01.10.1929, S. 1.

²⁹¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Schreiben des FM an die LVA Mecklenburg vom 12.10.1928.

²⁹² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Schreiben des Rechtsanwaltes und Notars Dr. Paschke an das MMA vom 05.10.1929.

17. und 18. Dezember 1925 zu verkaufen.²⁹³ Der Bau des Giercke'schen Wohnhauses dürfte also zwischen Anfang 1927 und Mitte 1928 erfolgt sein. Aufgrund einer in den Archivunterlagen vorliegenden Ansichtszeichnung aus dem Ende der dreißiger Jahre gab es offensichtlich Überlegungen, das Chefarzt-Wohnhaus zu erweitern. Ob und in welchem Umfang eine Erweiterung bzw. ein Umbau tatsächlich erfolgte, kann nicht gesagt werden, da keine Unterlagen zum ursprünglichen Bauzustand mehr vorhanden sind. Bei eingehender Betrachtung des Gebäudes in seiner jetzigen Form kann aber einerseits festgestellt werden, dass diese Form nicht mit der der Ansichtszeichnung übereinstimmt. Andererseits kann mit großer Sicherheit davon ausgegangen werden, dass das Gebäude nach 1945 zumindest äußerlich baulich nicht mehr verändert wurde, wie im Vergleich mit als Anlage dieses Abschnittes aufgeführten Fotografien des Gebäudes aus dem Jahr 2011 feststellbar ist. Es wurde also entweder baulich anders ausgeführt als in der Ansichtszeichnung aufgeführt, oder es befindet sich zumindest äußerlich noch im Originalzustand, abgesehen von möglicherweise durchgeführten Reparatur- und Sanierungsarbeiten wie z.B. der Erneuerung des Außenputzes, der Dacheindeckung oder der Fenster und Türen aufgrund der bereits langen Nutzungsdauer. Die Ansichtszeichnung sowie Fotografien des Gebäudes aus dem Jahr 2011 sind in der Anlage am Abschnittsende ebenfalls aufgeführt.

Weiterhin wurde auf dem Klinikgelände noch ein Haus errichtet, in dem neben einer Wohnung für den Oberarzt der Klinik noch eine weitere Wohnung für einen Klinikmitarbeiter bestand. Auch zu diesem Gebäude existieren bis auf eine Ansichtszeichnung für eine geplante Erweiterung keine weiteren Angaben und Unterlagen. Lediglich in einem Schreiben des Architekten Max Guther an den damaligen Chefarzt Dr. Hornig bezüglich eines zusätzlichen Erweiterungsbaues wird dieses Gebäude als bereits vorhandenes Haus für den Oberarzt bezeichnet.²⁹⁴ Auch bei diesem Gebäude kann also angenommen werden, dass es zwischen Ende der zwanziger und Anfang der dreißiger Jahre erbaut und Ende der dreißiger Jahre erweitert werden sollte. Bei der Betrachtung des jetzigen Zustandes zeigt sich jedoch, dass bis auf einen kleinen, wahrscheinlich zu DDR-Zeiten errichteten Anbau neben dem Nebeneingang und der nachträglichen Vermauerung einiger Fensteröffnungen keine Erweiterung vorgenommen wurde. Auch zu diesem Gebäude sind Kopien der Ansichtszeichnung und einer Fotografie am Abschnittsende aufgeführt.

²⁹³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Schreiben Gierckes an das MMA vom 28.10.1928.

²⁹⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150: Schreiben des Architekten Guther an Dr. Hornig vom 09.02.1940.

Im Frühjahr 1928 informierte das Schweriner Finanzministerium das Ministerium für Medizinalangelegenheiten über ein Interesse der LVA Mecklenburg am Kauf des Genesungsheimes Amsee einschl. der Kinderheilstätte Buchen. Sobald die LVA nach dem Kauf von Amsee wieder über ausreichende Liquidität verfüge, wolle sie auch das Genesungsheim Waldeck erwerben.²⁹⁵ Die Beweggründe der LVA, die beiden Genesungsheime zu kaufen, sind aus den zur Verfügung stehenden Archivunterlagen nicht ersichtlich. Auch Anfragen an die Dienstsitze Lübeck und Neubrandenburg der Deutschen Rentenversicherung Nord als Rechtsnachfolger der LVA Mecklenburg erbrachten keine Erkenntnisse, da sämtlicher Schriftverkehr zu Erwerb und Betrieb beider Genesungsheime wohl nach dem Zweiten Weltkrieg nach Lübeck gelangt und nach 1990 nach Neubrandenburg verbracht worden sein soll, dort seien aber trotz mehrfacher Nachfrage keine Unterlagen mehr vorhanden.

Aufgrund des Kaufinteresses der LVA erfolgte, wie bereits erwähnt, im Herbst 1928 eine Einladung des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten an die LVA zu den dazu erforderlichen Verkaufsverhandlungen, an denen auch das Finanzministerium teilnahm.

Die im Auftrag des Finanzministeriums durchgeführte Schätzung der Gebäudewerte des Genesungsheimes Waldeck ergab folgende Summen:

a) Altes Gebäude incl. Brandversicherung	323.000 RM
Umbaukosten	63.000 RM
b) Maschinenhaus und Maschinen	18.000 RM
c) Oxidationsgebäude u. Garagenneubau	1.500 RM
d) Erweiterungsbau	<u>382.000 RM</u>
Gesamt-Gebäudewert	<u>787.500 RM</u>
	<u>≈ 800.000 RM</u>

Die Schätzung des Gesamtwertes des Genesungsheimes Waldeck ergab folgende Summen:

a) Wert der Anstaltsgebäude und Maschinen	800.000 RM
b) Einrichtungen und Betriebskapital	100.000 RM
c) Gebäudewert des Arztwohnhauses	32.000 RM
Gesamt-Wert des Genesungsheimes	<u>932.000 RM</u>

²⁹⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Schreiben des FM an das MMA vom 24.03.1928.

Das Ministerium für Medizinalangelegenheiten knüpfte den Verkauf der Genesungsheime u.a. an die Bedingung, dass die Beamten und Angestellten der Heime von der LVA übernommen werden. Eine der wichtigsten Forderungen des Ministeriums war aber, dass neben den Patienten der LVA auch weiterhin Patienten ohne Invalidenversicherung aufgenommen werden.²⁹⁶ Denn das zentrale Motiv für die Schaffung der Lungenheilstätte Waldeck 1911 lag ja gerade darin, v.a. sogenannten minder- bzw. unbemittelten Tuberkulosekranken, die nicht von der Invalidenversicherung erfasst wurden, eine Heilbehandlung angedeihen zu lassen.

Die LVA war bereit, beide Genesungsheime für 958.000 RM zu kaufen, Waldeck für 700.000 RM und Amsee mit Buchen für 258.000 RM. In diesen Summen sollte sämtlicher Grund und Boden beider Genesungsheime, alle Nebengebäude einschl. der Wohnhäuser der Ärzte sowie das gesamte Inventar aller Gebäude enthalten sein. Auch sollte der Neubau in Waldeck bis zur Übernahme komplett fertiggestellt und mit dem vorgesehenen Inventar ausgestattet sein.²⁹⁷ Nach Prüfung der Angebote stimmte das Finanzministerium den von der LVA gebotenen Kaufpreisen und gestellten Forderungen zu.²⁹⁸

Auch das Ministerium für Medizinalangelegenheiten stimmte in einem Schreiben an das Finanzministerium den Bedingungen zu und schlug außerdem vor, trotz der bisherigen Ablehnung des Finanzministeriums Giercke vor dem Verkauf noch zu verbeamen.²⁹⁹ Auch gegenüber dem Staatsministerium, Abt. für Sozialpolitik machte das Ministerium für Medizinalangelegenheiten diesen Vorschlag mit der Begründung, dass Giercke als Staatsangestellter der Gruppe XII „[...] 1924 unter schwierigsten Bedingungen die Anstalt wieder in Betrieb gesetzt und bisher mit bestem Erfolg auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit geleitet sowie den Ausbau mit großer Umsicht vorbereitet hat.“ Außerdem wäre er sonst auch schlechter gestellt als der Leiter der viel kleineren Anstalt Amsee, der verbeamtet sei. Dem Staat entstünden dadurch auch keine Mehrkosten, da Gierckes Gehalt nach dem absehbaren Kauf der Anstalt durch die LVA dann von dieser bezahlt werde.³⁰⁰ Das Finanzministerium stimmte schließlich der Verbeamtung Gierckes zu.³⁰¹

Nachdem das Finanzministerium und das Ministerium für Medizinalangelegenheiten dem Verkauf zugestimmt hatten, entschied sich auch das Mecklenburg-Schwerinsche

²⁹⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Schreiben des MMA an das FM vom 03.10.1928.

²⁹⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 22.12.1928.

²⁹⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des FM an das MMA vom 26.01.1929.

²⁹⁹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des MMA an das FM vom 04.04.1929.

³⁰⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des MMA an das Staatsministerium, Abt. f. Sozialpolitik vom 05.05.1929.

³⁰¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des FM an das MMA vom 22.04.1929.

Staatsministerium für den Verkauf der Genesungsheime Waldeck und Amsee einschl. Buchen und beantragte daraufhin, den Verkauf der Genesungsheime schnellstmöglich auf die Tagesordnung des Landtages zu setzen, um darüber kurzfristig abstimmen zu können. Offenbar gab es in der Zwischenzeit weitere Verkaufsverhandlungen, denn die LVA bot inzwischen einen Kaufpreis in Höhe von 1.058.000 RM an. Obwohl die Hochbauabteilung des Schweriner Finanzministeriums einen Gesamtwert für beide Genesungsheime von 1.172.000 RM ermittelt hatte, sollte das Angebot der LVA trotzdem angenommen werden, da man davon ausging, dass man trotz der Differenz von 142.000 RM auf absehbare Zeit wohl kein besseres Angebot erhalten werde.³⁰² Es liegt auf der Hand, dass der Kaufinteressentenkreis für diese Genesungsheime sehr eingeschränkt war, die Überlegungen des Staatsministeriums sind deshalb völlig nachvollziehbar. Das sah auch der Landtag so und erteilte in seiner Sitzung vom 14. Mai 1929 seine Zustimmung zum Verkauf der Genesungsheime. Diese Entscheidung sollte sich für den Freistaat Mecklenburg-Schwerin noch als sehr richtig zeigen, denn bereits Ende Mai des Jahres informierte das zuständige Hauptversorgungsamt in Hannover die Leitung des Genesungsheimes Waldeck darüber, dass die Anträge auf Heilstättenbehandlung immer weiter zurückgehen, auch in Gebieten anderer Hauptversorgungsämter. Es gebe deshalb keinen Bedarf mehr, das Genesungsheim weiter mit Versorgungsberechtigten zu belegen. Die noch in Waldeck befindlichen Patienten könnten ihre Heilbehandlung aber selbstverständlich noch beenden. Abschließend wurde für die bisherige Platzbereitstellung gedankt.³⁰³

Am 1. Oktober erfolgte beim Schweriner Notar Dr. Wilhelm Neese die Unterzeichnung des Kaufvertrages für die Genesungsheime Waldeck, Amsee und Buchen durch Herrn Ministerialrat Otto Dehns als Vertreter des Mecklenburg-Schwerinschen Staatsministeriums und den Präsidenten der Landesversicherungsanstalt Mecklenburg, Otto Poll. Eine der Hauptforderungen des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten, dass, wie bereits oben erwähnt, auch un- und minderbemittelte Tuberkulosekranke, die nicht invalidenversicherungspflichtig waren, weiterhin in Waldeck behandelt werden sollten, fand im Kaufvertrag Berücksichtigung. Die LVA verpflichtete sich dazu in Punkt 8 des Vertrages, „[...] ein Zehntel der Heimplätze mit Angehörigen der nicht angestellten- oder invalidenversicherungspflichtigen Bevölkerung zu belegen, soweit entsprechende Anmeldungen vorliegen. Beim Fehlen solcher Anmeldungen können die Plätze

³⁰² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Antrag des Mecklenburg-Schwerinschen Staatsministerium, Abt. f. Sozialpolitik an den 5. Ordentlichen Landtag von Mecklenburg-Schwerin 1927/29, Drucksache Nr. 208, vom 20.04.1929.

³⁰³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des Hauptversorgungsamtes Hannover an das Genesungsheim Waldeck vom 31.05.1929.

anderweitig belegt werden, doch haben alsdann Neuansmeldungen den Vorzug vor den angemeldeten Versicherungspflichtigen, bis das Zehntel wieder aufgefüllt ist. Die nicht versicherte Bevölkerung darf nicht schlechter gestellt werden, als durchschnittlich in anderen staatlichen oder kommunalen Genesungsheimen.“³⁰⁴

Auch das Weiterbestehen der Abteilung für die von der Chirurgischen Universitätsklinik betreuten Patienten mit 30 Betten wurde vertraglich gesichert. Weiterhin erhielt das Land ein durch Eintragung einer Vormerkung ins Grundbuch zu sicherndes Vorkaufsrecht.

Die zwischen Giercke und dem Land getroffenen Vereinbarungen hinsichtlich des Verkaufs seines Wohnhauses auf klinikeigenem Gelände änderten sich nur dahingehend, dass die LVA das Land als Vertragspartner gegenüber Giercke ersetzte.

Großzügigerweise verzichtete das Land am Ende des Vertrages zugunsten der LVA auf die dabei anfallende Grunderwerbssteuer.³⁰⁵

Nach Abschluss des Kaufvertrages informierte das Ministerium für Medizinalangelegenheiten die Leitung des Genesungsheimes Waldeck darüber, dass das Genesungsheim am 21. Oktober 1929 in Eigentum der LVA Mecklenburg übergeht. Bis dahin seien alle Rechnungsbücher abzuschließen und vorhandene Barbestände an die Hauptstaatskasse zu überweisen.³⁰⁶

Am 3. Februar 1930 erschienen die Herren Ministerialrat Otto Dehns als Vertreter des Mecklenburg-Schwerinschen Staatsministeriums und der Präsident der Landesversicherungsanstalt Mecklenburg, Otto Poll, erneut bei Notar Dr. Wilhelm Neese und schlossen einen Vertrag zur Grundbuchumschreibung der im Grundbuch von Niendorf, Blatt 29, Abt. 1 eingetragenen Büdnerlei Nr. 6 (Genesungsheim Waldeck) auf die Landesversicherungsanstalt Mecklenburg. Am 24. Juli 1930 teilte das Amtsgericht in Schwaan dem Ministerium für Medizinalangelegenheiten mit, dass die Grundbucheintragung der LVA als neuer Eigentümer des Genesungsheims Waldeck erfolgt sei.³⁰⁷ Der Eigentumswechsel war damit vollständig vollzogen. Seitdem lautete die offizielle Bezeichnung „Heilstätte Waldeck, Tuberkulose-Krankenhaus der Landesversicherungsanstalt Mecklenburg“. Die Bezeichnung „Genesungsheim“ wurde jedoch auch weiterhin parallel in verschiedenen Korrespondenzen verwendet.

Der neue Eigentümer steuerte jedoch, wie es die Ankündigung des Hauptversorgungsamtes in Hannover bereits erahnen ließ, finanziell schwierigen Zeiten entgegen.

³⁰⁴ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Kaufvertrag zwischen dem Freistaat Mecklenburg-Schwerin und der LVA Mecklenburg zum Verkauf der staatlichen Genesungsheime Amsee und Buchen bei Waren sowie Waldeck bei Schwaan vom 01.10.1929.

³⁰⁵ Ebenda.

³⁰⁶ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des MMA an das Genesungsheim Waldeck vom 15.10.1929.

³⁰⁷ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben des Amtsgerichtes Schwaan an das MMA vom 24.07.1930.

Durch die kommende Machtergreifung der Nationalsozialisten, den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit mit den damit verbundenen Umwälzungen sollten sich für das Haus auch langfristig schwierige Rahmenbedingungen ergeben.

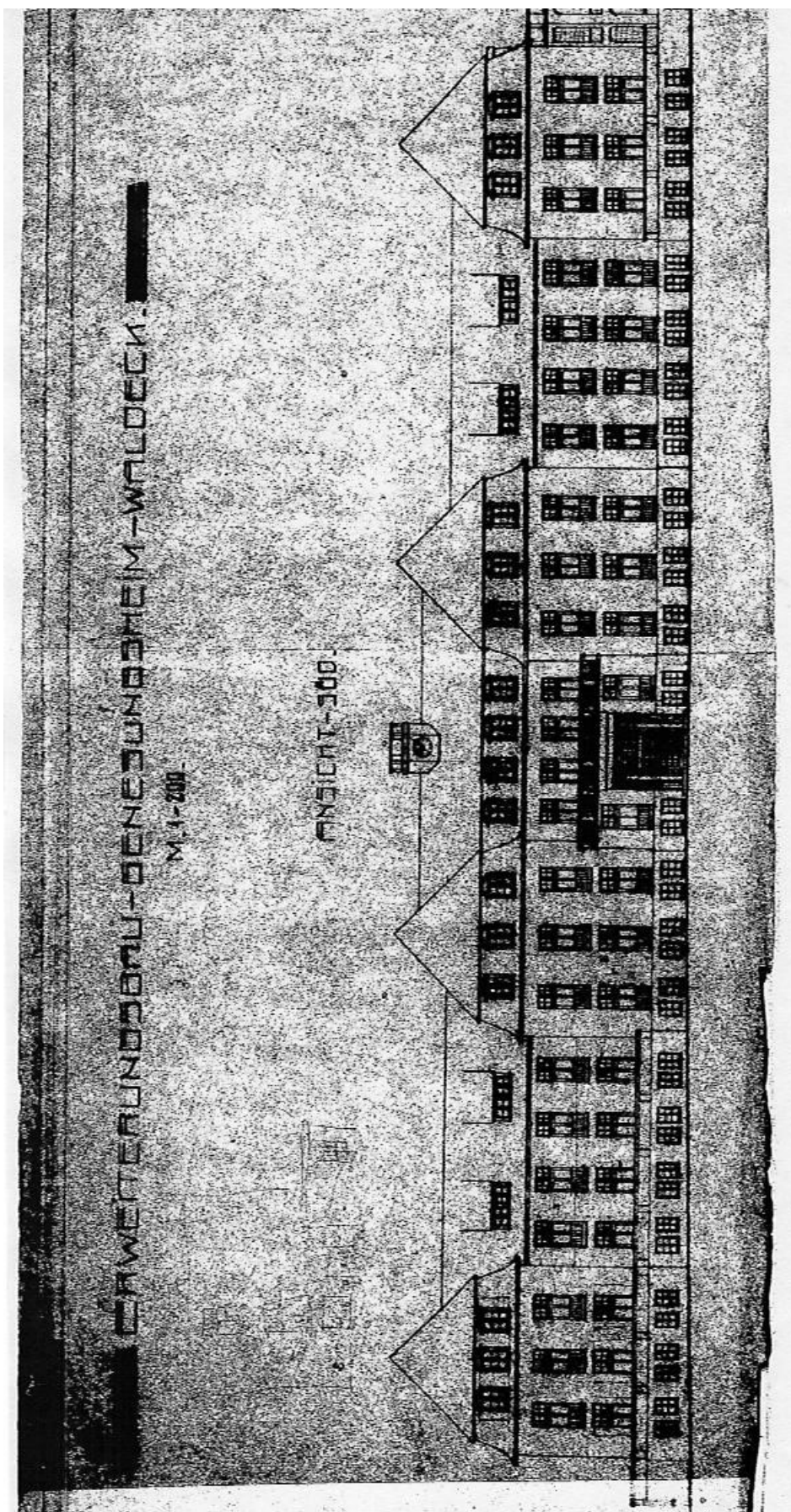


Abb. 3: Genesungsheim Waldeck nach Erweiterung 1929 – Teil der Südansicht mit Haupteingang³⁰⁸

³⁰⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.

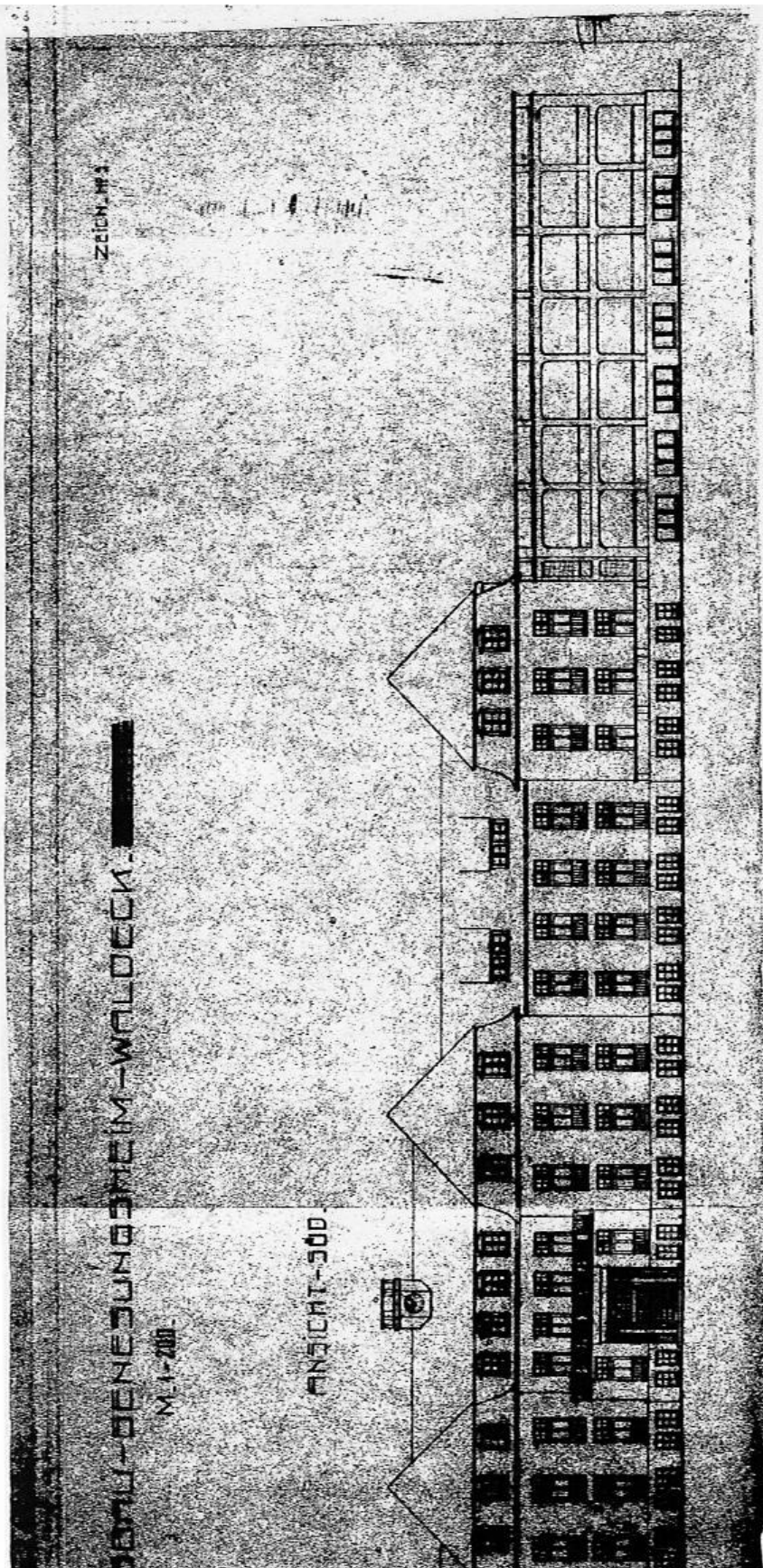


Abb. 4: Genesungsheim Waldeck nach Erweiterung 1929 – Teil der Südansicht des Erweiterungsbaus mit Liegehallenanbau³⁰⁹

³⁰⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.



Abb. 5: Hauptgebäude, Liegehalle – Vorderansicht (Südseite) um 1930³¹⁰



Abb. 6: Hauptgebäude, Eingangshalle des Haupteingangs mit Treppenhaus um 1930³¹¹

³¹⁰ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.

³¹¹ Ebenda



Abb. 7: Hauptgebäude, Kellergeschoss – Küchentrakt um 1930³¹²



Abb. 8: Hauptgebäude – Speiseraum um 1930.³¹³

³¹² Ebenda

³¹³ Ebenda



Abb. 9: Hauptgebäude – Patientenzimmer um 1930³¹⁴



Abb. 10: Hauptgebäude – Patientenzimmer der Privatstation um 1930³¹⁵

³¹⁴ Ebenda

³¹⁵ Ebenda

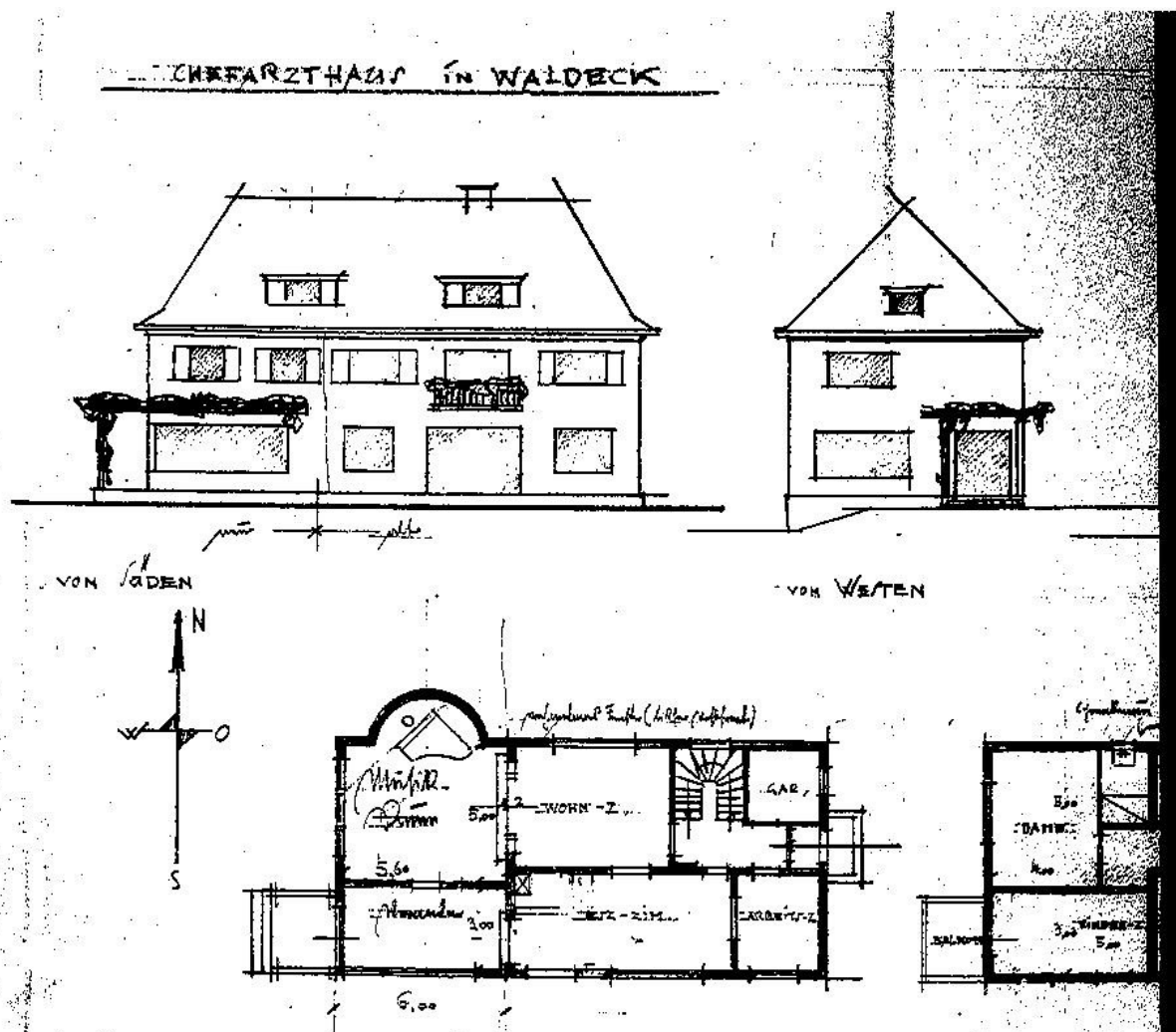


Abb. 11: Chefarzt-Wohnhaus, Erweiterungsplanung 1938 –Ansichten und Grundrisse³¹⁶

³¹⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.



Abb. 12: Ehemaliges Chefarzt-Wohnhaus – Nordansicht, Stand 2011



Abb. 13: Ehemaliges Chefarzt-Wohnhaus – Nordostansicht, Stand 2011



Abb. 14: Oberarzt-Wohnhaus, Erweiterungsplanung 1938 – Ansichten³¹⁷

³¹⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.



Abb. 15: Ehemaliges Oberarzt-Wohnhaus – Südostansicht, Stand 2011

2.6 Waldeck in der Zeit des Nationalsozialismus

Aufgrund des bereits durch das Hauptversorgungsamt in Hannover angekündigten Bedarfsrückgangs an Heilstättenplätzen gelangte die LVA Mecklenburg nach dem Kauf der Genesungsheime Waldeck und Amsee in eine zunehmend schwierigere Finanzlage. Verstärkt wurde diese Lage durch die Ende 1929 mit dem New Yorker Börsencrash ausgelöste Weltwirtschaftskrise, die auch das Deutsche Reich v.a. in der ersten Hälfte der dreißiger Jahre belastete. Durch die dadurch z.T. katastrophale wirtschaftliche Lage im Reich fielen v.a. die Wohlfahrtsämter als Hauptkostenträger für Heilverfahren aus.³¹⁸

Um ihrer gesetzlichen Pflicht zur Zahlung der Renten dennoch nachkommen zu können, sah sich die LVA deshalb gezwungen, ihre freiwilligen Leistungen einzuschränken. Das betraf neben der Geschlechtskrankenfürsorge die Heilverfahren für Tuberkulosekranke. Aufgrund dessen stellte die LVA Überlegungen an, zur Kostenreduktion ein Genesungsheim vorübergehend zu schließen. Da auch der Staat über keine Mittel verfügte, den steigenden Finanzbedarf der sanierungsbedürftigen Invalidensicherung zu decken, konnte man deshalb auch nicht mit finanzieller Hilfe des Staates rechnen. Um eine fachlich fundierte Entscheidung treffen zu können, welches der Genesungsheime am ehesten geschlossen werden könnte, wurde der Chefarzt des Tuberkulose-Krankenhauses Hohenkrug bei Stettin, Dr. Bräuning, um ein entsprechendes Gutachten gebeten³¹⁹, welches er nach Besichtigung der Genesungsheime und Rücksprache mit den jeweiligen Chefärzten im Juli 1933 erstellte.³²⁰ Dabei sprach für Waldeck, dass es eine moderne, aber nicht luxuriöse Heilanstalt mit Volksheilstättencharakter für maximal ca. 150 Patienten darstellte mit Nähe zur Universitätsklinik Rostock. Das Genesungsheim Amsee bestand dem Gutachten zufolge aus einem alten und einem neuen Gebäude, die angeschlossene Kinderheilstätte aus insgesamt vier Gebäuden, die aber nicht autark waren, sondern von den Wirtschaftseinrichtungen Amsees mitversorgt werden mussten. Das neue Gebäude in Amsee war medizintechnisch noch besser ausgestattet als Waldeck. Insgesamt konnten in Amsee und der angeschlossenen Kinderheilstätte mehr als 200 Patienten maximal betreut werden. Durch die besondere Struktur wäre es in Amsee und Buchen dadurch leicht möglich, sich in Phasen unterschiedlichen Bettenbedarfes relativ einfach anzupassen, indem man z.B. in Zeiten geringen Bettenbedarfes einzelne Gebäude einfach geschlossen und sie bei steigendem Bedarf wieder geöffnet hätte. Sollte sich langfristig ein geringer Bedarf abzeichnen, könnte man sogar ungenutzte Gebäude anderweitig nutzen, z.B. vermieten, ohne dass der Klinikbetrieb

³¹⁸ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10692: Rundschreiben der LVA Mecklenburg an die Verwaltungen der Krankenanstalten vom 17.07.1933, S. 1.

³¹⁹ Ebenda, S.2.

³²⁰ Ebenda, Anlage 2, S. 2-3.

eingeschränkt werden müsste. In Waldeck dagegen müsste trotzdem das gesamte Klinikgebäude weiter bewirtschaftet werden, wodurch in Zeiten geringen Bettenbedarfes kaum eine Einsparung von Betriebskosten zu erzielen wäre.

Ein weiterer Vorteil von Amsee und Buchen lag darin, dass sie aufgrund ihrer einzeln stehenden Gebäude „[...] mehr den Eindruck eines Mittelstandssanatoriums machen, als wie Waldeck den Eindruck einer Volksheilstätte.“³²¹ Die Reichsversicherungsanstalt lege seit einigen Jahren schließlich großen Wert darauf, dass die Anstalten, in denen ihre Patienten untergebracht sind, einen möglichst gehobenen Eindruck machten, eben den eines Mittelstandssanatoriums. Aufgrund der genannten Gründe sprach sich Dr. Bräuning für die Schließung des Genesungsheimes Waldeck aus. Daraufhin entschied der Finanzvorstand der LVA, den Vorsitzenden der LVA entscheiden zu lassen, ob Waldeck geschlossen werden soll. Da die LVA davon ausging, das Genesungsheim Waldeck auf absehbare Zeit weiter betreiben zu können, wollte sie für die Schließung Waldecks einerseits die Genehmigung des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten einholen. Außerdem wollte sie das Ministerium um Mitteilung bitten, ob es in diesem Fall von dem im 1929 zwischen dem Land und der LVA unterzeichneten Kaufvertrag vereinbartem Vorkaufsrecht, das eine Rückübertragung an das Land ermöglicht, Gebrauch zu machen gedenkt. Weiterhin war geplant, sich mit dem Innenministerium in Verbindung zu setzen, um die weitere Verwendung des dann entbehrlich gewordenen verbeamteten Ärztlichen Leiters des Genesungsheimes zu klären.³²² Nachdem das Ministerium für Medizinalangelegenheiten gegen die Schließungspläne heftig protestierte, informierte der Vorstand der LVA das Ministerium bereits einen Monat später darüber, dass nach Abschluss eingehender Berechnungen von der Schließung der Heilstätte einstweilen abgesehen werde.³²³

Somit schien auch Gierckes Anstellung als verbeamteter Chefarzt der Heilstätte Waldeck vorerst wieder sicher. Dieses änderte sich jedoch, als im Januar 1933 die Nationalsozialisten die Macht ergriffen. Die Verabschiedung der Nürnberger Rassegesetze 1935 und des Deutschen Beamtengesetzes von 1937 musste auch für Giercke Folgen gehabt haben.

Zum weiteren beruflichen Werdegang Gierckes nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten konnten bisher jedoch nur wenige Unterlagen aufgefunden werden, aus denen nur sehr bruchstückhafte Informationen gewonnen werden konnten. Einige Informationen konnten aus dem im Berliner Bundesarchiv vorhandenen Registerauszug Gierckes aus dem Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD)

³²¹ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 17.07.1933, Anlage 2, S. 2-3.

³²² LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 17.07.1933, Seite 2.

³²³ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702: Schreiben der LVA Mecklenburg an das MMA vom 16.08.1933.

sowie aus Gierckes Karteikarte der Reichsärztekammer (RÄK) gewonnen werden. Laut Auszug aus dem Reichsarztregister erwarb er erst 1928 die Anerkennung zum Facharzt für Lungenkrankheiten. Der Auszug ist mit einem Achtungsvermerk versehen, da Giercke aufgrund der jüdischen Herkunft seiner Mutter nach den Nürnberger Rassegesetzen als Mischling I. Grades galt.³²⁴ Da nach dem Deutschen Beamtengesetz von 1937 Mischlinge jeden Grades aus Beamtenverhältnissen zu entlassen waren, wird möglicherweise auch Giercke in diesem Zeitraum entlassen worden sein bzw. schon im Vorfeld versucht haben, einen Status bzw. ein Beschäftigungsverhältnis zu erreichen, der bzw. das ihm eine weitere ärztliche Berufsausübung ermöglichte. Im „Reichs-Medizinalkalender für Deutschland“, Teil II, von 1935 ist Giercke bereits nicht mehr als Chefarzt des Genesungsheimes Waldeck aufgeführt, sondern als Chefarzt des Genesungsheimes Amsee.³²⁵ Ob dieser Sachverhalt etwas mit seiner Einstufung als sog. Halbjude zu tun hat oder möglicherweise mit einer davon unabhängigen Personalentscheidung der LVA als oberster Dienstherr, kann mithilfe der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht geklärt werden. Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt erläutert, gibt es, seit Waldeck 1929 in Eigentum der LVA überging, bis auf vereinzelte, in den Archiven zugängliche Korrespondenzen keinerlei Unterlagen der LVA mehr dazu. So existieren auch keine Informationen über die wirtschaftliche Lage des Genesungsheimes bis zum Überwinden der Weltwirtschaftskrise oder eben zu Personalentscheidungen.

Es kann am ehesten vermutet werden, dass dieser Eintrag auf einer Personalentscheidung der LVA beruht, da der vorherige Chefarzt des Genesungsheimes Amsee, Dr. Keutzer in diesem Medizinalkalender als bereits im Ruhestand befindlich verzeichnet ist. Als Chefarzt des Genesungsheimes Waldeck ist Theodor Plieninger aufgeführt, auf den im nachfolgenden Text noch weiter eingegangen wird. Warum Giercke trotz der Errichtung seines Wohnhauses von Waldeck nach Amsee wechselte, ob er in Amsee aufgrund der dortigen Klinikstruktur langfristig eine sicherere Perspektive sah, oder ob er aufgrund von Plieningers Kommen gehen bzw. Plieninger aufgrund seines Gehens kommen musste, kann, wie bereits aus den o.g. Gründen nicht gesagt werden.

Im Reichs-Medizinalkalender von 1935 sind zwei in Waldeck tätige Assistenzärzte aufgeführt: Bernhard Schoch und Erwin Heim.³²⁶ In allen späteren, das Genesungsheim Waldeck betreffenden Unterlagen wird keiner der beiden Assistenzärzte nochmals erwähnt, so dass davon ausgegangen wird, dass sie nur einen kurzen Abschnitt um das Jahr 1935 ihrer

³²⁴ Bundesarchiv Berlin, Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands; ScanFile Retrieval v7.3; Giercke, H., 1893.

³²⁵ Börner, Paul: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1935.

³²⁶ Ebenda.

Assistenzarztzeit in Waldeck tätig waren. Aufgrund dessen kann auf sie in der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen werden.

In der Ausgabe des Medizinalkalenders von 1937 ist Giercke schon als in Berlin-Friedenau tätiger Lungenfacharzt verzeichnet.³²⁷

In der Reichsärztekammer wurde er ab dem 1. April 1936 als niedergelassener Allgemeinpraktiker geführt,³²⁸ laut Auszug aus dem Reichsarztregister wurde ihm 1928 die Anerkennung als niedergelassener Facharzt für Lungenheilkunde erteilt.³²⁹ Weiterhin geht aus dem Auszug hervor, dass Giercke von der Kassenpraxis ausgeschlossen wurde, als Grund ist Rauschgiftsucht vermerkt. Datumsangaben oder weitere Erläuterungen dazu fehlen jedoch, so dass nicht erkenntlich ist, ab wann dieser Ausschluss galt. Auf der Karteikarte der Reichsärztekammer wiederum findet sich ein Vermerk zur Beitragsstufe, wonach Giercke seit dem 15. April 1943 Patient der Wittenauer Heilstätten sei. Die sich in Berlin Reinickendorf, Ortsteil Wittenau befindlichen Wittenauer Heilstätten wurden 1880 als „Irren- und Idiotenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf“ gegründet. Die Anstalt diente zur Verwahrung von psychisch Kranken, ab etwa 1900 wurden auch zunehmend Suchtkrankheiten behandelt, zunächst v.a. Alkoholismus. Die Anstalt wurde in den 1920er Jahren in die „Wittenauer Heilstätten“ umbenannt. In der Zeit des Nationalsozialismus erfolgten im Rahmen der Aktion T4 von dort Transporte in die Tötungsanstalten Brandenburg und Bernburg, vereinzelte Tötungsaktionen wurden wahrscheinlich jedoch auch in der Heilstätte selbst durchgeführt. Möglicherweise wurde Giercke dort aufgrund einer möglichen Rauschgiftsucht behandelt. Da sämtliche Patienten- und Mitarbeiterunterlagen des Zeitraumes 1933-1945 in den Kriegswirren vernichtet wurden, konnte nicht überprüft werden, ob und bis wann Giercke dort tatsächlich behandelt wurde.³³⁰ Auch eine Anfrage des Autors an den dort tätigen Verein zur Aufarbeitung der Geschichte dieser Anstalt über die im Internet angegebenen Kontaktdaten erbrachte keine weiteren Ergebnisse.

In einer Verhandlungsniederschrift vom 27. März 1950, in der es u.a. um eine Chefarztsekretärin ging, die bereits im Jahr 1947 für Patienten bestimmte Pakete öffnete, daraus Bargeld, Kaffee, Zigaretten usw. entwendete und sich mit dem seit Oktober 1945 wieder im Amt befindlichen Chefarzt Dr. Giercke damit angenehme Abendstunden verschaffte, war vermerkt, dass diese Sekretärin es sich als ihren Verdienst anrechnete, „dass

³²⁷ Börner: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1937.

³²⁸ Bundesarchiv Berlin, Mitgliederkartei der Reichsärztekammer; ScanFile Retrieval v7.3; Giercke, H., 1893.

³²⁹ Bundesarchiv Berlin, Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands; ScanFile Retrieval v7.3; Giercke, H., 1893.

³³⁰ Beddies, Thomas und Dörries Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919 – 1960 (Abhandlungen der Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, A. 91), Husum 1999, S 12-16.

Herr Dr. Giercke in dieser Zeit keine Rauschgifte genommen habe.“³³¹ Aufgrund dieser beiden unabhängigen Quellen kann also davon ausgegangen werden, dass Giercke tatsächlich rauschgiftsüchtig war. Welche Rauschgifte er konsumierte und über welchen Zeitraum sich diese Sucht erstreckte, ist anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen jedoch nicht mehr feststellbar.

Außerdem war Giercke als sog. Mischling I. Grades zwar nicht den Repressalien eines „Volljuden“ ausgesetzt, konnte sich aber vor solchen trotzdem nie sicher sein, da die einzelnen Ämter, Behörden und Institutionen in Fragen zur Behandlung von „Mischlingen“ innerhalb der Reichsgesetze über z.T. erhebliche Ermessensspielräume verfügten.³³² Hinweise darauf, dass Giercke aufgrund der jüdischen Herkunft seiner Mutter irgendwelchen Repressalien ausgesetzt war, konnten aber letztlich nicht gefunden werden.

Ob die Umstände, dass Giercke die Kriegszeit und den sich während dieser Zeit weiter verschärfenden Terror gegen „rassisch Minderwertige“ offenbar zumindest körperlich relativ gut überstand und in seiner Karteikarte der Reichsärztekammer kein Eintrag in der Spalte zum Verbot der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit existiert, damit zu tun haben, dass Giercke laut Karteikarte der Reichsärztekammer Kriegsteilnehmer und Kriegsbeschädigter mit Rentenanspruch sei, kann ebenfalls nur gemutmaßt werden.

Gierckes Nachfolger, der im „Reichs-Medizinalkalender für Deutschland“, Teil II, von 1935 als Chefarzt des Genesungsheimes Waldeck aufgeführte Theodor Plieninger wurde am 6. Juni 1899 in München als Sohn eines Professors der Akademie der Künste und Wissenschaften geboren. Er besuchte Schulen in Tübingen und Hohenheim. Ab 1914 war er Schüler des Eberhardt-Ludwig-Gymnasiums in Stuttgart, wo er im Juni 1917 eine Notreifeprüfung ablegte und vom 30. Juli 1917 bis zum 22.11. 1918 beim Heer am Ersten Weltkrieg teilnahm. Im Dezember 1918 begann Plieninger ein Medizinstudium in Tübingen, wechselte im Wintersemester 1920/21 nach Freiburg und im Sommersemester 1921 nach München. Im Juni 1921 leistete er erneut Militärdienst, diesmal in Oberschlesien. Da es zu dieser Zeit in Oberschlesien zu Kämpfen zwischen deutschen Freikorpsverbänden und polnischen Truppen kam, ist sehr wahrscheinlich, dass Plieninger als Mitglied eines Freikorps an solchen Kämpfen teilnahm. Im Juli 1923 kehrte er nach München zurück, um sein Studium fortzusetzen, das er im Mai 1923 mit dem Prädikat „sehr gut“ abschloss. Ab dem 15. Juni 1923 arbeitete Plieninger als Medizinalpraktikant an der Klinik für Innere Medizin in

³³¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Verhandlungsniederschrift zur Aussage Benders gegenüber der SVA vom 27.03.1950

³³² Meyer, Beate: „Jüdische Mischlinge“. Rassenpolitik und Verfolgungserfahrungen 1933-1945. Hamburg 2002.

München, wechselte am 1. November 1923 an die Chirurgische Klinik in Tübingen und vom 15. März 1924 bis zum 30. September 1924 an die Medizinische Poliklinik in Tübingen. Am 30. September 1924 erhielt er die Approbation. Vom 1. November 1924 bis zum 1. August 1925 arbeitete Plieninger als Volontärarzt an der Medizinischen Poliklinik in Tübingen und bis zum 31. Mai 1926 als Assistenzarzt an dieser Klinik. 1925 promovierte er zum Thema „Ein Fall von multipler Sklerose mit dem Zustandsbilde der Friedreich'schen Ataxie“.³³³ 1932 arbeitete Plieninger bereits als Oberarzt an der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte in Scheidegg im Allgäu.³³⁴ 1935 war er, bereits Obermedizinalrat, und wie schon oben erwähnt, als Chefarzt der Heilstätte Waldeck tätig.

Plieninger plante, die Heilstätte durch einen zusätzlichen Erweiterungsbau erheblich zu vergrößern, um die Bettenanzahl um etwa 100 Betten zu erhöhen, neben der vorhandenen, im vorhergehenden Abschnitt bereits erläuterten „kleinen Lungenchirurgie“ auch die „große Lungenchirurgie“ [= Thoraxchirurgie - d.Verf.] zu etablieren und die medizinischen und wirtschaftlichen Klinikabläufe auch in den bereits vorhandenen Gebäudeteilen effizienter gestalten zu können. Inwieweit dieses Vorhaben mit der Chirurgischen Universitätsklinik in Rostock abgestimmt war, ist nicht bekannt, da sich diesbezüglich keine Hinweise aus den vorhandenen Archivunterlagen ergeben.

1938 beauftragte Plieninger den Architekten Max Guthier (1909-1991)³³⁵ mit der Planung des Erweiterungsbaus. Um eine möglichst funktionale Erweiterung zu erreichen, besichtigten Plieninger und Guthier dazu am 5. August 1938 das Pommersche Tuberkulose-Krankenhaus Hohenkrug bei Stettin, das als eines der modernsten Tuberkulose-Krankenhäuser im Deutschen Reich galt. Außerdem erhielt Guthier unterstützend von der Lübecker Bauabteilung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein Baupläne des Tuberkulosekrankenhauses Tönsheide in Schleswig-Holstein.³³⁶

Die nachfolgenden Informationen entstammen dem Gutachten des Reichsbauamtes vom 24. Juni 1938.³³⁷

Die geplante Erweiterungsbaumaßnahme umfasste einen an den östlichen Gebäudeanbau von 1929 anschließenden Flügel einschl. eines nach Norden führenden Querflügels für die zusätzlichen 100 Patientenbetten mit den dazugehörigen Arzt-, Schwestern- und Behandlungsräumen, einen OP-Saal einschl. Vorbereitungsräumen zur Erweiterung der Kapazitäten für die Lungenchirurgie, einen weiteren Liegehallenbereich, zusätzliche

³³³ Plieninger, Theodor: Ein Fall von multipler Sklerose mit dem Zustandsbilde der Friedreich'schen Ataxie, Lebenslauf zur Dissertationsschrift. In: Studenten- und Promotionsakte der Eberhard Karls Universität Tübingen, Universitätsarchiv Tübingen, Sig. UAT 258/14257; UAT 126/86,11 Nr. 101; UAT 155/4507.

³³⁴ Börner: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1932.

³³⁵ Stadtllexikon Darmstadt: <https://www.darmstadt-stadtllexikon.de/g/guthier-max.html>.

³³⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3150: Schreiben Plieningers an Bräuning vom 25.07.1938.

³³⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3150: Gutachten des Reichsbauamtes vom 24.06. 1938.

Laborräume, eine deutliche Vergrößerung des Küchenbereiches und seine vollständige räumliche Abtrennung von den Patientenbereichen, außerdem eine Vergrößerung der Heizungsanlage und, passend zur politischen Großwetterlage, einen großen Luftschutzraum. An der Westseite des Altbaus von 1911 sollte ein weiterer Anbau errichtet werden mit Mitarbeiterwohnungen, zwei Garagen und einer weiteren Liegehalle als Ersatz für die in einiger Entfernung vom Hauptgebäude befindliche alte Liegehalle, die eine Überwachung der Liegekurdisziplin sehr erschwerte. Weiterhin sollte ein separat stehendes sogenanntes Beamtenwohnhaus für die Familien eines verheirateten Assistenzarztes und eines Verwaltungsinspektors an der Stelle der vorhandenen Waldliegehalle errichtet werden, die dazu abgerissen werden sollte. Für den Verwaltungsinspektor und den verheirateten Assistenzarzt waren bereits jeweils zwei Vier-Zimmer-Wohnungen im Dachgeschoss des alten Wäschereigebäudes geschaffen worden, das dazu etwa um 1936 entsprechend erweitert wurde. Da aber durch den geplanten Erweiterungsbau weitere Assistenzärzte benötigt wurden, sollte das oben genannte Beamtenwohnhaus errichtet werden, um die im erweiterten Wäschereigebäude dann freiwerdenden Wohnungen den zusätzlich benötigten Assistenzärzten zur Verfügung stellen zu können. Auch die Wohnhäuser des Chefarztes und des Oberarztes sollten erweitert bzw. umgebaut werden. Die Art der Zeichnungen und der Beschriftungen lässt vermuten, dass diese Erweiterungen wie die des Wäschereigebäudes ebenfalls um 1936 geplant wurden. Im Gegensatz zum Wäschereigebäude kam es bei diesen Gebäuden offensichtlich jedoch, wie bereits im vorhergehenden Abschnitt aufgeführt, nicht zu Umbau- bzw. Erweiterungsmaßnahmen.

Entgegen den „[...] von Partei und Staat vertretenen Richtlinien [...]“³³⁸, dass solche Gebäude als unverputzte Klinkerbauten zu errichten seien, sah der Architekt aufgrund des vorhandenen Gebäudekomplexes in Putzbauweise für die Erweiterungsbauten ebenfalls einen Ziegelrohbau mit verputzten Fassaden vor. In der Baubeschreibung des Reichsbauamtes wurde darauf hingewiesen, dass bei der Planung der Gebäude besonderen Wert auf stahlsparende Konstruktionen gelegt wurde. Das ist leicht nachvollziehbar, denn schließlich wurde dieses Material für die massive Aufrüstung der Wehrmacht benötigt. Für deren unzähligen Bauvorhaben wurde aber auch Bauholz gebraucht, weshalb die ursprünglich als Holzbalkendecken geplanten Decken des ersten und zweiten Obergeschosses aufgrund der Knappheit an Bauholz als stahlsparende Massivdecken ausgeführt werden sollten.³³⁹

Für die erneute Erweiterung war der Ankauf weiterer Grundstücksflächen notwendig. Dazu sollte das an die Ostseite des Klinikgeländes angrenzende Waldgrundstück angekauft werden.

³³⁸ Ebenda, S. 2.

³³⁹ Ebenda, S. 3.

Durch Verkauf des darauf befindlichen Holzbestandes sollte der Kaufpreis entsprechend deutlich gemindert werden. Weiterhin war vorgesehen, die Kläranlagen sowie die Außen- und Parkanlagen umfassend zu modernisieren bzw. zu erweitern.³⁴⁰

Die Kosten des gesamten Bauvorhabens beliefen sich auf 1,23 Millionen RM.³⁴¹ Nichtmaßstabsgetreue Kopien einiger Planunterlagen der Vorentwürfe sowie die Ansichten des erweiterten Wäschereigebäudes sind als Anlagen am Ende des Abschnitts aufgeführt.³⁴²

Offenbar war Plieninger nach 1938 jedoch ernsthaft erkrankt, denn im Reichsarztregister der KVD wurde er ab Januar 1940 mit dem Vermerk „Ohne ärztl. Tätigkeit“ geführt. Auch der mit der Planung des Erweiterungsbaus beauftragte Architekt wandte sich in seiner diesbezüglichen Korrespondenz ab Februar 1940 an Herrn Obermedizinalrat Dr. Hornig, auf den im nachfolgenden Text noch weiter eingegangen wird. Laut Reichsarztregister der KVD zog Plieninger nach Aufgabe seiner ärztlichen Tätigkeit im Januar 1940 zurück in seine bayrische Heimat nach Rimsting am Chiemsee und starb am 5. Februar 1944. Die Ursache für das Ende seiner beruflichen Karriere und seinen frühen Tod konnte, wie bereits oben erwähnt, anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht geklärt werden. Naheliegend wäre, dass sich Plieninger, wie viele seiner ärztlichen Kollegen, die sich den Tuberkuloseerkrankten widmeten, selbst mit Tuberkulose infizierte und schließlich daran starb.

Die Pläne zum Erweiterungsbau wurden 1940 fertiggestellt. Offensichtlich wurde das Projekt genehmigt und zunächst auch begonnen, dann aber eingestellt, sehr wahrscheinlich aufgrund der alle Kapazitäten verschlingenden Kriegswirtschaft. In einem Bericht der Waldecker Oberschwester an die LVA vom 22. August 1945 berichtet diese, dass das für den geplanten Erweiterungsbau bereits angelieferte Bauholz aufgrund mangelnden Heizmaterials im Winter/Frühjahr 1945 verheizt werden musste.³⁴³

Während des Krieges wurde die Heilstätte mit einem Tarnanstrich versehen. Der Anstrich wurde erst im Dezember 1950 wieder beseitigt.³⁴⁴

Der bereits o.g. Dr. Hornig wurde am 6. März 1901 als Friedrich Karl Ernst Hornig in Ohlau in Niederschlesien als Sohn des Fleischermeisters Karl Hornig geboren.³⁴⁵ Hornig war evangelischer Konfession und besuchte von 1907 bis 1910 die Volksschule in Ohlau, anschließend bis 1919 das dortige humanistische Gymnasium. Nach bestandener

³⁴⁰ Ebenda, S. 4 und 6.

³⁴¹ Ebenda, S. 6.

³⁴² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3150: Vorentwurf zum Erweiterungsbau, Schwerin, April 1938.

³⁴³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht der Oberschwester Irmgard an die LVA Mecklenburg vom 22.08.1945.

³⁴⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Aktenvermerk der Heilstätte zu Reparaturarbeiten vom 14.12.1950.

³⁴⁵ Dieses Geburtsdatum entstammt dem von Hornig selbst verfassten Lebenslauf in seiner Dissertationsschrift, im Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands liegt offensichtlich ein „Zahlendreher“ vor, da dort das Geburtsdatum Hornigs mit dem 3. Juni 1901 angegeben ist.

Reifeprüfung im Februar 1919 leistete er seinen Militärdienst im Grenzschutz-Husarenregiment Nr. 4. Im Herbst des selben Jahres nahm er ein Medizinstudium an der Universität Breslau auf, wo er im Sommer 1921 die ärztliche Vorprüfung bestand. Die ersten zwei klinischen Semester studierte Hornig an der Universität Innsbruck, wechselte danach aber wieder an die Universität Breslau und beendete dort das Studium mit dem Ablegen der ärztlichen Prüfung im Sommer 1924. Vom 1. September bis 31. Dezember diesen Jahres war er als Medizinalpraktikant an der Oberpfälzischen Heil- und Pflegeanstalt in Regensburg tätig, vom 1. Januar bis 31. Mai 1925 an der Medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona (Elbe) und vom 1. Juni bis 31. August 1925 an der Chirurgischen Universitätsklinik Breslau. Am 1. September erhielt Hornig die Approbation und arbeitete anschließend als Volontärarzt wieder am städtischen Krankenhauses Altona (Elbe). Während seiner Anstellung in Altona nutzte er einen gewährten Urlaub von sechs Monaten und war vom 3. Oktober 1925 bis zum 24. März 1926 als Schiffsarzt auf Reisen nach Afrika und Australien tätig. 1928 promovierte Hornig an der Universität Breslau zum Thema „Die Nebenwirkungen der Pneumencephalographie“³⁴⁶ In der Ausgabe des Medizinalkalenders von 1929 ist er bereits als Assistenzarzt der Heilanstalt Heidehaus Hannover aufgeführt.³⁴⁷ Laut Ausgabe des Medizinalkalenders von 1937 war Hornig 1937 Direktor des Sanatoriums Heidehaus Jesteburg bei Hamburg-Harburg.³⁴⁸ In der Karteikarte des im Berliner Bundesarchiv einsehbaren Reichsarztregisters der KVD ist Hornig ab Februar 1940 als Direktor/Chefarzt des Genesungsheimes Waldeck geführt.³⁴⁹ Ob Hornig schon davor in Waldeck tätig war, geht aus den vorhandenen Archivunterlagen nicht hervor. In der Karteikarte ist weiterhin vermerkt, dass er Waldeck im März 1943 verließ und eine Stelle als Chefarzt der Tuberkulose-Heilstätte Buchwald-Hohenwiese im Riesengebirge im Landkreis Hirschberg in Niederschlesien antrat.

Wer anschließend als Chefarzt in Waldeck arbeitete, geht aus den wenigen zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht hervor. In einem Schreiben vom 18. Juli 1945 an die LVA, in dem der einzige nach dem Einmarsch der Roten Armee in Schwaan noch verbliebene Arzt in Waldeck, Assistenzarzt Dr. Müller, die Situation kurz vor dem Einmarsch schildert, wird berichtet, dass Chefarzt Dr. Mende am 30. April 1945 den Heilstättenbetrieb auflöste.³⁵⁰ Da Dr. Mende bereits unter den Chefärzten Plieninger und Hornig als Oberarzt tätig war, kann aber vermutet werden, dass er nach Hornigs Weggang schließlich selbst Chefarzt wurde.

³⁴⁶ Hornig, Friedrich: Die Nebenwirkungen bei der Pneumencephalographie, Lebenslauf zur Dissertationsschrift; Breslau 1928; in: Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek, Sign. 8 Diss Med Breslau 1929, H-L, 28.

³⁴⁷ Börner: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1929.

³⁴⁸ Börner: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 58. Jahrgang, Leipzig 1937.

³⁴⁹ Bundesarchiv Berlin, Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands; ScanFile Retrieval v7.3; Hornig, Fritz, 1901.

³⁵⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945.

Heinrich Mende wurde am 23. März 1902 als Sohn des Arztes Dr. Paul Mende in Rodenpois, Kreis Riga in Lettland geboren. Bis 1914 besuchte er die Albertschule des Deutschen Vereins in Riga und anschließend bis Ostern 1918 das Klassische Gymnasium von Walter in Dorpat in Estland. Anschließend war er bis Mai 1919 Schüler der staatlichen Mittelschule in Riga. Von Mai 1919 bis März 1920 kämpfte er als Freiwilliger in der Baltischen Landwehr gegen die sowjetrussische Rote Armee. Ab Ostern 1920 besuchte Mende wieder die staatliche Mittelschule in Riga und erlangte am 4. Juni 1921 das Abitur. 1923 begann er ein Studium der Chemie an der Technischen Hochschule in Hannover, wechselte aber bereits im darauffolgenden Sommersemester an die Universität Jena, wo er ein Medizinstudium aufnahm. Dort bestand er im Februar 1926 die ärztliche Vorprüfung. Den klinischen Teil seines Studiums absolvierte er an der Universität Breslau, wo er am 25. Februar 1929 die ärztliche Prüfung ablegte. Im selben Jahr promovierte Mende an der Universität Breslau zu dem Thema „Über Polycythämie mit myeloischer Leukämie“.³⁵¹ Wo Mende seine Pflichtzeit als Medizinalpraktikant ableistete, geht aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht hervor. Laut Karteikarte des Reichsarztregisters erhielt er 1932 die ärztliche Approbation und arbeitete anschließend als Assistenzarzt am Tuberkulosekrankenhaus der Landesversicherungsanstalt in Tilsit. Im selben Jahr wechselte er an das Genesungsheim Waldeck. Dort wurde er 1937 Oberarzt. Am 28. November 1938 legte Mende die Prüfung zum Facharzt für Lungenkrankheiten ab.³⁵² Wie bereits oben erwähnt, war Mende vermutlich ab März 1943 bis zu seiner Flucht am 1. Mai 1945 als Chefarzt in Waldeck tätig.

In einem Schreiben der Heilstätte Waldeck vom 10. Juli 1947, in dem der bereits wieder amtierende Chefarzt Dr. Giercke die Herausgabe von weiteren Möbeln aus den Arztwohnungen an die Stadt Schwaa ablehnt, erwähnt er, dass aus dem Haus des damaligen Chefarztes Dr. Mende (neun Zimmer) sowie dem Haus des Oberarztes Dr. v. Hagen (sieben Zimmer) schon sämtliche Möbel abtransportiert wurden. Auch der größte Teil der Möbel aus der Vierraum-Wohnung von Dr. Kreutzkamp war bereits entnommen.³⁵³ Nachdem also Dr. Mende die Stelle des Chefarztes in Waldeck erhielt, wurde die damit freigewordene Oberarztstelle offenkundig mit Herrn Dr. v. Hagen besetzt. Außer dem Nachnamen des Oberarztes ist leider nichts weiter bekannt, so dass eine Suche in vorhandenen Verzeichnissen aufgrund der unerwarteten Namenshäufigkeit erfolglos blieb. Oberarzt v. Hagen befand sich offensichtlich Ende April 1945 nicht in Waldeck. Im Bericht des Chefarztes Mende an die LVA über die Situation vom 30. April bis 1. Mai 1945 kurz vor dem Einmarsch der Roten

³⁵¹ Mende, Heinrich: Ueber Polycythaemie mit myeloischer Leukaemie, Lebenslauf zur Dissertationsschrift; Breslau 1929; in: Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek, Sign. 8 Diss Med Breslau 1930, 37.

³⁵² Bundesarchiv Berlin, Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands; ScanFile Retrieval v7.3; Mende, Heinrich, 1902.

³⁵³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben Gierckes an die LVA Mecklenburg vom 10.07.1947.

Armee in Schwaan wird v. Hagen bei der Aufzählung des Personals nicht genannt, während seine Frau und seine Kinder als mit der Familie Mende und den Eheleuten Kreutzkamp fliehend, erwähnt werden.³⁵⁴ Zusammen mit den genannten Personen entschließt sich auch ein Frl. Dr. Kopp zur Flucht.³⁵⁵ Auch von dieser Person ist nur der Nachname bekannt, außer in den erwähnten Berichten von Mende und dem verbliebenen Assistenzarzt Müller ist sie in keiner der zur Verfügung stehenden Archivunterlagen aufgeführt. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Assistenzärztin.

Aufgrund der nicht erfolgten Erweiterung der Heilstätte wurde in Waldeck weiterhin mit Hilfe der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock die kleine Lungenchirurgie praktiziert. Aus den Berichten der Waldecker Ärzte geht hervor, dass in der Heilstätte künstliche Pneumothorax-Anlagen, Thorakokaustiken, Phrenicotomien und Monaldi-Drainage-Anlagen durchgeführt wurden. Hinweise, dass in Waldeck auch Thorakoplastik-Eingriffe erfolgten, fanden sich nicht.

Ein von 1939 bis 1945 in Waldeck tätiger Assistenzarzt, Hans Kreutzkamp (auf den im folgenden Text weiter eingegangen wird), promovierte 1939 an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zu dem Thema „Die Strangdurchtrennung nach Jacobaeus, ihre Wirkung und Nebenwirkung“.³⁵⁶ Diese Promotionsarbeit gibt einen kleinen Einblick in die Praxis der in Waldeck durchgeführten kleinen Lungenchirurgie. In dem mit insgesamt 22 Seiten relativ übersichtlichen Werk beschreibt der Autor die Beseitigung von Verwachsungen, sogenannten Strängen, die eine häufige unerwünschte Folge nach der Anlage eines künstlichen Pneumothorax darstellten. Dabei ist in der Arbeit unter anderem aufgeführt, dass allein in den Jahren 1935 bis 1938 in Waldeck 386 Pneumothorax-Operationen erfolgten. Bei 90 dieser Operationen wurde aufgrund ausbleibender Besserung eine Thorakoskopie durchgeführt. 66 der thorakoskopierten Patienten zeigten solche Stränge, wodurch der Zustand und die Wirkung des angestrebten Pneumothorax nicht mehr gegeben war. Diese Stränge wurden bei operativer Eignung des Patienten mittels Thorakokaustik³⁵⁷ durchtrennt. Weiterhin waren bei solchen Strangdurchtrennungen spezielle Optiken zur Thorakoskopie erforderlich, da aus den oben genannten Gründen die breitflächige Thoraxeröffnung

³⁵⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945.

³⁵⁵ Ebenda.

³⁵⁶ Kreutzkamp, Hans: Die Strangdurchtrennung nach Jacobaeus, ihre Wirkung und Nebenwirkung;; Gütersloh i. Westf., 1939; in: Schwerin, Landesbibliothek Mecklenburg-Vorpommern, Sign. : Med. Diss Rostock, Kopie im Besitz des Autors.

³⁵⁷ Thorakokaustik war ein Sammelbegriff für verschiedene thermische Verfahren zur Strangdurchtrennung wie Galvanokaustik oder Diathermie. Bei der Galvanokaustik wird mittels elektrischem Strom eine zwischen zwei Polen eingespannte Drahtschlinge (meist Platin) so stark erhitzt, dass damit Gewebe in einem Arbeitsgang zerschnitten wird und die Schnittländer verschweißt werden, so dass es zu keinen Blutungen kommt. Bei der Diathermie wird das Gewebe durch Stromfluss aus zwei jeweils gegenüberliegenden Elektroden erwärmt bis hin zum Zerkochen des Gewebes. Zur Strangdurchtrennung wurden beide Verfahren sowie Mischformen beider Verfahren angewandt. Sie eigneten sich jedoch nicht zur Durchtrennung flächenhafter Verwachsungen, die dann entweder manualchirurgisch nach Öffnung des Thorax bzw. gar nicht behandelt wurden, da Operationen am offenen Thorax zu dieser Zeit noch mit einer sehr hohen Komplikationsrate verbunden waren.

vermieden werden sollte. Der schwedische Internist Hans Christian Jacobaeus (1879-1937) war der erste Arzt, der die Thorakoskopie und Galvanokaustik kombinierte, um solche nach Pneumothoraxbehandlung aufgetretenen Verwachsungen zu beseitigen.³⁵⁸ Die von ihm Anfang des 20. Jahrhunderts dazu kombinierten und modifizierten Instrumentarien von Optik und Brenner wurden in der Folge verschiedentlich weiterentwickelt und spezifiziert, hatten jedoch alle den prinzipiell gleichen Grundaufbau.³⁵⁹ Auch in Waldeck erfolgten die Strangdurchtrennungen nach dem von Jacobaeus entwickelten Verfahren.

Der zu diesem Thema mit Waldecker Patientendaten promovierte Assistenzarzt Hans Kreutzkamp wurde am 26. September 1909 in Wittenberg (Halle) als Sohn des praktischen Arztes Dr. August Kreutzkamp und dessen Frau Katharina Kreutzkamp, geb. Tietz, geboren. Er besuchte das Melanchthon-Gymnasium in Wittenberg und anschließend das Staatliche Katholische Gymnasium in Heiligenstadt im Eichsfeld, wo er Ostern 1928 das Abitur erlangte. Anschließend nahm Kreutzkamp ein Medizinstudium an der Universität in Freiburg auf und wechselte an die Universität Greifswald, wo er 1931 die ärztliche Vorprüfung bestand. Den klinischen Teil des Studiums begann er zunächst an der Universität Tübingen, von wo er an die Universität Rostock wechselte und dort im Dezember 1933 das Staatsexamen erfolgreich ablegte.³⁶⁰ Wo Kreutzkamp seine Pflichtzeit als Medizinalpraktikant ableistete, ist aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht ersichtlich. Am 20. November 1935 erhielt er die Ärztliche Approbation, arbeitete anschließend als Assistenzarzt an der Kinderheilstätte Cecilienstift in Bad Lippspringe in Westfalen und wechselte im Oktober 1938 an die Ernst-Ludwig-Heilstätte in Höchst im Odenwald. Am 1. Februar 1939 trat er eine Assistenzarztstelle im Genesungsheim Waldeck an.³⁶¹ Wie bereits oben beschrieben, promovierte Kreutzkamp im selben Jahr. Bis zu seiner Flucht aus Waldeck am 1. Mai 1945 vor der Ankunft der Roten Armee, die im Folgenden noch behandelt wird, war er dort als Assistenzarzt tätig. Kreutzkamp war verheiratet und wohnte mit seiner Frau in Waldeck in der Assistenzarztwohnung. Im Gegensatz zu anderen Mitarbeitern in Waldeck werden in den zur Verfügung stehenden Unterlagen keine Kinder des Ehepaares Kreutzkamp erwähnt, so dass die Ehe zumindest während der Zeit in Waldeck sehr wahrscheinlich kinderlos war. Nach seiner Flucht nach Lübeck ging Kreutzkamp nach Essen und verstarb dort 1946 selbst an Tuberkulose.³⁶²

³⁵⁸ Kreutzkamp, Hans: Die Strangdurchtrennung nach Jacobaeus, ihre Wirkung und Nebenwirkung;; Gütersloh i. Westf., 1939, S. 7-9; in: Schwerin, Landesbibliothek Mecklenburg-Vorpommern, Sign. : Med. Diss Rostock, Kopie im Besitz des Autors.

³⁵⁹ Ebenda, S. 8-11.

³⁶⁰ Kreutzkamp, Hans: Die Strangdurchtrennung nach Jacobaeus, ihre Wirkung und Nebenwirkung; Lebenslauf zur Dissertation; Gütersloh i. Westf., 1939; in: Schwerin, Landesbibliothek Mecklenburg-Vorpommern, Sign. : Med. Diss Rostock, Kopie im Besitz des Autors.

³⁶¹ Ebenda.

³⁶² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Arbeit und Sozialfürsorge, an die Abteilung Allgemeine u. Innere Verwaltung der Landesregierung vom 27.08.1946.

In den Archivunterlagen sind die Berichte des geflüchteten Chefarztes Mende³⁶³, des in der Heilstätte verbliebenen Assistenzarztes Dr. Müller³⁶⁴ sowie der Oberschwester Irmgard³⁶⁵ an die LVA Mecklenburg über die Situation vom 30. April 1945 bis zur Ankunft der Roten Armee am 2. Mai 1945 vorhanden. Im nachfolgenden Text sind die Schilderungen der Berichte zusammengefasst.

Seit Januar 1945 wurde eine Station der Heilstätte Waldeck aufgrund des Vorrückens der Roten Armee an der Ostfront von der Reserve-Lazarett-Abteilung Hohenkrug bei Stettin belegt. Im April des Jahres wurden bereits aufgrund der unsicheren Frontlage möglichst viele zivile Heilstättenpatienten nach Hause entlassen. Etwa 30 nicht transportfähige Patienten, zumeist Schwerkranke, verblieben in der Heilstätte. Am 29. April ordnete Mende die Entlassung des gesamten Heilstättenpersonals an. Oberschwester Irmgard widersprach jedoch dieser Anordnung mit Hinweis auf die etwa 30 nicht transportfähigen Patienten. Alle Angestellten, die eine Entlassung wünschten, wurden aber am 30. April nach Gehaltszahlung für den Monat Mai entlassen. Neben Dr. Müller blieb auch das gesamte Schwesternpersonal sowie die meisten technischen Angestellten. Alle Küchen- und Stationshilfen verließen die Heilstätte, einige kehrten jedoch in den darauffolgenden Tagen wieder zurück.

Am 1. Mai um 5.00 Uhr erhielt der Chefarzt der Reserveabteilung den Befehl zur Räumung und informierte daraufhin den Chefarzt der Heilstätte, Mende. Zur Evakuierung des Lazarettes stünde am Bahnhof Schwaan ein Lazarettzug bereit, in dem jedoch auf Nachfrage Mendes kein Platz mehr für die noch in Waldeck verbliebenen zivilen Patienten und Angestellten wäre. Mende telefonierte daraufhin mit dem Fahrdienstleiter, um zu erreichen, dass für diese noch 2 Wagen an den Lazarettzug angehängt würden, was dieser aber für völlig illusorisch hielt. Um 6.00 Uhr erhielt Mende jedoch vom Fahrdienstleiter die telefonische Nachricht, dass zwei Wagen zur Verfügung gestellt und angehängt werden. Der Zug sollte über Lübeck in Richtung Eutin fahren. Daraufhin organisierte Mende Fuhrwerke von zwei Bauern aus Schwaan und Göldenitz, die die Patienten der Heilstätte zum Bahnhof brachten.

Nochmals wurde durch Mende allen Mitarbeitern freigestellt, die Heilstätte zu verlassen oder zu bleiben. Wie bereits erwähnt, wollte Assistenzarzt Dr. Müller sowie die Diakonieschwestern und die meisten technischen Angestellten bleiben. Anschließend fuhren Mende mit seiner Familie, den Eheleuten Kreutzkamp, Frau v. Hagen mit Kindern sowie Frl. Dr. Kopp mit den beiden anstaltseigenen PKW, einem Opel Olympia sowie einem Opel P4,

³⁶³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Mendes an die LVA Mecklenburg vom 05.06.1945.

³⁶⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945.

³⁶⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht der Oberschwester Irmgard an die LVA Mecklenburg vom 22.08.1945.

nach Schwaan, um dort auf ein weiteres Fahrzeug zu warten. Dort erreichte sie die Information, dass in Rostock bereits Panzeralarm bestünde. Daraufhin brachen sie sofort nach Lübeck auf und erreichten über Wismar und Travemünde zunächst Timmendorfer Strand, wo sie übernachteten. Am nächsten Tag fuhren sie weiter nach Lübeck, wo die Eheleute Kreutzkamp, Frau v. Hagen mit Kindern sowie Frl. Dr. Kopp im Lübecker Ostkrankenhaus untergebracht werden konnten. Der Opel P4 verblieb bei Kreutzkamp. Mende fand mit seiner Familie Unterkunft bei Bekannten in Lübeck. Der Lazarettzug traf erst eine Woche später in Lübeck ein. Von den mitreisenden Wehrmachtsangehörigen erfuhr Mende, dass die Waggons für die Heilstättenpatienten entgegen der Zusicherung des Fahrdienstleiters doch nicht bereitgestellt wurden und die Patienten mit den Pferdefuhrwerken wieder zurück zur Heilstätte gebracht werden mussten. Der Bericht, in dem Mende der LVA die Situation vom 30. April bis zum 2. Mai 1945 schildert, ist mit dem 5. Juni und Schwerin als Ortsangabe datiert. Offensichtlich ist Mende nach seiner Flucht zumindest noch einmal nach Schwerin zu seinem Arbeitgeber, der LVA Schwerin, zurückgekehrt, um Bericht zu erstatten. Hinweise auf eine Rückkehr nach Waldeck sind nicht vorhanden, im Herbst 1945 arbeitete Mende jedenfalls bereits im Gesundheitsamt in Unna (Westfalen).³⁶⁶

Die Rote Armee traf am 2. Mai aus Richtung Rostock in Schwaan ein und wäre wahrscheinlich ohne Halt weiter nach Güstrow gezogen, doch die Schwaaner Brücke über die Warnow wurde kurz zuvor noch von einer Einheit lettischer SS-Männer gesprengt, so dass die sowjetischen Truppen in Schwaan zunächst Halt machen mussten.³⁶⁷ So kamen sie auch zur Heilstätte. Laut der Oberschwester „[...] hätten sie aber in der Heilstätte selbst sich nicht irgendwie unangenehm bemerkbar gemacht. Dagegen hätten sie die Verheiratetenwohnungen aufgesucht und sich an Fr. Demmin und Fr. Pollow herangemacht. Aus der Heilstätte selbst hätten sie sich lediglich Lebensmittel geholt, die sie zur Verpflegung ihrer Einheit verwendet hätten.“³⁶⁸ Ob die Oberschwester bezüglich der beiden genannten Frauen eine Belästigung oder sogar eine Vergewaltigung be- bzw. umschreiben wollte, geht aus dem weiteren Text nicht hervor. Im Bericht des Assistenzarztes Dr. Müller wird diesbezüglich nichts erwähnt. Auch in den anderen zur Verfügung stehenden Quellen fand sich kein Hinweis auf Vergewaltigungen durch sowjetische Militärangehörige. Müller führte in seinem Bericht an, dass Verwaltungsinspektor Demmin, Gärtner Pollow und Pfleger Müller noch nicht wieder zurückgekehrt seien und die Frauen und Kinder des Inspektors und des Gärtners weiter in den Dienstwohnungen wohnten. Offensichtlich waren die drei Männer zu Wehrmacht, Waffen-SS

³⁶⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Schreiben der LVA Schleswig-Holstein an die LVA Mecklenburg vom 10.11.1945.

³⁶⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht der Oberschwester Irmgard an die LVA Mecklenburg vom 22.8.1945, S.1.

³⁶⁸ Ebenda.

oder Volkssturm eingezogen. Eine Vergewaltigung hätte Müller sehr wahrscheinlich in seinem Bericht an die LVA erwähnt. Insbesondere das Fehlen des Verwaltungsinspektors Demmin, der nicht mehr nach Waldeck zurückkehrte, sollte sich noch als Verlust für die Heilstätte herausstellen, worauf im nachfolgenden Abschnitt noch weiter eingegangen wird. Demmin arbeitete nach dem Krieg als Verwaltungsangestellter bei der Sozialversicherungsanstalt (SVA) Mecklenburg, der Nachfolge-Institution der Landesversicherungsanstalt Mecklenburg in der DDR, und führte selbst Wirtschaftsprüfungen in den Häusern der SVA durch, so auch in Waldeck.³⁶⁹

In den ersten Tagen und Wochen nach Kriegsende wurden durch die sowjetischen Besatzungssoldaten aus der Heilstätte 24 Bettgestelle, einige Woldecken, eine Polstermöbelgarnitur, sämtliche Radioapparate, Kopfhörer, Schreib- und Rechenmaschinen, ein Vervielfältigungsapparat, einige kleinere Küchengeräte sowie aus einer anstaltseigenen Arztwohnung ein Küchenherd abtransportiert. Außerdem wurden die nicht anstaltseigenen Möbel aus der Chef- und der Oberarztvilla sowie aus der Arztwohnung von Dr. Kreutzkamp abgeholt.³⁷⁰ Der Großteil dieser Möbel wurde ebenfalls von sowjetischen Soldaten abgeholt, einige Stücke (einschl. der Möbel von Dr. Kreutzkamp) wurden von der Stadt Schwaan beschlagnahmt. Auch die beiden nun leerstehenden Arztvillen wurden von der Stadt Schwaan beschlagnahmt und als Unterkunft für Flüchtlinge aus den ehemaligen Ostgebieten genutzt.³⁷¹ Ebenso war unmittelbar nach Kriegsende die Energieversorgung unterbrochen. Neben der Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens durch fehlende elektrische Beleuchtung usw. konnten dadurch v.a. Röntgenuntersuchungen und der Großteil der lungenchirurgischen Eingriffe nicht durchgeführt werden. Laut des als kommissarischen Chefarzt tätigen Assistenzarztes Dr. Müller konnten in Waldeck deshalb in dieser Zeit nur konservative Kuren durchgeführt werden.³⁷² Vor allem für die Wirtschaftsbereiche der Heilstätte bedeutete die fehlende Energieversorgung zum Teil erhebliche Mehrbelastungen. Während der Küchenbetrieb noch durch Dampfbetrieb aufrechterhalten werden konnte, musste beispielsweise der gesamte Wäschereibetrieb auf Handwäsche umgestellt werden.³⁷³

Durch die fehlende Energieversorgung war auch die Wasserversorgung zum Erliegen gekommen. Sämtliches für den Heilstättenbetrieb benötigtes Wasser musste deshalb mit Eimern aus dem Brunnen geschöpft und zur Heilstätte geschleppt werden.³⁷⁴ Die

³⁶⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht über die Wirtschaftsprüfung der SVA Mecklenburg in Waldeck vom 5.-10. 03.51, S. 1.

³⁷⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945, Bl. 1.

³⁷¹ Ebenda.

³⁷² Ebenda, Bl. 2.

³⁷³ Ebenda, Bl. 2.

³⁷⁴ Ebenda.

Energieversorgung konnte nur schrittweise wieder hergestellt werden. Im Lagebericht an die LVA vom 1. November 1945 wird geschildert, dass der abnehmbare Strom vor allem tagsüber oftmals nicht für schwierigere Röntgenaufnahmen ausreiche, da die Netzspannung oft zu niedrig sei, so dass Röntgenaufnahmen vor allem in den frühen Morgen- oder späten Abend- bzw. Nachtstunden angefertigt werden müssen.³⁷⁵ Das habe eine erhebliche Mehrbelastung für das Personal und die Patienten dargestellt. Sehr hinderlich sei auch die tägliche Sperrzeit von 7 Uhr bis 9 Uhr und von 17 Uhr bis 21 Uhr, die oftmals auch schon ab 15 Uhr beginne. Damit sei ab dem Dunkelwerden diese Zeit für Tätigkeiten jeder Art in der Heilstätte verloren, da die Heilstätte nur über eine Petroleum-Küchenlampe und einen geringen Petroleumvorrat verfüge. Man habe auch noch einige Öllämpchen, die in früheren Jahren als Kranken-Nachtbeleuchtung dienten. Deren Licht sei jedoch so schwach, dass es für Lese- oder Schreiarbeiten nicht ausreiche.³⁷⁶ Besonders problematisch sei aber, dass man während der Sperrzeiten auf Notfälle nur sehr eingeschränkt reagieren könne, da durch fehlende Beleuchtung und elektrische Blutstillungsmaßnahmen insbesondere operative Notfälle wie plötzlich auftretende Lungenblutungen nicht behandelt werden können. Die Probleme mit unzureichender Energieversorgung zogen sich noch bis weit in das Jahr 1946 hin.³⁷⁷

Ein weiteres Problem stellte die schon kurz vor Kriegsende immer kritischer werdende Heizmittelversorgung dar, weshalb, wie bereits erwähnt, u.a. das bereits angelieferte Bauholz für den geplanten Erweiterungsbau verheizt werden musste.

Die beiden größten Probleme für den Heilstättenbetrieb stellten jedoch die äußerst angespannte Nahrungsmittelsituation und die Aussenstände aufgrund fehlender bzw. wechselnder Kostenträger dar.³⁷⁸

Auf diese Versorgungsprobleme wird im nächsten Abschnitt weiter eingegangen.

Trotz aller Entbehrungen und Widrigkeiten hatte die Heilstätte aber den Zweiten Weltkrieg ohne Opfer bei Patienten und Mitarbeitern oder Zerstörungen bzw. Beschädigung der Heilstätte überstanden. Die in allen Belangen schwierige Nachkriegszeit hatte begonnen.

³⁷⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, S.3.

³⁷⁶ Ebenda.

³⁷⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Heilstätte an das Märkische Elektrizitätswerk vom 08.12.1945, S. 1.

³⁷⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, S.2-6.

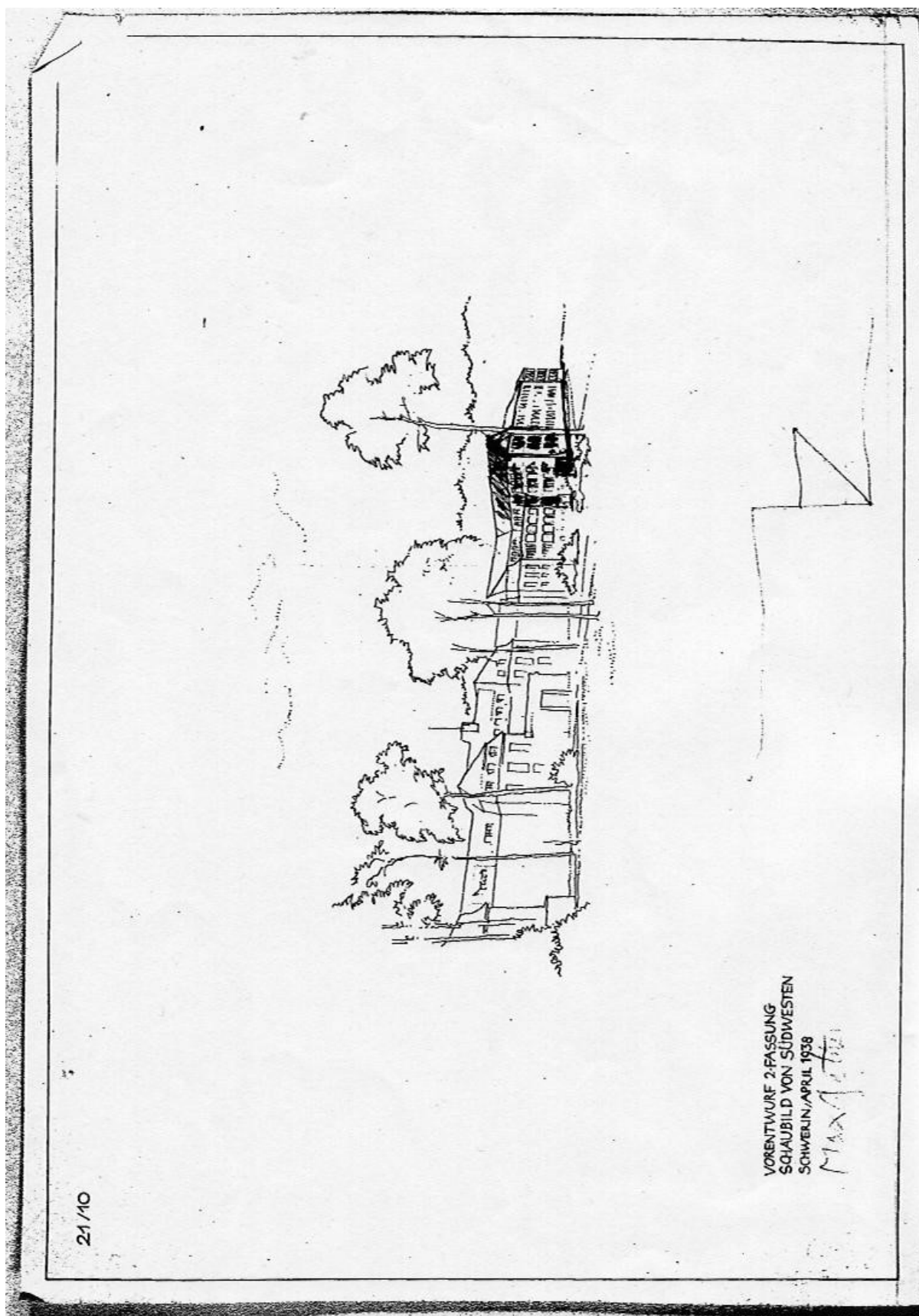


Abb. 16: Erweiterungsplanung 1938 – Ansicht von Südwesten³⁷⁹

³⁷⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.

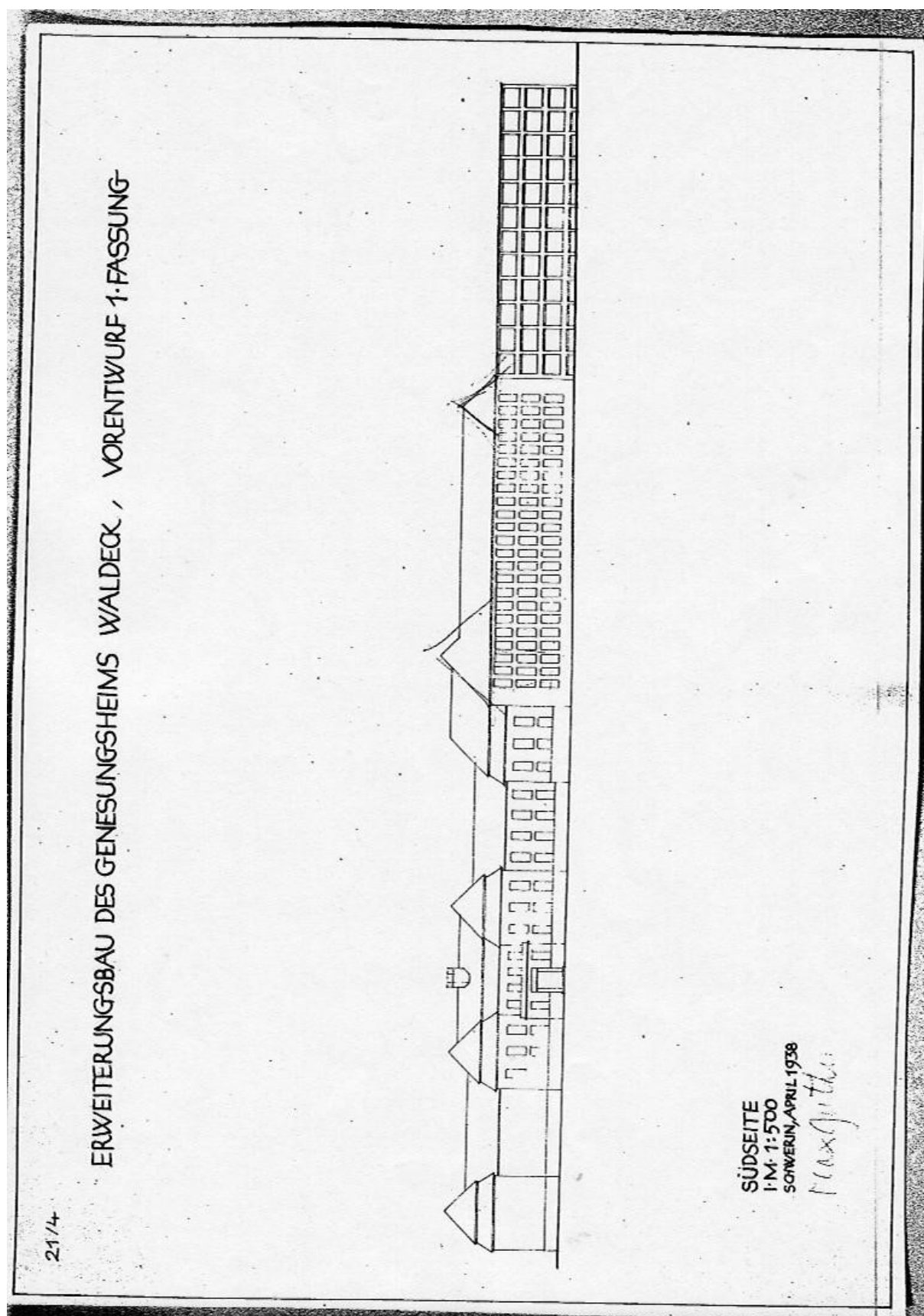


Abb. 17: Erweiterungsplanung 1938 – Südansicht³⁸⁰

³⁸⁰ Ebenda.

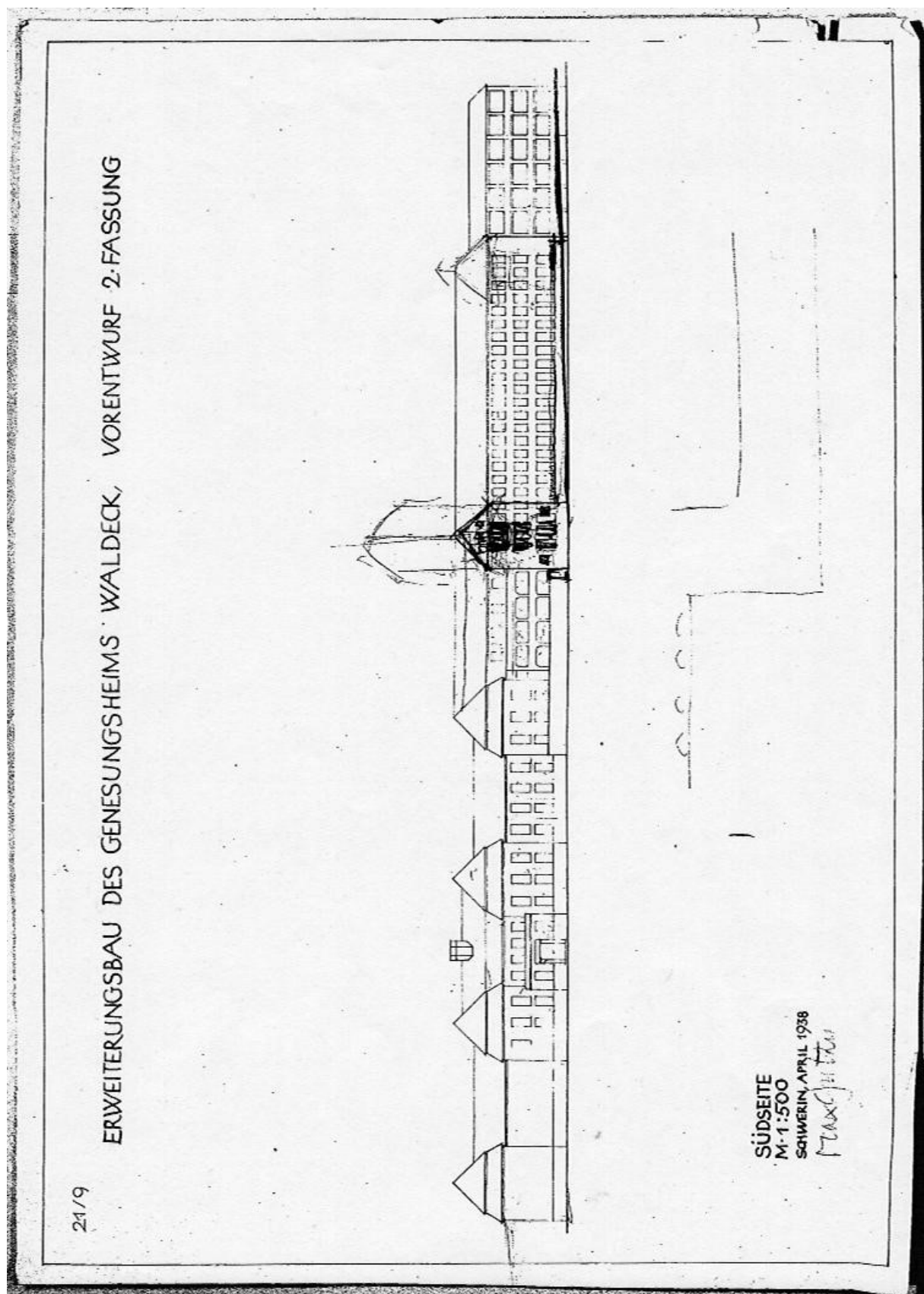


Abb. 18: Erweiterungsplanung 1938 – Südansicht mit einskizziertem Querflügel³⁸¹

³⁸¹ Ebenda.

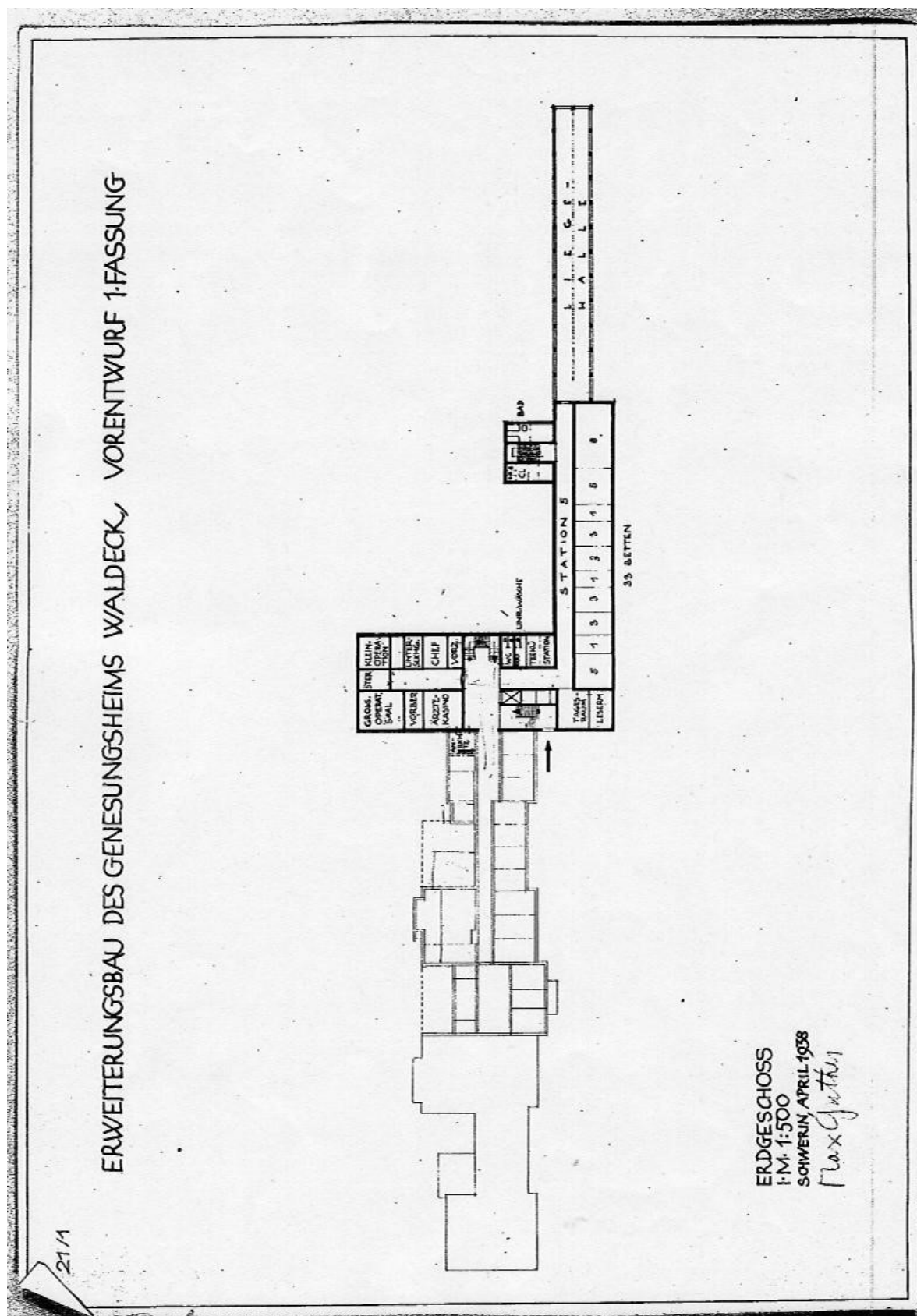
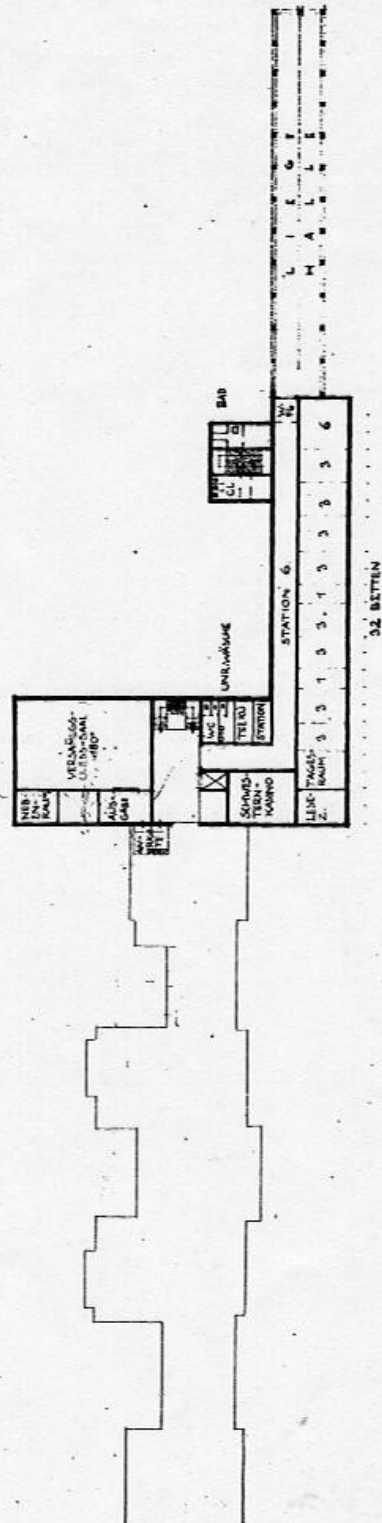


Abb. 19: Erweiterungsplanung 1938 – Grundriss Erdgeschoss³⁸²

³⁸² Ebenda.

ERWEITERUNGSBAU DES GENESUNGSHOMS WALDECK, VORENTWURF 1.FASSUNG-

21/2



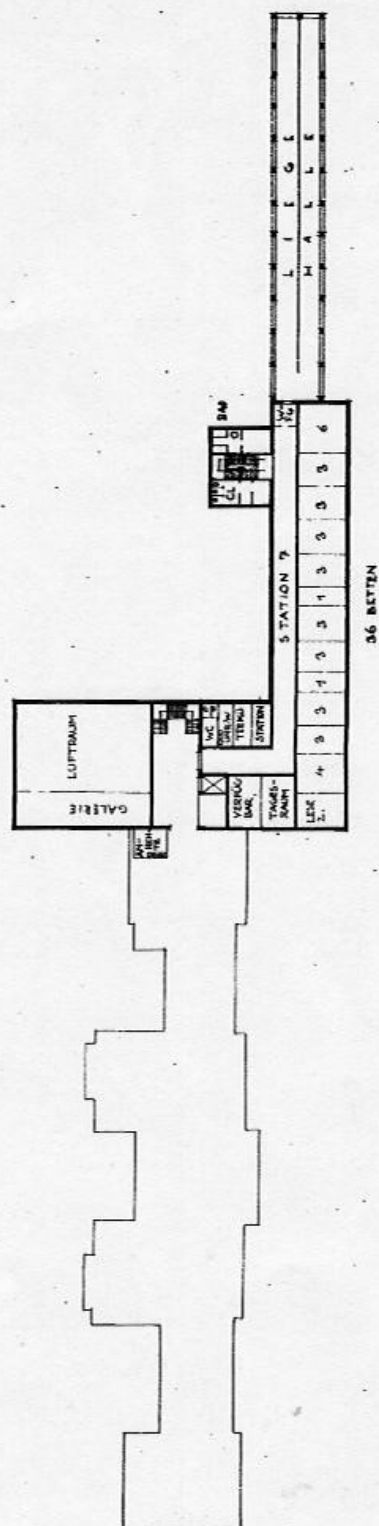
1.OBERGESCHOSS
I.M. 1:500
SCHWERIN, APRIL 1938

Max J. the

Abb. 20: Erweiterungsplanung 1938 – Grundriss 1. Obergeschoss³⁸³

383 Ebenda.

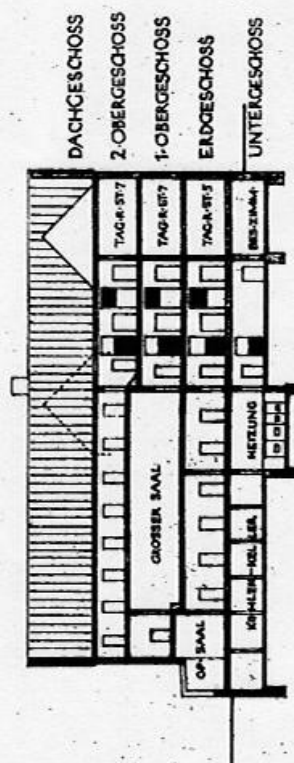
21/3



2. OBERGESCHOSS
I.M. 1:500
SCHWERIN, APRIL 1938
Max C. Winter

384 Ebenda.

21/22
ERWEITERUNGSBAU DES
GENESUNGSHEIMS WALDECK
VORENTWURF 3. FASSUNG



SCHNITT A-B
1:100
SCHWEIN, 7. 5. 1938
Max Schwin

Abb. 23: Erweiterungsplanung 1938 – Schnitt Querflügel³⁸⁶

³⁸⁶ Ebenda.

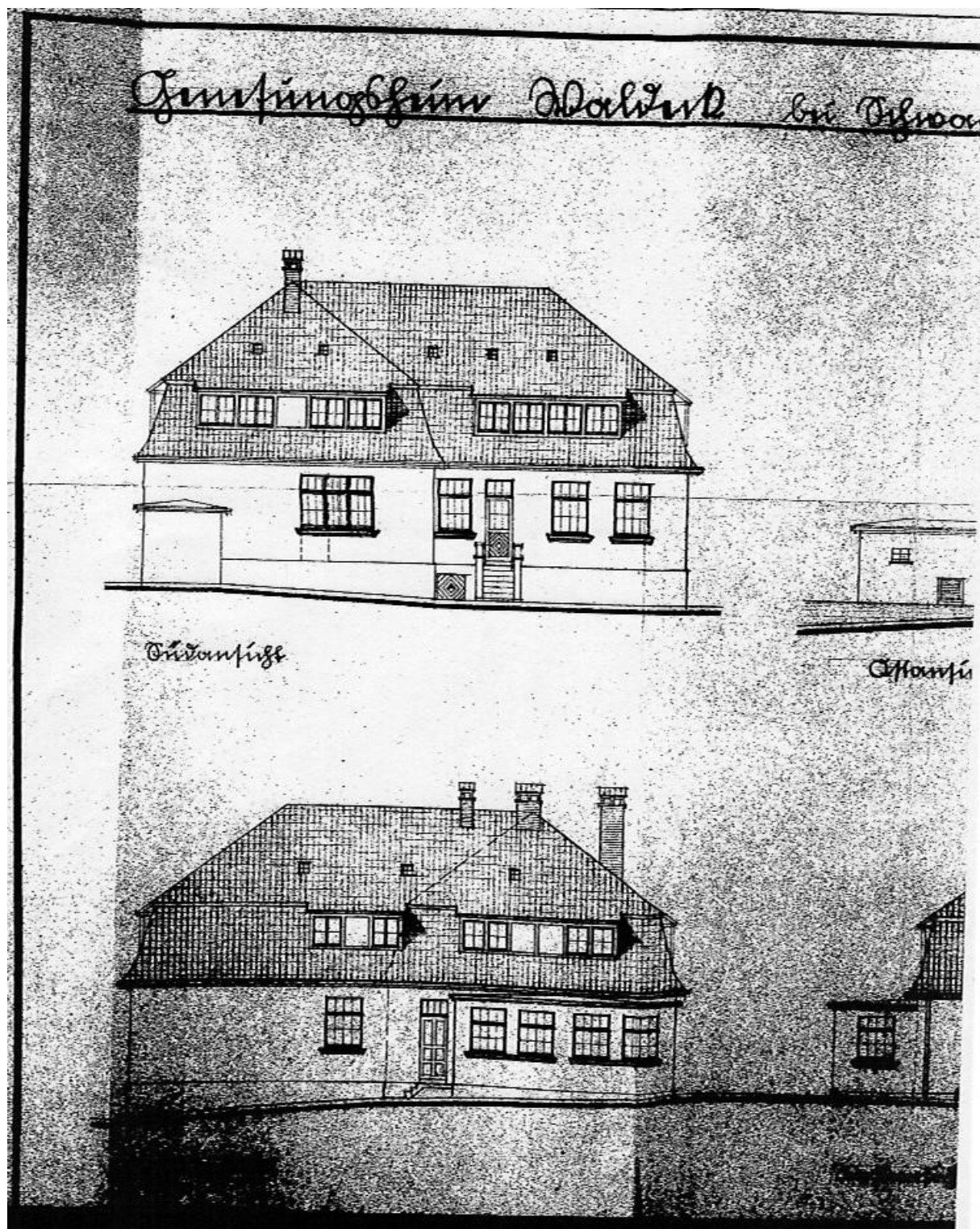


Abb. 24: Erweiterungsplanung 1938: Wäschereigebäude mit 2 Wohnungen – Ansicht von Süden (oben) und Norden (unten)³⁸⁷

³⁸⁷ Ebenda.

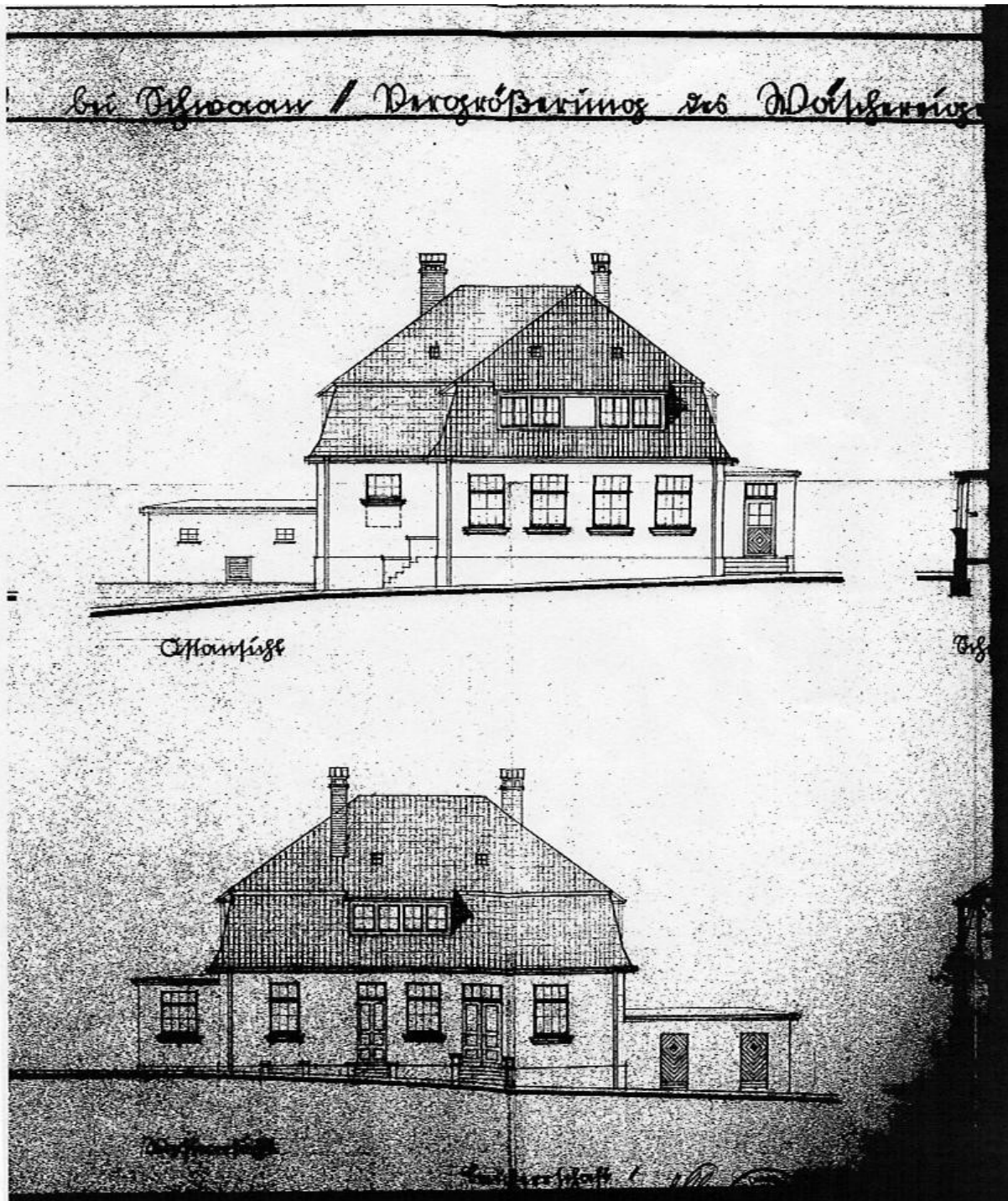


Abb. 25: Erweiterungsplanung 1938: Wäschereigebäude mit 2 Wohnungen – Ansicht von Osten (oben) und Westen (unten)³⁸⁸

³⁸⁸ Ebenda.

2.7 Der Zeitraum von der Nachkriegszeit bis zu den fünfziger Jahren

2.7.1 Der Heilstättenbetrieb in der Nachkriegszeit

Die Nachkriegszeit in Waldeck war geprägt vom alltäglichen Kampf um die Aufrechterhaltung des Heilstättenbetriebes und der Verwaltung des allgegenwärtigen Mangels. Vor allem in den ersten Wochen und Monaten nach Kriegsende waren die folgenden dringenden Probleme zu lösen:

- die Versorgung mit Lebensmitteln
- die Versorgung mit Energie und Heizmaterial
- die Wasserversorgung
- eine ausreichende Patientenbelegung und kostendeckende Einnahmenverhältnisse
- fehlende qualifizierte Mitarbeiter
- fehlende Transportmittel.

Anhand der bei den einzelnen Korrespondenzen verwendeten Kopfbögen ergibt sich außerdem, dass der Eigentümer der Heilstätte Waldeck, die Landesversicherungsanstalt Mecklenburg, 1946 in Sozialversicherungsanstalt Mecklenburg umbenannt wurde.

2.7.1.1 Die Lebensmittelversorgung

Die Versorgung der Heilstätte mit nahrhaften Lebensmitteln in ausreichender Menge stellte wie im gesamten Land bis Anfang der fünfziger Jahre das größte und drängendste Problem dar, das nur langsam und schrittweise gelöst werden konnte. Schon unmittelbar nach der Besetzung Schwaans durch sowjetische Truppen ergab sich dieses Problem, da - wie bereits im vorigen Abschnitt erwähnt - ein Großteil der vorhandenen Nahrungsmittelvorräte der Heilstätte durch sowjetische Truppen zur Eigenversorgung beschlagnahmt und abtransportiert wurden. Die bereits im Frühsommer 1945 vom Landesernährungsamt erfolgten Lebensmittelzuteilungen konnten den Bedarf nicht decken, auch ein Antrag der LVA auf erhöhte Zuteilungen hatte zunächst keinen Erfolg.³⁸⁹ Noch im September 1945 wurde die Nahrungsmittelversorgung der Heilstätte durch die LVA so eingeschätzt, „dass es kaum verantwortet werden kann, die Kranken noch dort zu behalten“.³⁹⁰ Für jeden Patienten waren ein Brot und sieben Pfund Kartoffeln pro Woche verfügbar, Fleisch und Fett waren nicht lieferbar. Trotzdem sollte von einer Schließung der Heilstätte noch abgesehen werden, da in den nächsten Tagen mit besseren Zuteilungen gerechnet wurde.³⁹¹

³⁸⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Schreiben der LVA Mecklenburg vom 16.10.1945 an das Kreisernährungsamt Güstrow und Aktenvermerk der LVA Mecklenburg vom 24.09.1945.

³⁹⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106: Akte 3152: Aktenvermerk der LVA Mecklenburg vom 24.09.1945.

³⁹¹ Ebenda.

Im Oktober 1945 erhielt die Heilstätte vom Kreisernährungsamt beim Landrat in Güstrow die Zusage für Sonderzulagen. Zum Erhalt der einzelnen Lieferungen wurden jedoch oftmals kurzfristig weitere gesonderte Anträge und Bezugsscheinanforderungen bei anderen Stellen wie der sowjetischen Kommandantur oder der Schwaaner Stadtverwaltung nötig, was einen erheblichen bürokratischen Aufwand mit entsprechender Zeitdauer bedeutete, wodurch die einzelnen Lieferungen häufig zwischenzeitlich anderweitig vergeben wurden.³⁹² Derartige Probleme traten insbesondere bei der Versorgung mit Brot und Gemüse auf.³⁹³ Die Heilstätte beklagte gegenüber der LVA am 16. Oktober 1945, dass in der zurückliegenden Woche 56 der Heilstätte zustehende Brote nicht geliefert wurden.³⁹⁴ Außer Brot und Kartoffeln habe die Heilstätte seit drei Wochen keine Lebensmittel mehr erhalten. Pro Woche werden 7,5 Zentner Kartoffeln geliefert, die Heilstätte benötige aber mindestens 10,5-11 Zentner, da aufgrund fehlender anderer Lebensmittel auch die Abendmahlzeiten aus Kartoffeln zubereitet werden mussten. Aufstriche für das in ungleichmäßigen Abständen gelieferte Brot wurden ebenfalls aus Kartoffeln und aus Speiseresten zubereitet. Weiterhin war insbesondere die Versorgung mit Fett, Fleisch, Milch, Eiern und Butter katastrophal. Laut Giercke habe die Heilstätte Butter letztmalig Anfang September erhalten, Fett vor etwa 3 Wochen in Form einer kleineren Menge Speiseöl. Ganz abgesehen von einer hochkalorischen Ernährung zur Stärkung der körpereigenen Abwehr als eines der zentralen Therapieziele waren die Patienten mit dieser kalorienarmen Kost nicht mehr zu sättigen, ein Großteil der Patienten drängte deshalb auf Entlassung.³⁹⁵

Die mangelhafte Ernährung zeigte sich auch beim turnusmäßigen Wiegen der Patienten zur Therapiekontrolle, da sich ein Heilerfolg auch in der Zunahme des Körpergewichtes der Patienten widerspiegelte. Für den Zeitraum vom 1. Oktober bis 30. November 1945 musste jedoch bei den Patienten eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 0,6 kg festgestellt werden.³⁹⁶

Ab Dezember 1945 wurden der Heilstätte Lebensmittel-Sonderzulagen gewährt. Seitdem konnte die Versorgung mit Kartoffeln und Zucker als relativ stabil und ausreichend eingeschätzt werden. Einen weiteren Anteil daran hatte auch ein in die Heilstätte eingewiesener, aus Schwaan stammender ehemaliger KZ-Häftling namens Heerwagen, der laut Heimstättenleitung „sehr rührig“ gewesen sei und bei der Stadtverwaltung Schwaan für

³⁹² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152-53: Schreiben der Heilstätte Waldeck an das Kreisernährungsamt Güstrow vom 04.12.1945.

³⁹³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152-53: Schreiben der LVA Mecklenburg vom 16.10.1945 und der Heilstätte Waldeck vom 04.12.1945 an das Kreisernährungsamt Güstrow. Alle folgenden Angaben in diesem Abschnitt beziehen sich auf diese Quelle.

³⁹⁴ Ebenda.

³⁹⁵ Ebenda.

³⁹⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 2.

die Heilstätte vor allem für Kartoffeln und Zucker öfter Sonderrationen „organisieren“ konnte.³⁹⁷ Außerdem habe ein ehemaliger Heizer der Heilstätte, ein Kommunist namens Neumann, der seit Herbst 1945 im Standesamt der Stadt Schwaan arbeitete, für die Heilstätte vereinzelt Sonderzuteilungen an Fleisch und Fetten erreichen können.³⁹⁸ So konnte ab Jahresende 1945 auch die Versorgung mit Fleisch und Eiern als unter den gegebenen Umständen ausreichend bezeichnet werden.³⁹⁹ Die langsame Besserung bei der Versorgung mit grundlegenden Lebensmitteln drückte sich auch in einer durchschnittlichen Gewichtserhöhung von 0,5 kg je Patient im Zeitraum vom 1. Dezember bis 31. Dezember 1945 aus.⁴⁰⁰

Folgende Mengen an Lebensmitteln standen laut Bericht des Chefarztes jedem Patienten der Heilstätte im Dezember 1945 wöchentlich zur Verfügung: 350 g Brot, 300 g Kartoffeln, 50 g Zucker und Marmelade, 25 g Fleisch, 20 g Nährmittel (der Begriff „Nährmittel“ wurde auch in anderen Quellen nicht weiter erläutert) und 9,4 g Butter. An wöchentlichen Zulagen seien pro Kopf 840 g Brot, 3.150 g Kartoffeln, 50 g Zucker und Marmelade, 120 g Fleisch, 100 g sonstige Nährmittel, 22 g Käse, 1,25 Eier und 3,5 l entrahmte Frischmilch ausgegeben worden.⁴⁰¹ Ob diese Mengen an verschiedenen Lebensmitteln tatsächlich auch immer an die Patienten ausgegeben wurden, darf aufgrund der vorhandenen Patientenbeschwerden aus den Jahren 1947-1950 über die Verpflegung bezweifelt werden.⁴⁰² Auch vorhandene Berichte über den Verdacht, dass die gelieferten Lebensmittel nicht in vollem Umfang an die Patienten ausgegeben wurden, stützen diese Zweifel.⁴⁰³

Vor allem die Versorgung mit Milch und Butter blieb weiterhin schwierig und konnte bis Anfang der fünfziger Jahre nicht zufriedenstellend sichergestellt werden. Auch der Versuch von Ergänzungskäufen auf dem freien Markt war erwartungsgemäß erfolglos.⁴⁰⁴ Wie bereits oben erwähnt, kam es deshalb in dieser Zeit immer wieder zu Beschwerden und Protesten der Patienten über die erhaltene Verpflegung. Im August 1947 schrieb der Patient Egon Timm an die „Landeszeitung“, Rubrik „Der Leser sagt seine Meinung“, und beklagte in seinem Brief, dass nur selten kleine Mengen Butter ausgegeben werden, Milch und Marmelade habe es dagegen schon seit Monaten nicht mehr gegeben. Das Mittag sei zwar reichlich, aber meist

³⁹⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Protokoll des Besuchs der Oberschwester Irmgard bei der LVA Mecklenburg vom 22.08.1945.

³⁹⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Aktenvermerk der LVA Mecklenburg zur Aussage Müllers zur Verpflegung vom 02.10.1945.

³⁹⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach Stand vom 31.12.1945, Bl. 2.

⁴⁰⁰ Ebenda.

⁴⁰¹ Ebenda.

⁴⁰² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Aktenvermerk der SVA vom 24.09.1948

⁴⁰³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Mitteilung der Landesregierung Mecklenburg, Ministerium f. Sozialwesen, Hauptabt. Gesundheitswesen an die SVA vom 26. 10.1947.

⁴⁰⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach Stand vom 31.12.1945, Bl. 3.

ohne Fett, Obst hätte es noch nie gegeben. Gewichtsabnahmen der Patienten von acht bis zehn Pfund in drei Monaten seien keine Seltenheit (Tim dürfte dabei nur von ihm bekannten Einzelfällen ausgegangen sein – der Verf.). Beschwerden beim Personal blieben immer erfolglos⁴⁰⁵. Solchen Einwänden wurde in der Regel nachgegangen. Dabei zeigte sich dann oftmals, dass die einzelnen Sachverhalte überspitzt geschildert wurden.⁴⁰⁶ Da aber für den Zeitraum von 1947 bis 1950 mehrere Vermerke und Berichte über Patientenbeschwerden bezüglich der Verpflegung existieren, darf vermutet werden, dass die Verpflegung in Waldeck aufgrund der insgesamt angespannten Nahrungsmittelversorgung in der Nachkriegszeit ganz sicher nicht als reichhaltig und abwechslungsreich einzuschätzen war und häufig Anlass zu Klage geboten haben wird.

Als Beispiel sei hier der Speiseplan der Heilstätte für die letzte Adventswoche und die Weihnachtsfeiertage 1947 aufgeführt, wobei man den für die Verpflegung der Waldecker Patienten verantwortlichen Mitarbeitern unterstellen darf, dass sie in Anbetracht der kommenden Weihnachtsfeiertage sicher einen unter den gegebenen Umständen möglichst abwechslungsreichen Speiseplan zusammenzustellen versucht haben werden.⁴⁰⁷

		Mittagessen	Abendessen
Freitag	12.12.	Rote Rüben	Rola
Sonnabend	13.12.	Erbsensuppe	Grütze
Sonntag	14.12.	Grünkohl und Braten	Wurst
Montag	15.12.	Grütze	Brotsuppe
Dienstag	16.12.	Weißkohl	Rola
Mittwoch	17.12.	Rotkohl und Kartoffeln	Grütze
Donnerstag	18.12.	Kohlrüben	Schabefleisch
Freitag	19.12.	Mohrrüben und Kohlrabi-Eintopf	Grütze
Sonnabend	20.12.	Erbsensuppe	Rola
Sonntag	21.12.	Gulasch und Kartoffeln	Wurst und Käse
Montag	22.12.	Wirsingkohl-Eintopf	Nudeln und Tomatensoße
Dienstag	23.12.	Rote Rüben-Eintopf	Kohl- und Brotsuppe
Mittwoch	24.12.	Grütze	Kartoffelsalat u. Würstchen

⁴⁰⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Abschrift des Schreibens des Patienten Egon Timm an die Redaktion der Landeszeitung, Zweigstelle Rostock, vom 23.08.1947.

⁴⁰⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben der Landesregierung, Hauptabt. Gesundheitswesen an die SVA vom 26.10.1947.

⁴⁰⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Vorlage des Verpflegungsplanes der Heilstätte Waldeck bei der SVA vom 30.12.1947.

Donnerstag	25.12.	Rinderbraten und Rotkohl Nachspeise	Wurst und Käse
Freitag	26.12.	Pökelbraten und Sauerkraut	Wurst und Käse
Sonnabend	27.12.	Braune Bohnen	Grütze
Sonntag	28.12.	Pellkartoffeln und Weißkohlgericht	Wurst und Käse

Dem Verfasser gelang es nicht zu ermitteln, welches Gericht sich hinter dem Begriff „Rola“ verbarg. Unter Berücksichtigung der gesonderten Verpflegung für die Weihnachtsfeiertage spiegelte sich die entbehrungsreiche Nachkriegszeit letztlich eben auch in diesem Speiseplan der Heilstätte Waldeck wieder. Die tatsächliche qualitative und quantitative Beschaffenheit der einzelnen aufgeführten Gerichte geht aus ihm natürlich nicht hervor. Bei dem zur Abendverpflegung aufgeführten Käse handelt es sich beispielsweise um Magerkäse, der „den meisten schon zum Hals heraushänge“.⁴⁰⁸

An der geschmacklich und mengenmäßig unbefriedigenden Verpflegung in der Heilstätte änderte offensichtlich auch die am 1. Januar 1948 von der Sowjetischen Militäradministration angeordnete Erhöhung der zustehenden täglichen Lebensmittelrationen für Tuberkulosepatienten nichts. Sie umfasste folgende Mengen: 450 g Brot, 50 g Butter, 100 g Fleisch, 100 g Käse, 80 g Nahrungsmittel, 16,5 g Honig, 0,5 l Vollmilch und 0,1 l Magermilch, da diese Mengen, wie bereits oben erwähnt, sehr wahrscheinlich nicht in vollem Umfang an die Patienten ausgegeben wurden.⁴⁰⁹ So wurde beispielsweise im Februar 1948 der Patient Fritz Benthin aus disziplinarischen Gründen entlassen, „weil er nicht ‚eine Beschwerde über das Essen‘ vorbrachte, sondern trotz wiederholter Verwarnungen, täglich mehrmals in übler Weise über das Essen schimpfte (als ‚Saufress‘ usw.) und dadurch seinen Mitkranken das Essen verleidete.“⁴¹⁰

Da einzelne Bitten und Beschwerden der Patienten offensichtlich keine Besserung erbrachten, schufen sich die Patienten zur besseren Vertretung ihrer Interessen gegenüber der Heimleitung Patientenräte.⁴¹¹ Das Procedere ihrer Bildung und Zusammensetzung ging aus den vorhandenen Unterlagen jedoch nicht hervor. Die Heimleitung der Heilstätte, die SVA und das Ministerium für Sozialwesen waren jedoch strikt gegen diese Patientenräte und untersagten deren Schaffung. In den Patientenräten sah man offenbar die Gefahr

⁴⁰⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Bericht über die Dienstreise des Rudolf Peters, Abt. Eigenbetriebe der SVA, zur Heilstätte Waldeck am 14. und 15.02.1950, S.1.

⁴⁰⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Aktenvermerk der SVA vom 24.09.1948.

⁴¹⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben Gierckes an die SVA vom 24.02.1948.

⁴¹¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben des Patienten Kurt Müller an die Redaktion der Zeitung „Start“ vom 09.06.1949.

„unkontrollierter“ Meinungsäußerungen und eine Gefahr für die Autorität der Heimleitung und vor allem der erforderlichen Kurdisziplin. Als sich der Patient Kurt Müller im Juni 1949 mit seinen Sorgen an eine Zeitung und diese sich daraufhin an die zuständige Hauptabteilung Gesundheitswesen des Ministeriums für Sozialwesen der Landesregierung Mecklenburg wandte,⁴¹² antwortete diese unter anderem: „Der betreffende Patient, der glaubt, Anlass zur Klage zu haben, soll diese persönlich vorbringen, ohne dass ihm irgendwelche Nachteile dadurch erwachsen. Ferner kann er sich jederzeit an die Sozialversicherungsanstalt Schwerin oder an die Landesstelle zur Bekämpfung der Tuberkulose, Schwerin, Karl-Marx-Straße 15, mit seiner Beschwerde wenden. Die Errichtung von Patientenräten, die ‚hauptamtlich‘ fungieren, ist nicht zweckmäßig. Die Erfahrung hat gelehrt, dass dadurch zu viel Unruhe in der Heilstätte geschaffen wird. Der Tuberkulosekranke ist besonders leicht erregbar und bedarf neben strenger körperlicher besonders auch der seelischen Ruhe. Durch die Patientenräte werden Meinungsverschiedenheiten erst künstlich hochgezüchtet und durch Wahlen und Zusammenkünfte Unruhe in einem geordneten Heilstättenbetrieb geschaffen.“⁴¹³ Um den Kontakt zu den Patienten zu halten, deren Anliegen und Beschwerden frühzeitig aufnehmen und zusammen mit der SVA und den Heimleitungen der Mecklenburger Heilstätten nach Lösungen für die angetragenen Probleme suchen zu können, wurden stattdessen sogenannte Heilstättenkommissionen eingesetzt, die unter Kontrolle der SVA standen. Die Mitglieder der Heilstättenkommission wurden von der SVA ausgewählt. Dabei handelte es sich neben Mitgliedern der SVA um ehrenamtlich tätige Bürger des Ortes, im Falle der Heilstätte Waldeck also um Bürger aus Schwaan. Der ersten Waldecker Heilstättenkommission gehörten als lokale Vertreter ein Schwaaner Landwirt und ein Mitarbeiter der Schwaaner Fischkonservenfabrik an.⁴¹⁴ Die Patienten bemängelten jedoch, dass bisher noch kein Vertreter der Kommission in der Heilstätte vorstellig geworden sei. Sie führten außerdem an, dass die Mitglieder der Kommission als Nichtpatienten die spezifischen Probleme der Heilstättenpatienten gar nicht kennen konnten und hielten deshalb die Forderung nach von den Patienten freigewählten Patientenvertretungen aufrecht.⁴¹⁵ Daraufhin erfolgte eine persönliche Unterredung des stellvertretenden Direktors der SVA und des Landes-Tuberkulosearztes der Landesstelle zur Bekämpfung der Tuberkulose mit dem

⁴¹² Ebenda.

⁴¹³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der Landesregierung Mecklenburg, Ministerium f. Sozialwesen, Hauptabt. Gesundheitswesen an die Redaktion der Zeitung „Start“ vom 30.06.1949.

⁴¹⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Auszug aus der Niederschrift der Sitzung der Heilstättenkommission vom 05.07.1949.

⁴¹⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben des Patienten Kurt Müller an die Redaktion der Zeitung „Start“ vom 09.06.1949.

Wortführer der Patienten, dem bereits erwähnten Patienten Kurt Müller, in der nochmals eingehend die Notwendigkeit eines geordneten und ruhigen Kurbetriebes als Grundlage eines erfolgreichen Heilstättenaufenthaltes erläutert wurde. Ob noch andere Argumente aufgeführt wurden, ist nicht vermerkt. Da die Heilstättenkommission bisher offenbar nicht zufriedenstellend gearbeitet habe, sollten neue Mitglieder bestellt werden, die aber mindestens im Abstand von zwei Wochen den Patienten für Rücksprachen zur Verfügung zu stehen hatten. Letztlich konnte Patient Müller davon überzeugt werden, die Bemühungen zur Schaffung eines Patientenrates in Waldeck einzustellen.⁴¹⁶

Aber auch nach der Verstärkung der Aktivitäten der Heilstättenkommission kam es weiterhin immer wieder zu Klagen der Patienten über die ausgeteilte Verpflegung. Häufig wurde „lieblos zubereitetes Essen“ beklagt, dem zum Teil auch Schwestern der Heilstätte beipflichteten. Eine Schwester berichtete beispielsweise, dass aufgrund des schlechten und oft zu gehaltlosen Essens im Januar 1950 bei 47 Patienten der Heilstätte sogar ein Gewichtsverlust von durchschnittlich 725 g festgestellt wurde.⁴¹⁷ Das stellte eine zu den zentralen Therapiezielen, der Zunahme des Körpergewichtes als Ausdruck der gesundheitlichen Besserung, absolut kontraproduktive Entwicklung dar.

Auch Eltern von in Waldeck zur Kur befindlichen Kindern beklagten sich darüber, dass ihnen ihre Kinder berichteten, in Waldeck oftmals nicht ausreichend zu essen zu erhalten. Die Eltern sahen sich dann oft gezwungen, Lebensmittelpakete zu schicken.⁴¹⁸

Im Gegensatz zu vielen anderen Heilstätten verfügte die Heilstätte Waldeck über keinen eigenen landwirtschaftlichen Nebenbetrieb für eine zusätzliche Lebensmittelversorgung. Zur Aufbesserung der Verpflegung besaß die Heilstätte aber bereits seit Ende der zwanziger Jahre einen Schweinestall in Holzbauweise, in dem Schweine mit Essensresten gefüttert wurden, sowie einen Gemüsegarten. Der Gemüsegarten mit einer Größe von ca. 7.500 m² diente zum Anbau von Kohl, Kohlrabi, Mohrrüben, Tomaten und Küchenkräutern. Es darf angenommen werden, dass die Patientenverpflegung in dieser Zeit regelmäßig durch eigene gärtnerische Produkte aufge bessert wurde, dazu sind jedoch nur wenige Nachweise in den Unterlagen zu finden. So wurde beispielsweise laut Wirtschaftsprüfbericht vom November 1949 die Patientenverpflegung durch folgende Mengen aus eigener gärtnerischer Produktion aufge bessert: 85 kg Porrée, 15 kg Mohn, 2,5 kg Senf und 100 kg Rosenkohl.⁴¹⁹

⁴¹⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Auszug aus der Niederschrift der Sitzung der Heilstättenkommission vom 05.07.1949.

⁴¹⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Aktenvermerke der Schwester Hildegard Mewes vom 17.01.1950 und der Schwester Emilia König vom 16.01.1950.

⁴¹⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der Krankenkasse des Kreises Schönberg an die SVA vom 06.02.1950.

⁴¹⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 1.-30.11.1949, S. 2.

Die Anzahl der gehaltenen Schweine geht aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht hervor, lediglich in zwei Wirtschaftsberichten von 1950 sind Bestände an Schweinen zwischen 5 und 17 Stück aufgeführt, insgesamt acht Schweine wurden im Zeitraum von September 1950 bis Januar 1951 geschlachtet.⁴²⁰ Die Schlachtungen erfolgten im Beisein eines Vertreters der Heilstätte (meistens des Verwaltungsleiters oder eines beauftragten Vertreters) auf einem auswärtigen Schlachthof. Etwa 75-80 % des Lebendgewichtes wurden als Schlachtgewicht verrechnet, die der Heilstätte in Form von Fleischereiwaren zustanden.⁴²¹ Die Schlachtungen selbst durften nur nach vorheriger Genehmigung des Amtes für Handel und Versorgung des Kreises Güstrow erfolgen. Eine Anrechnung auf die zustehenden Lebensmittelmengen erfolgte nur unter der Bedingung nicht, dass die aus Eigenschlachtung erhaltenen Fleisch- und Wurstmengen ausschließlich den Patienten der Heilstätte zugute kamen.⁴²² Doch auch die Verpflegung des Personals bedurfte einer dringenden Verbesserung. Insbesondere die Schwestern hatten nicht nur eine körperlich schwere Arbeit zu leisten, sondern waren wie auch die Ärzte einer ständigen hohen Tuberkulose-Ansteckungsgefahr ausgesetzt. Aufgrund dessen bedurften sie unbedingt einer ausreichend kalorienreichen Ernährung, um über ein intaktes Immunsystem mit ausreichenden körperlichen Abwehrkräften verfügen zu können. Die Heimleitung forderte deshalb permanent für das Heimpersonal eine bessere Einstufung beim Lebensmittelbezug sowie eine anteilige Zusatzration von Fleisch- und Wurstmengen.⁴²³

Aufgrund der immer noch angespannten Versorgungslage war die SVA sehr bemüht, ihren Patienten eine unter den gegebenen Umständen möglichst gute Verpflegung angedeihen zu lassen und stand deshalb einer Beteiligung der Mitarbeiter an Sonderrationen durch Eigenschlachtung ablehnend gegenüber. So wurde im Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck für das Jahr 1951 noch stolz vermerkt: „Sonderausgaben aus der Schlachtung an Betriebsangehörige sind nach der letzten Prüfung im März vorigen Jahres nicht mehr festgestellt worden.“⁴²⁴ Erst im Oktober 1951 wurde den Leistungen des Personals mit der vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR erlassenen Verordnung zum Schutz der Arbeitskraft Rechnung getragen, in der die kostenlose Abgabe von Zusatzverpflegung an Tuberkulose-Pflegepersonal angeordnet wurde.⁴²⁵

⁴²⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 19.

⁴²¹ Ebenda.

⁴²² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Bericht über die Dienstreise zur Heilstätte Waldeck am 14. und 15.02.1950, S. 7.

⁴²³ Ebenda.

⁴²⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 20.

⁴²⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Rundverfügung Nr. 111/52 der SVA vom 16.06.1952 zur kostenlosen Abgabe von Zusatzverpflegung an Tbc-Personal.

Ab Mitte der fünfziger Jahre hatte sich aber die Anzahl der Klagen über mangelhaftes Essen stetig verringert, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich die Verpflegung in dieser Zeit schrittweise gebessert hatte.

2.7.1.2 Die Versorgung mit Energie und Heizmaterial

Ein weiteres großes Problem stellte die Versorgung mit elektrischer Energie und Heizmaterial dar. Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt berichtet, war der Heilstättenbetrieb durch die vor allem tagsüber herrschenden Spannungsschwankungen und Abschaltungen erschwert, weshalb viele Untersuchungen und Behandlungen in die frühen Morgen- oder späten Abend- bzw. Nachtstunden verlegt werden mussten, was eine erhebliche Mehrbelastung für Patienten und Personal bedeutete. Die noch bis Mitte der fünfziger Jahre vorhandenen täglichen Sperrzeiten, in denen von 7 Uhr bis 9 Uhr und von 17 Uhr bis 21 Uhr, oftmals aber auch schon ab 15 Uhr Stromabschaltungen vorgenommen wurden, bedeuteten vor allem in den Herbst- und Wintermonaten Zeiten der Untätigkeit.⁴²⁶ Lediglich im Küchentrakt war eine einzige Petroleumlampe vorhanden, in deren Licht dann das Abendbrot für die Patienten zubereitet werden musste. Aufgrund dessen wurden zwei mit Rohöl betriebene Notstromaggregate angeschafft, um im Fall von Stromabschaltungen den nötigen Heilstättenbetrieb aufrecht erhalten zu können. Wann die Aufstellung der beiden Notstromaggregate erfolgte, kann anhand des vorhandenen Archivmaterials nicht gesagt werden. Da aber erstmalig in den Wirtschaftsberichten von Anfang 1951 die Aggregate erwähnt werden und die Ölbeschaffung für ihren Betrieb thematisiert wurde, kann angenommen werden, dass sie erst um 1950 in Waldeck aufgestellt wurden.⁴²⁷ Da sich neben den täglichen Strom-Sperrzeiten aber auch die Beschaffung des Rohöls schwierig gestaltete, dürften die beiden Aggregate sicherlich nicht zur vollständigen Stromversorgung der Heilstätte während der gesamten Strom-Sperrzeiten, sondern nur zur Versorgung bestimmter Teilbereiche, wie etwa des OP-Trakts, gedient haben.

Nach Einrichtung einer Entbindungsstation für tuberkulöse Schwangere in Waldeck im August 1949 im Haus II der Heilstätte, dem ehemaligen Chefarzthaus, worüber nachfolgend noch gesondert berichtet wird, wurde außerdem im Januar 1950 eine Akkumulatoren-Notbeleuchtung angeschafft, um im Fall einer einsetzenden Geburt auch während der Sperrzeiten sofort über eine zumindest notdürftige Beleuchtung zu verfügen.⁴²⁸

⁴²⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152-55: Schreiben der Heilstätte an das Märkische Elektrizitätswerk vom 8.12.1945, S. 1.

⁴²⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 23.

⁴²⁸ Ebenda, S. 15.

Neben der unsicheren Versorgung mit elektrischer Energie stellte auch die Aufrechterhaltung des Heizbetriebes ein ständiges Problem dar. Die Heilstätte benötigte für ihre Zentralheizung zur Dampferzeugung für Küche, Sterilisation, Wäscherei und Operationsraum sowie die Warmwasseraufbereitung monatlich ca. 400 Zentner Kohle.⁴²⁹ Die Versorgung mit Steinkohlebriketts oder Koks erfolgte seit Kriegsende aber nur noch sporadisch, eine regelmäßige Versorgung war schlichtweg nicht realisierbar. Wenn ein Kohlezug, von dem eine Waggonladung für die Heilstätte bestimmt war, angekündigt wurde, bedeutete das noch lange nicht, dass er auch bis Güstrow oder Rostock durchkam und nicht schon vorher von anderen bedürftigen Stellen, die beispielsweise noch schnell Ausnahmegenehmigungen von den zuständigen sowjetischen Ortskommandanturen erwirken konnten, geleert wurden.⁴³⁰ Um die Zeiten fehlender Kohle überbrücken zu können, musste zunächst auf Holz und – da sich das Problem der Kohlelieferungen mittelfristig nicht lösen ließ – auf Torf zurückgegriffen werden. Die Heilstätte konnte in den Herbst- und Wintermonaten 1945 kurzfristig vom zuständigen Forstamt die Zuteilung von Knüppelholz (Astholz nach Baumfällung) und die Genehmigung zur Fällung von auf dem Heilstättengelände befindlichen Bäumen erhalten.⁴³¹ Auch Bauholz, das bereits vor Kriegsende für den geplanten Erweiterungsbau geliefert worden war, musste, wie bereits im vorigen Abschnitt erwähnt, für Heizzwecke aus Ermangelung von Alternativen verfeuert werden. Die Zentralheizungsanlage der Heilstätte war jedoch nicht für den dauerhaften Betrieb mit Holz ausgelegt, so dass sich die Leitung der Heilstätte im letzten Quartal 1945 gezwungen sah, insgesamt sieben zur Holzverfeuerung geeignete Einzelöfen zu beschaffen. Auf jeder Station sowie auf der Etage der Schwestern und der Personalwohnungen wurden in jeweils einem Raum ein Ofen aufgestellt, so dass auf jeder Etage ein beheizter Raum existierte, in dem sich die Patienten bzw. das Personal aufwärmen konnten. Ein weiterer Ofen wurde im Maschinenhaus im Bereich der Wasserversorgung am Brunnen aufgestellt, um Frostschäden an den Anlagen zu verhindern.⁴³² Neben Holz für die Einzelöfen versuchte man, zum Betreiben der Zentralheizungsanlage auch andere alternative Brennstoffe zu beschaffen, um wenigstens Dampf für die Küchen- und Wäschereinutzung und Warmwasser erzeugen zu können. In der Folgezeit gelang es, neben den nicht ausreichenden Lieferungen von Steinkohlebriketts und bereits früher häufig verwendetem Koks auch Torf zu erhalten. Dieser hatte aber einen deutlich geringeren Heizwert, weshalb wesentlich mehr Torf verheizt werden musste, um mit Steinkohle oder Koks vergleichbare Heizleistungen zu erreichen. Außerdem war in Waldeck

⁴²⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 3.

⁴³⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 3.

⁴³¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 3.

⁴³² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 3.

kein geeigneter Torflagererraum vorhanden, so dass der Torf im Freien gelagert werden musste, wodurch er witterungsbedingt weiter an Heizkraft verlor.⁴³³ Der dauerhafte Einsatz von Torf brachte jedoch eine große Belastung der Heizungs- und Schornsteinanlagen mit sich, so dass er schließlich nur noch als kurzzeitiger Notbehelf verwendet werden konnte. Beispielsweise entstand nach dem Urteil des damaligen zuständigen Schornsteinfegermeisters nach dauerhaftem Heizen mit Torf im Haus 2, dem zu dieser Zeit als Entbindungsstation für tuberkulöse Schwangere genutzten ehemaligen Chefarzt-Wohnhaus, ein Schornsteineinriss.⁴³⁴ Über die Einrichtung und den Betrieb der Entbindungsstation wird in einem gesonderten Abschnitt berichtet.

Die kontinuierliche Versorgung mit geeignetem Heizmaterial konnte erst in den folgenden Jahren schrittweise befriedigend gelöst werden. Die im Laufe der Jahre immer mehr verschleißenden Heizungs- und Abzugsanlagen entwickelten sich zu einem wachsenden Problem, das bis zum Ende der DDR-Zeit nicht befriedigend gelöst werden konnte, wie in den nachfolgenden Abschnitten noch dargelegt wird.

2.7.1.3 Die Wasserversorgung

Bereits während des Betriebes der 1928 erweiterten Heilstätte zeigte sich, dass die Fördermenge des zunächst als ausreichend eingeschätzten vorhandenen Brunnens zur Wasserversorgung der Heilstätte nicht ausreichte.⁴³⁵ In seinem im vorhergehenden Abschnitt aufgeführten Bericht an die LVA vom Juli 1945 erwähnt der in der Heilstätte verbliebene Assistenzarzt Dr. Müller, dass das benötigte Wasser aufgrund fehlenden elektrischen Stromes mit Eimern aus dem neuen Brunnen entnommen werden musste.⁴³⁶ Da mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass zwischen Kriegsende Anfang Mai bis zur Erstellung des Berichtes im Juli 1945 in Waldeck kein neuer Brunnen gebaut wurde, ist anzunehmen, dass dieser neue Brunnen Anfang 1945, frühestens aber Ende 1944 hergestellt wurde. Der Leitungsanschluss zur Heilstätte war zu diesem Zeitpunkt noch nicht fertiggestellt.⁴³⁷ Offensichtlich kam es bei der Fertigstellung und dem Anschluss des Brunnens zu weiteren Verzögerungen, denn die komplette Brunnenanlage einschl. Enteisung und Anschlussverrohrung wurde erst 1950 vollständig fertiggestellt.⁴³⁸ Die dafür zuständige

⁴³³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 22-23.

⁴³⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Bericht der SVA über die Dienstreise zur Heilstätte Waldeck am 14. und 15.02.1950, S. 6.

⁴³⁵ LHA-SN, 5.12-7/1, Nr. 10702, Baubeschreibung und Kostenschätzung des Hochbauamtes Güstrow zum Erweiterungsbau vom 07.03.1927, S. 12-13.

⁴³⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945, Bl. 2.

⁴³⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 3.

⁴³⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Mitteilung des Verwaltungsleiters an die SVA zum Stand der Brunnenbauarbeiten vom 15.08.1950.

Spezialbaufirma führte u.a. auch die Instandsetzung der noch im April 1945 durch eine lettische SS-Einheit gesprengten Warnow-Brücke in Schwaan sowie mit Sicherheit noch weitere bedeutsame Wiederaufbaumaßnahmen durch und dürfte in den Jahren des Wiederaufbaus mehr als ausgelastet gewesen sein, was zumindest ein Grund für diese Verzögerungen sein könnte.⁴³⁹ Daneben wird sicher auch die Beschaffung der dafür erforderlichen Materialien erhebliche Zeit in Anspruch genommen haben.

2.7.1.4 Auslastung und Einnahmesituation der Heilstätte

Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt berichtet, verblieben etwa 30 nicht transportfähige, zumeist schwerkranke Patienten bis zum Eintreffen der Roten Armee in Waldeck. Da der verbliebene Arzt Dr. Müller befürchtete, dass die Heilstätte bei geringer Auslastung für die unmittelbar nach Kriegsende auftretenden riesigen Probleme der Flüchtlingsunterbringung genutzt werden könnte, bemühte er sich von Beginn seiner Tätigkeit als leitender (da einziger) Arzt der Heilstätte an um Einweisung von Patienten aus der näheren Umgebung.⁴⁴⁰ Seit Kriegsende sanken die Zuweisungen der Versicherungsanstalten rapide, schließlich mussten auch die deutsche Versicherungslandschaft und die Wohlfahrtsämter in den ersten Monaten nach Kriegsende wieder aufgebaut und neuorganisiert werden (beispielsweise bestand die frühere Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht mehr, und die Nachfolgeorganisation, die Versicherungsanstalt Berlin, war nur noch für den Bezirk Groß Berlin zuständig)⁴⁴¹. Selbst von Seiten der Eigentümerin der Heilstätte, der LVA Mecklenburg, wurden kaum noch Patienten zu Heilverfahren nach Waldeck eingewiesen. Am Jahresende 1945 betrug der Anteil ihrer Patienten lediglich 4 %.⁴⁴² Das führte unter anderem auch dazu, dass zu einigen Kassen bereits aufgenommener Patienten, insbesondere der Seekasse und einigen Versorgungsämtern, aus den verschiedensten Gründen durch die Heilstätte keine Verbindung mehr hergestellt werden konnte, so dass auch keine Zahlungen dieser Kassen mehr eintrafen.⁴⁴³ So betrug der Anteil der Patienten, deren Kostenübernahme nur teilweise gesichert war, am Jahresende 1945 in Waldeck 18 %, der Anteil der Patienten, bei denen keine Kostenübernahme erreicht werden konnte, 24 %. Dabei war dieser Anteil gegenüber dem Herbst bereits um 6 % gesunken.⁴⁴⁴ Ein weiterer Grund für die geringe Zahl

⁴³⁹ Ebenda.

⁴⁴⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945, Bl. 1.

⁴⁴¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 1.

⁴⁴² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 1.

⁴⁴³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Bericht Müllers an die LVA Mecklenburg vom 18.07.1945, Bl. 2.

⁴⁴⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 1.

an Patienten anderer Versicherungsanstalten bestand in den schwierigen Reisebedingungen nach Kriegsende. Sollten deren Patienten „[...] die Kur trotzdem antreten, so kommen sie meist durch die Reise schwer erkrankt und im Befund verschlechtert hier an.“⁴⁴⁵

Auch war zunächst unklar, welcher Kostenträger die Behandlung der Millionen Flüchtlinge aus den geräumten deutschen Ostgebieten übernahm. Die Waldecker Heilstättenleitung sah hier ein großes Potential zur Auslastung der Heilstätte und bat die LVA um schnellstmögliche Klärung der Kostenträgerfrage.⁴⁴⁶ Daneben bemühte sie sich bei zahlungsfähigen Kostenträgern wie der Reichsbahn verstärkt um Patientenzuweisungen.⁴⁴⁷ Die genannten Bemühungen reichten in den ersten Monaten der Nachkriegszeit jedoch nicht aus, eine ausreichend hohe Patientenbelegung zu erreichen. Deshalb wurden vor allem in den ersten Wochen auch verstärkt sogenannte Asylfälle aufgenommen.⁴⁴⁸ Als Asylfälle wurden Patienten in einem bereits soweit fortgeschrittenen Krankheitsstadium bezeichnet, in dem eine Heilung bzw. die Wiederherstellung der Arbeitskraft nach dem damaligen Kenntnisstand nicht mehr möglich und deren Tod bereits absehbar war. Trotzdem lag die durchschnittliche monatliche Auslastung der Heilstätte in der zweiten Jahreshälfte 1945 nur zwischen 60-70 Patienten bei 132 vorhandenen Plätzen.⁴⁴⁹

Einen herben Rückschlag in ihren Bemühungen um Auslastung mit Tuberkulosepatienten erlitt die Heilstätte, als der Leiter der LVA im September 1945 allen betreffenden Stellen in Mecklenburg in einem Rundschreiben folgendes bekannt gab: „Im Hinblick auf die schlechte Finanzlage der Landesversicherungsanstalt und mit Rücksicht darauf, dass die allgemeine Tuberkulosebekämpfung unter den jetzigen sanitären Verhältnissen und bei dem Fluktuieren der obdachlosen Bevölkerung so gut wie ohne Erfolg bleiben muß, weil bessere Ernährung und Unterbringung unmöglich ist, können die Ausgaben für das Tuberkuloseversorgungswerk (Tuberkulosehilfe) nicht weiter verantwortet werden. Die Mittel hierfür würden demnach zwecklos vertan. Mit Genehmigung des Präsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Wohlfahrt und Sozialpolitik, wird die Durchführung der ‚Tuberkulosehilfe‘ daher mit sofortiger Wirkung vorläufig zum Ruhen gebracht. Ich bitte daher, Zahlungen für den genannten Zweck nicht mehr zu leisten. Sobald wieder Mittel vorhanden sind, werde ich auf die Angelegenheit zurückkommen.“⁴⁵⁰ Unter Bezug auf dieses Rundschreiben waren die Wohlfahrtsämter nicht mehr bereit, weiterhin die Kosten für Tuberkulose-Heilbehandlungen

⁴⁴⁵ Ebenda.

⁴⁴⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 1.

⁴⁴⁷ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Schreiben Gierckes an das Sozialamt der Deutschen Reichsbahn vom 25.9.1945.

⁴⁴⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Schreiben Gierckes an den Präsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Innere Verwaltung, vom 21.9.1945.

⁴⁴⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 1.

⁴⁵⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Rundschreiben des Leiters der LVA Mecklenburg zur Durchführung von Heilverfahren (Tuberkulosehilfe) vom 07.09.1945.

zu übernehmen. Dazu kam, dass ihre Etats durch die beginnende Typhus- und Fleckfieberepidemie ohnehin stark belastet waren.⁴⁵¹ Durch erfolgreiche Akquisitionsbemühungen bei Tuberkulose-Fürsorgeärzten, der Reichsbahn usw. gelang es jedoch der Waldecker Heilstättenleitung, auch diese zusätzlichen Schwierigkeiten zu überstehen.⁴⁵² Diese bestanden für die Heilstätte bis Februar 1946, da sie ab diesen Zeitpunkt vom Land Mecklenburg-Vorpommern zur Bekämpfung der Fleckfieberepidemie beschlagnahmt wurde.⁴⁵³ Die Zeit der Fleckfieberbekämpfung in Waldeck wird in einem gesonderten Abschnitt behandelt. Nach dem Ende der Fleckfieberbekämpfung im Mai 1946 wurde die Heilstätte der LVA von der Landesregierung wieder zur Tuberkulosebekämpfung zur Verfügung gestellt.⁴⁵⁴ Es darf angenommen werden, dass ab dieser Zeit wieder Ausgaben für das Tuberkuloseversorgungswerk erfolgten. Auch die Auslastung und die Einnahmensituation stabilisierten sich so schrittweise bis in die fünfziger Jahre.

2.7.1.5 Das Fehlen qualifizierter Mitarbeiter

Durch die Flucht des Chefarztes Mende und des Assistenzarztes Dr. Kreutzkamp zusammen mit ihren Familien am 1. Mai 1945 erfolgte die ärztliche Betreuung der gesamten Heilstätte, wie bereits mehrfach erwähnt, nur noch durch den verbliebenen Assistenzarzt Dr. Müller. Außerdem flüchteten alle Küchenkräfte und Stationshilfen, von denen jedoch einige in den darauffolgenden Tagen wieder in die Heilstätte zurückkehrten.⁴⁵⁵ Weiterhin fehlten, wie ebenfalls bereits erwähnt, Verwaltungsinspektor Demmin, Gärtner Pollow, Heizer Wulf und Pfleger Müller, die noch vor Kriegsende eingezogen wurden. Vom verbliebenen Personal war ein Großteil selbst gesundheitlich eingeschränkt oder sogar schwer erkrankt. So war Dr. Müller selbst an Tuberkulose erkrankt und befand sich noch in laufender Behandlung. Im Bericht Müllers an den Leiter der LVA Mecklenburg vom 18. Juli 1945 heißt es, dass ein als Heizer eingestellter Arbeiter namens Hinz sich zwar guten Willens zeigte, aber aufgrund seiner erheblichen Kurzsichtigkeit und seiner an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit nicht in der Lage war, die Zentralheizungsanlage sachgemäß und betriebssicher zu bedienen, wodurch die Gefahr der Beschädigung der Anlage bestand, so der Bericht. Er musste schnellstmöglich ersetzt werden. Auch ein weiterer technischer Mitarbeiter, ein ehemaliger Patient namens Rose, zeigte sich charakterlich und ausbildungsmäßig als Heizer nicht

⁴⁵¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 1.

⁴⁵² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Schreiben Gierckes an die LVA Mecklenburg vom 17.11.1945.

⁴⁵³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben des Präsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Arbeit und Sozialfürsorge, zur Beschlagnahme der Heilstätte Waldeck vom 20.02.1946.

⁴⁵⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Aktennotiz der Gesundheitsabteilung vom 06.04.1946 zum Ende der Fleckfieberbekämpfung.

⁴⁵⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Protokoll des Besuchs der Oberschwester Irmgard bei der LVA Mecklenburg vom 22.08.1945.

geeignet. Weiter heißt es in dem Bericht, dass sich der durch das bereits erwähnte Fehlen des ehemaligen Verwaltungsinspektors Demmin entstandene erhebliche Verlust für die Verwaltungs- und Rechnungsvorgänge der Heilstätte durch die schwere Erkrankung der Buchhalterin und Kassenführerin Frl. Goldsche noch weiter vergrößerte, da sie aufgrund einer fortgeschrittenen Lungenkrankheit zunehmend schwächer und absehbar gänzlich bettlägerig wurde.⁴⁵⁶ Damit entstand eine „[...] untragbare Lücke im Personalbestand.“⁴⁵⁷ Die verbliebene Sekretärin der Heilstätte, Frau Schwarz, konnte diese Lücke auch provisorisch nicht schließen, da sie bereits die Arbeit der beiden ebenfalls erkrankten Verwaltungsmitarbeiterinnen Frl. Jörn und Frl. Sprigade übernehmen musste, so der Bericht. Die noch mit ihren Kindern in Waldeck wohnhafte Frau des ehemaligen Inspektors Demmin wurde deshalb aushilfsweise vom 21. November bis zum 13. Dezember 1945 in der Buchführung beschäftigt und zeigte sich geeignet, musste aber aus persönlichen Gründen diese Tätigkeit wieder aufgeben. Anfang 1946 konnte für die Buchhaltung eine Frau Haacker eingestellt werden, von der aber aufgrund ihres Alters von 23 Jahren das selbständige Beherrschen des aufwendigen Waldecker Buchungs- und Zahlungsbetriebes nicht erwartet wurde. Man nahm aber an, dass sie bei Anleitung durch einen erfahrenen Verwaltungsinspektor diese Aufgabe zunehmend selbständiger und sicherer beherrschen würde.⁴⁵⁸ Die Heilstätte suchte deshalb dringend einen Verwaltungsleiter, der aber zumindest vertretungsweise auch die Rechnungs- und Buchführungsarbeit der Kassenleiterin mit übernehmen sollte. Auch sollte er den persönlichen Kontakt zu Behörden und Lieferanten aufrechterhalten und, so der Heilstättenleiter in seinem Bericht vom 1. November 1945, „auf Draht sein“, was die Beschaffung von Nahrungs- und Heizmitteln betraf.⁴⁵⁹ Der am 18. Oktober 1945 aus Berlin wieder nach Waldeck zurückgekehrte Dr. Giercke, der sofort die Leitung der Heilstätte von Assistenzarzt Dr. Müller übernahm,⁴⁶⁰ empfahl den Herrn Otto Bender, für den „[...] seine besondere innere Vornehmheit, Klugheit und Sorgfalt“⁴⁶¹ sprachen. Woher Giercke Bender kannte und ob dieser auch über belastbarere Qualifikationen verfügte, ist den zur Verfügung stehenden Archivunterlagen nicht zu entnehmen. Ein zweiter Bewerber, ein ehemaliger Oberzahlmeister der Luftwaffe namens Renkewitz, verfügte bereits über langjährige Erfahrungen als Verwaltungsbeamter von Militärlazaretten und zeichnete sich durch die Fähigkeit aus, „[...] alles Notwendige auch unter schwierigen Umständen zu

⁴⁵⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 2.

⁴⁵⁷ Ebenda.

⁴⁵⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 2.

⁴⁵⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 2.

⁴⁶⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.875/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 1.

⁴⁶¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 2.

„organisieren“.⁴⁶² Aus den späteren Berichten und Korrespondenzen geht hervor, dass die Personalentscheidung zugunsten Benders fiel. Sie sollte sich jedoch noch als Fehlgriff herausstellen.

Auch hinsichtlich der seit der Flucht der meisten Ärzte unbesetzt gebliebenen ärztlichen Stellen konnten ab Ende 1945 schrittweise dringend notwendige Besetzungen vermeldet werden. Wie bereits oben erwähnt, kehrte Dr. Giercke am 18. Oktober 1945 aus Berlin wieder nach Waldeck zurück und übernahm von Assistenzarzt Dr. Müller die Leitung der Heilstätte. Über Gierckes Tätigkeit in Berlin bis zur erneuten Ankunft in Waldeck geht aus den vorhandenen Unterlagen lediglich hervor, dass er offensichtlich bis zu seinem Eintreffen in Waldeck als Pulmologe in eigener Praxis in Berlin wieder oder immer noch tätig war. Denn in einem Schreiben Gierckes in seiner Funktion als Chefarzt der Heilstätte an das Kreisernährungsamt Güstrow vom 24. Oktober 1945 führt er an, dass er bezüglich einer besseren Lebensmittelversorgung von Tuberkulosepatienten in Berlin gute Erfahrungen mit



der dortigen Regelung gemacht hatte, „dass Lungenkranken, insbesondere frischen Fällen mit guten Heilungsaussichten die Arbeiterkarte plus Zulagen an Milch und Nahrungsmitteln grundsätzlich gegeben wird.“⁴⁶³

Giercke führte die Heilstätte durch die schwierigen Jahre der Nachkriegszeit, und unter seiner Leitung entstand noch in den vierziger Jahren in Waldeck, wie nachfolgend noch berichtet wird, die erste Entbindungsstation für tuberkulöse Schwangere in der DDR. Er stand der Heilstätte bis 1961 als ärztlicher Leiter vor und war damit der Chefarzt in Waldeck mit der längsten Dienstzeit.

Abb. 26: Hans-Walter Giercke (Aufnahme um 1961)

Giercke heiratete 1922 die am 23.12.1894 ebenfalls in Berlin geborene Tochter des Geheimen Oberregierungsrates Fritz von Dechend, Vera von Dechend.⁴⁶⁴ Aus dieser Ehe gingen drei Kinder hervor. Sie wurde jedoch geschieden, das Jahr der Scheidung geht aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen allerdings nicht hervor. Seine geschiedene Frau blieb nach Kriegsende in Westberlin.

⁴⁶² Ebenda.

⁴⁶³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Schreiben Gierckes an das Kreisernährungsamt Güstrow vom 24.10.1945.

⁴⁶⁴ Blanck, Wilhelmi, Willgeroth: Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart, Schwerin 1929, S. 351.

Giercke war in zweiter Ehe mit Dr. Dorothea Giercke, geb. Klare, verheiratet, deren Lebensdaten jedoch nicht bekannt sind. Frau Dr. Giercke war die Schwester des Schwiegervaters eines Zeitzeugen, Herrn Fritz Wolbring aus Schwaan. Seinen Aussagen zufolge stammte sie aus Jena und war bereits Oberärztin der Kinderheilkunde. Offenbar hatte sie auch in Waldeck als Ärztin gearbeitet und lernte Giercke wahrscheinlich dort kennen, denn in einem Brief an sie vom Juni 1947 berichtet dieser von seiner Freude über ihren baldigen Besuch in Waldeck „nach den anstrengenden und unruhigen Zeiten in Gotha“.⁴⁶⁵ Insbesondere freute er sich wieder auf das gemeinsame Musizieren (beide waren laut des Zeitzeugen Herrn Wolbring begeisterte Hausmusiker, Giercke beispielsweise soll hervorragend Geige gespielt haben).⁴⁶⁶ Dorothea Klare kehrte wieder nach Waldeck zurück, betreute dort die Kinderstation und übernahm nach der Einrichtung der Station für tuberkulöse Schwangere auch die Leitung dieser Station.⁴⁶⁷ Nach Aussage von Herrn Wolbring sei sie in Waldeck zuletzt als Oberärztin tätig gewesen.

1961 beendete Giercke im Alter von 68 Jahren seine berufliche Tätigkeit als Chefarzt der Heilstätte Waldeck. Er verließ Waldeck und ging mit seiner Frau in ein Seniorenheim der Intelligenz nach Weimar, wo er 1965 starb.⁴⁶⁸ Seine Frau Dorothea starb 1980.⁴⁶⁹

Nach Gierckes Dienstantritt 1945 konnten auch die Assistenzarztstellen zunehmend kontinuierlicher besetzt werden. Während in den Wirtschaftsberichten und Korrespondenzen der ersten Jahre in der Regel ein bis zwei Assistenzärzte aufgeführt sind, werden in den Wirtschaftsberichten Anfang der fünfziger Jahre bereits zwei bis drei Assistenzärzte erwähnt.⁴⁷⁰ Aber auch famulierende Medizinstudenten stehen der Heilstätte immer wieder als zusätzliche und kostenlose Arbeitskräfte zur Verfügung.⁴⁷¹

2.7.1.6 Fehlende Transportmittel und die Anlage eines Notfriedhofes

Durch die Flucht des ehemaligen Chefarztes Mende und des Assistenzarztes Kreutzkamp mit ihren Familien in den beiden heilstätteneigenen Opel-PKW am ersten Mai 1945 fehlten der Heilstätte zwei wichtige Transportmittel. Auch die Beschaffung eines Pferdefuhrwerkes zur Bewältigung der alltäglichen Transportaufgaben gelang nicht, wobei auch versäumt wurde, in den ersten Tagen nach Kriegsende, „Pferd und Wagen, welches damals herrenlos vielfach

⁴⁶⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben Gierckes an Klare vom 20.06.1947.

⁴⁶⁶ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben Gierckes an die SVA vom 15.07.1949, S. 2.

⁴⁶⁷ Ebenda.

⁴⁶⁸ Fachklinik Waldeck: Wandtafeln zur einhundertjährigen Geschichte der Fachklinik Waldeck 2011, Tafel 4.

⁴⁶⁹ Aussagen der Eheleute Fritz und Gisela Wolbrink aus Schwaan, Bützower Straße 4; Interview vom 20.09.2011, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁴⁷⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 6.

⁴⁷¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Niederschrift über die Besichtigung der Heilstätte Waldeck durch die SVA am 10.5.1946, S. 1.

herumstand, zu beschaffen.⁴⁷² Während die Beschaffung eines Pferdes kein völlig unlösbares Problem darstellte, zeigte sich der Erwerb eines benötigten leichten einspännigen Wagens als praktisch unmöglich, „da die Russen diese Art Wagen restlos weggenommen haben.“⁴⁷³ Noch Anfang der fünfziger Jahre wurde die Beschaffung eines Pferdefuhrwerkes erwogen, um Transporte wie Milchanfuhr, Kartoffel- und Kohletransporte, Müllabfuhr und Gartenbewirtschaftung durchführen zu können, ohne Mietfahrzeuge (LKW) in Anspruch nehmen zu müssen, die beispielsweise allein im Jahr 1950 etwa 5.000,- DM zusätzliche Kosten verursachten.⁴⁷⁴ Vor dem Krieg besaß die Heilstätte kein eigenes Pferdefuhrwerk, da solche Transporte früher von dem Schwaaner Ackerbürger Vick durchgeführt wurden, der im Gegenzug die Speiseabfälle der Heilstätte als Schweinefutter erhielt. Das war nach dem Krieg nicht mehr möglich, weil die Speiseabfälle sich in ihrer Menge erheblich verringerten. Außerdem hatte der genannte Ackerbürger eine bedeutendere Funktion in der NSDAP und durfte deshalb nicht mehr solche Arbeiten übernehmen. Eine eingerichtete Fahrbereitschaft der Ackerbürger zeigte sich aber als zu unzuverlässig, um die Transportaufgaben der Heilstätte dauerhaft und befriedigend übernehmen zu können.⁴⁷⁵ Durch das Fehlen geeigneter Transportmöglichkeiten ergab sehr rasch ein weiteres Problem: Die in der Heilstätte verstorbenen Patienten konnten nicht mehr, wie früher üblich, zum Friedhof nach Wiendorf gebracht werden. Außerdem wurde dieser Friedhof durch die hohe Sterberate unter den in den umliegenden Gemeinden untergebrachten Flüchtlingen immer stärker ausgelastet. Hinzu kam, dass auch der Schwaaner Friedhof nicht genutzt werden konnte, da die Stadt Schwaan es seit der Gründung der Heilstätte nur in Ausnahmefällen gestattete, verstorbene Heilstättenpatienten auf dem Schwaaner Friedhof zu bestatten. Aufgrund dessen sah sich die Heilstätte gezwungen, auf dem nordöstlichen Heilstättengelände einen Notfriedhof anzulegen.⁴⁷⁶ Durch die Heilstätte selbst wurde dieser zunächst nur relativ gering ausgelastet, von Mai bis Oktober 1945 starben in der Heilstätte insgesamt 29 Patienten.⁴⁷⁷, in den Monaten November und Dezember nochmals insgesamt 12 Patienten.⁴⁷⁸ Durch die sich nach Kriegsende im Land ausbreitenden Infektionskrankheiten wie Typhus und Diphtherie nahm die Sterblichkeit jedoch massiv zu.⁴⁷⁹ Die befragte Zeitzeugin und ehemalige Schwaaner

⁴⁷² LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Aktennotiz zum Telefonat der Heilstätte Waldeck mit der LVA Mecklenburg vom 30.07.1945.

⁴⁷³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 3.

⁴⁷⁴ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 22.

⁴⁷⁵ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 01.11.1945, Bl. 3.

⁴⁷⁶ Ebenda.

⁴⁷⁷ Ebenda, Bl. 4.

⁴⁷⁸ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Wirtschaftsbericht der Heilstätte Waldeck nach dem Stand vom 31.12.1945, Bl. 1.

⁴⁷⁹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Übersicht zu festgestellten Infektionskrankheiten im Land Mecklenburg-Vorpommern vom 08.09.1945.

Krankenschwester Thea Ziemann, die 1946 vom Land Mecklenburg-Vorpommern zum Dienst in den durch die Stadt Schwaan zur Bekämpfung dieser Krankheiten beschlagnahmten und als Seuchenkrankenhäuser genutzten beiden Ärzte Wohnhäusern in Waldeck zwangsverpflichtet wurde, berichtete, dass täglich durchschnittlich vier bis acht Tote zu beklagen waren, an manchen Tag auch bis zu zehn.⁴⁸⁰ Auch der Zeitzeuge Fritz Wolbring berichtete, dass sein Schwiegervater und späterer langjähriger Ärztlicher Leiter des Schwaaner Landambulatoriums, der in Schwaan praktizierende Arzt Medizinalrat Dr. Helmut Klare täglich mehrere Totenscheine ausschrieb.⁴⁸¹ Die Zahl der täglich Verstorbenen stieg nochmals schlagartig an, als die Heilstätte am 22. Februar 1946 vom Land Mecklenburg-Vorpommern zur Bekämpfung der ausgebrochenen Fleckfieberepidemie beschlagnahmt wurde, worüber in einem nachfolgenden Abschnitt noch gesondert berichtet wird.⁴⁸² Die genaue Zahl der Toten ist jedoch nicht bekannt. Ohne entsprechende Transportmöglichkeiten konnten diese Toten aber in dieser hohen Zahl zwangsläufig nur in der näheren Umgebung beerdigt werden.

Für Wirtschaftstransporte wie Milchanfuhr, Kohletransporte, Müllabfuhr, Gartentransporte usw. mussten LKW gemietet werden, was, wie bereits aufgeführt, im Jahr 1950 etwa 5.000,- DM Kosten verursachte.⁴⁸³

Ein weiteres Problem für den Betrieb der Heilstätte ergab sich aus der drohenden Einstellung der Bahnverbindung nach Güstrow im Sommer 1947. Da bereits 1945 die Schienen auf der Strecke zwischen Rostock und Schwaan als Reparationsleistungen demontiert und abtransportiert wurden, war nun vorgesehen, auch die Schienen des Streckenabschnittes zwischen Schwaan und Güstrow aufzunehmen. Zwischen Rostock und Schwaan verkehrten zwar regelmäßig Dampfboote, die aber häufig reparaturbedürftig waren und ausfielen und im Winter bei vereister Warnow gar nicht fahren, so dass in dieser Zeit keine Verbindung zwischen Rostock und Schwaan existierte.⁴⁸⁴ Wenn nun auch noch die Verbindung nach Güstrow ausfiel, wäre Schwaan und damit die Heilstätte nur noch durch die unsichere Dampfbootverbindung erreichbar. Das hätte neben der An- und Abreise der Patienten auch gravierende Einschnitte bei der Versorgung der Heilstätte mit Wirtschaftsgütern, vor allem aber bei der Belieferung mit Kohle bzw. Koks sowie beim Postverkehr bedeutet. In einem Schreiben vom August 1947 bat Giercke deshalb die SVA eindringlich, sich bei den

⁴⁸⁰ Aussage der Zeitzeugin Thea Ziemann in Schwaan im September 2011, Notat im Besitz des Autors.

⁴⁸¹ Aussage des Zeitzeugen Fritz Wolbring in Schwaan im September 2011, Notat im Besitz des Autors.

⁴⁸² Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben des Präsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Arbeit und Sozialfürsorge, an die Heilstätte Waldeck vom 20.02.1946.

⁴⁸³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 22.

⁴⁸⁴ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben Gierckes an die SVA vom 04.08.1947.

entsprechenden Stellen der Landesregierung für den Erhalt der Bahnstrecke zwischen Schwaan und Güstrow einzusetzen. In den zur Verfügung stehenden Archivunterlagen findet sich kein Hinweis auf eine Demontage der Gleisanlagen. Ob tatsächlich keine Demontage erfolgte oder ob Gierckes Bittschrift letztlich Erfolg hatte, ist deshalb letztlich nur durch die Einbeziehung weiterer Quellen zu klären.

Bezüglich der Wiederanschaffung eines PKW gab Verwaltungsleiter Bender in einem Protokoll der SVA zu einer Aussprache mit ihm an, dass die SVA auf Drängen Benders bereits 1947 dem Kauf eines PKW als Heilstätten-Dienstwagen in Höhe von 10.000 – 12.000 DM zustimmte.⁴⁸⁵ Ab wann die Heilstätte wieder über Kraftfahrzeuge verfügte, ist anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht feststellbar. Im Bericht der SVA zur Wirtschaftsprüfung der Heilstätte im März 1951 ist aufgeführt, dass die Heilstätte über einen viersitzigen PKW Ford Eifel und einen Krankentransportwagen Phänomen verfügt. Der PKW diene hauptsächlich dem Chefarzt in seiner Nebenfunktion als Bezirkstuberkulosearzt und für die Dienstfahrten der Verwaltung. Im Bericht ist weiterhin aufgeführt, dass weder der Chefarzt noch die Verwaltung das dafür vorhandene Fahrtenbuch mit der nötigen Sorgfalt führten. Der Krankentransportwagen wurde neben den Patiententransporten der Heilstätte vor allem für Krankentransporte in der Stadt Schwaan und den umliegenden Gemeinden eingesetzt. Die Benzinzuteilung für diese Fahrten erfolgte gemäß Fahrtennachweis durch das Gesundheitsamt des Kreises Güstrow.⁴⁸⁶

Alle diese nach Kriegsende entstandenen Transportprobleme konnten auch wie die Probleme bei der Versorgung mit Nahrungsmitteln, Heizung, Energie und Wasser ebenso wie die Personalprobleme nur langsam und schrittweise gelöst werden.

2.7.1.7 Personelles Fehlverhalten und Verstöße

Aufgrund des in der Nachkriegszeit bestehenden Mangels an allem, insbesondere an Nahrungsmitteln, herrschte in Waldeck nicht nur, wie unter Punkt 2.7.1.1. beschrieben, unter den Patienten häufig Unmut über die Verpflegung. Auch unter dem Personal kam es zu Unmut, aber auch zu Neid, Unterstellungen und sogar Denunziation, wenn ein anderer Kollege vermeintlich über mehr oder bessere Nahrungs- oder Genussmittel verfügte, als ihm seiner Position nach „zustünden“. Aus den Archivunterlagen geht hervor, dass besonders der Verwaltungsleiter der Heilstätte, Otto Bender, offenbar sehr bemüht war, Chefarzt Dr. Giercke diesbezüglich Fehlverhalten und Vorteilsnahme nachzuweisen. Giercke hatte im Mai

⁴⁸⁵ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Verhandlungsniederschrift zur Aussage Benders gegenüber der SVA vom 27.03.1950, S. 3.

⁴⁸⁶ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 5.-10.3.1951, S. 22.

1949 seine in Marburg in der Westzone wohnende und an Tuberkulose leidende Schwiegertochter Christina Giercke, geb. Knoblauch, und ihre beiden Kinder zu sich nach Waldeck geholt. Sie wohnten bei ihm, erhielten aber in Waldeck die Patientenkost. Bender hielt sich daraufhin für verpflichtet, der SVA einen entsprechenden „sachdienlichen Hinweis“ zu geben, da es seiner Meinung nach „[...] nicht vertretbar ist, die Tbc-Ernährung der Ostzone für Patienten aus der Westzone zu verwenden, ganz abgesehen davon, dass es sich hier um einen nahen Verwandten des leitenden Arztes handelt.“⁴⁸⁷ Offenbar erfolgte daraufhin eine Anfrage der SVA an Giercke, worauf dieser neben der medizinischen Indikation für den Heilstättenaufenthalt seiner Tochter auch sein Bedauern zum Ausdruck brachte, es bei Aufnahme seiner Schwiegertochter versäumt zu haben, die ausdrückliche Genehmigung der SVA eingeholt zu haben.⁴⁸⁸

Weiterhin beschuldigte Bender die Chefarztsekretärin Frau Schwarz, die an die Patienten adressierten Postsendungen zu öffnen und Bargeld, Kaffee, Zigaretten usw. zu entwenden. Frau Schwarz und Chefarzt Dr. Giercke würden fast jeden Abend mit reichlich Butter zubereitete Bratkartoffeln verzehren, nach denen das ganze Haus dufte, und dabei in außergewöhnlichem Umfang Zigaretten sowie teure und hier nicht erhältliche Lebensmittel wie Schokolade und Kaffee verbrauchen, die beide in diesem Umfang nicht von ihrem Einkommen bestreiten könnten. Giercke wäre daraufhin von Bender diesbezüglich angesprochen worden, habe sich aber zunächst unentschlossen gezeigt. Bei einer erneuten Nachfrage Benders habe er angegeben, die Beziehung zu Frau Schwarz langsam „einschlafen“ lassen zu wollen.⁴⁸⁹ Der Sekretärin konnte tatsächlich der Diebstahl von Geld und Genussmitteln aus für Patienten bestimmten Paketen nachgewiesen werden – u.a. auch einzelne Bargeldbeträge in Höhe von jeweils bis zu 2.000,- DM, worauf Giercke im Beisein Benders eine Aussprache mit Frau Schwarz durchführte, in der sie diese Verfehlungen einräumte. Giercke legte ihr daraufhin dar, dass sie unter diesen Umständen das Haus am Jahresende zu verlassen habe.⁴⁹⁰ Bei der Stellungnahme Gierckes gegenüber der SVA behauptete dieser, durch die Sekretärin getäuscht worden zu sein. Da sie ebenfalls starke Raucherin war, sei ihm nicht aufgefallen, dass sie beispielsweise immer über Zigaretten verfügte. Übrigens habe bei gemeinsamen Spielabenden auch Herr Bender von ihr Zigaretten angenommen. Dass sie sich Hoffnungen auf eine engere Beziehung zu Giercke machte, schien dieser auch bemerkt zu haben. Denn in der Stellungnahme ist u.a. folgendes zu lesen: „Zur Erklärung, warum ich nicht kurzer Hand jede persönliche Beziehung zu Frau Schwarz

⁴⁸⁷ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Aktennotiz zur Aussage Benders gegenüber der SVA vom 05.08.1949.

⁴⁸⁸ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153-55: Schreiben Gierckes an die SVA vom 15.08.1949.

⁴⁸⁹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Verhandlungsniederschrift zur Aussage Benders gegenüber der SVA vom 27.3.1950, S. 1-2.

⁴⁹⁰ Ebenda.

löste, diene Folgendes: Sie war ein armes unansehnliches und reizloses Wesen und hatte unglücklicherweise ein Auge auf mich geworfen. Ich erinnere mich, dass mir in jener Zeit Herr Oberarzt Zeppelin gelegentlich sehr ernsthaft sagte, Frau Schwarz liebe mich wirklich sehr. Dass sie aus irgendwelchen vielleicht von mir unbewusst verletzten Empfindungen heraus versuchen würde, mich durch ihr Verhalten und durch Äußerungen zu kompromittieren, ahnte ich damals nicht. Jedenfalls schien es mir aus menschlichen Gründen nicht angebracht, diesem vom Schicksal benachteiligten Wesen einfach die Tür zu weisen.“⁴⁹¹ Ein Fehlverhalten Gierckes konnte auch in diesem Fall nicht nachgewiesen werden. Offensichtlich ist jedoch das moralische Fehlverhalten Gierckes. Dass Frau Schwarz sich diese Mengen an Zigaretten, Kaffee, Butter usw. nicht von ihrem Sekretärinnengehalt leisten konnte, muss ihm aufgefallen und klar gewesen sein. Dennoch nutzte er diese Beziehung zu seinem Vorteil so weit wie möglich aus und distanzierte sich erst, als die Beschuldigungen Frau Schwarz gegenüber nicht mehr abwendbar waren und drohten, auch ihm gefährlich zu werden. Dem entsprechen auch Schilderungen befragter Zeitzeugen, die Hinweise auf mögliche charakterliche Fehlbarkeiten Gierckes zeigten. Die ehemalige ökonomische Leiterin der Heilstätte, Inge Rodust, die Giercke noch in seinen letzten Jahren als Ärztlichen Leiter kennengelernt hatte, beschrieb ihn als distanziert und arrogant, der aber Frauen sehr zugetan gewesen sein soll. Eine weitere befragte Zeitzeugin, die Nichte von Gierckes zweiter Frau Dorothea, Gisela Wolbrink aus Schwaan, die als Kind mit Giercke bei Familienfeierlichkeiten Kontakt hatte, schilderte ihn als Kindern gegenüber kühl und abweisend.

Ein weiterer Vorwurf an Giercke betraf die Unterbringung seiner Schwiegereltern in den Monaten Juli und August der Jahre 1948 und 1949 in einem freistehenden Stationszimmer der Heilstätte. Laut Aussage Gierckes erhielten seine Schwiegereltern 1948 nur Stationskost, sofern noch Reste übriggeblieben waren, allerdings ohne Fleisch- und Fettanteile. 1949 soll keine Einnahme von – übriggebliebener – Stationskost mehr erfolgt sein. Einige Stationsmitarbeiter behaupteten jedoch das Gegenteil. Bei der späteren Befragung Gierckes zu diesen Vorwürfen gab er an, dass für solche Fälle in den Jahren 1948 und 1949 noch keine entsprechenden Regelungen vorlagen, die solche Praktiken ausdrücklich untersagten. Außerdem konnten die betreffenden Stationsmitarbeiter zu diesem Sachverhalt nicht mehr befragt werden, da sie zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr in der Heilstätte tätig waren.⁴⁹²

Weiterhin beschuldigte Bender Giercke, ein von einer Schwester in den Wirren des Kriegsendes aus dem Tuberkulose-Krankenhaus Hohenkrug bei Stettin mitgenommenes

⁴⁹¹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Stellungnahme Gierckes gegenüber der SVA vom 29.03.1950.

⁴⁹² Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3158: Bericht der SVA zur Sonderprüfung der Heilstätte Waldeck vom 04.-07.06.1951, S. 8.

Mikroskop als sein persönliches Eigentum betrachtet und bei einer Berliner Autohandelsfirma gegen einen Opel Olympia eingetauscht zu haben. Da, wie bereits erwähnt, die SVA der Heilstätte den Kauf eines PKW in einer Höhe von 10.000 – 12.000 DM genehmigt hatte, hätte Giercke ihm den Vorschlag gemacht, den aus Berlin zu erwartenden Opel der SVA für 10.000,- DM in Rechnung zu stellen und das Geld untereinander zu teilen. Bender betonte dabei, dass er diese Aussage unter seinem Diensteid treffe.⁴⁹³ Giercke wiederum begründete den Tausch des Mikroskops gegen den Opel damit, dass die Besitzverhältnisse bezüglich des Mikroskops selbst durch den Direktor der SVA nicht befriedigend geklärt werden konnte. Ein Kfz benötigte Giercke jedoch in seiner Funktion als Tuberkulose-Fürsorgearzt ebenfalls dringend. Da aber Bender nach Anschaffung des heilstätteneigenen PKW Giercke dessen Mitbenutzung angeblich sehr erschwerte, benutzte Giercke für seine Fahrten lieber einen Mietwagen. Aufgrund dessen wollte er einen eigenen Dienstwagen anschaffen, der im Tausch gegen das Mikroskop, dessen Besitzstatus ohnehin unklar war, für die SVA somit letztlich kostenneutral gewesen wäre. Leider entpuppte sich die Berliner Autohandelsfirma als Betrugsfirma, so dass Giercke selbst nach Einschaltung eines Anwaltes weder das Fahrzeug erhalten noch das Mikroskop zurückbekommen konnte. Auch Giercke betonte, dass er seine Aussage unter Diensteid mache. Dieses tat er offenbar ausreichend glaubwürdig, denn letztlich wurde Bender entlassen, worauf nachfolgend noch weiter eingegangen wird. Trotzdem wurde neben Bender auch gegen Giercke wegen des Verdachtes der Unterschlagung und Untreue kriminalpolizeilich ermittelt.⁴⁹⁴ Das Ergebnis dieser Ermittlungen ist aus den vorhandenen Archivunterlagen nicht zu entnehmen. Da Giercke jedoch weiter als Chefarzt tätig war, darf angenommen werden, dass ihm kein schuldhaftes Vergehen nachgewiesen werden konnte.

Im Jahr 1949 warf die Heilstättenkommission der SVA Giercke vor, dass er selbst eine der Stationen in Waldeck als sogenannte „Chefstation“ mit von ihm ausgesuchten Patienten betreuen würde.⁴⁹⁵ Diese würden dort besser versorgt und betreut als Patienten der anderen Stationen.⁴⁹⁶ Giercke entgegnete diesem Vorwurf, er nehme auf der von ihm ärztlich betreuten Station vor allem erkrankte Ärzte, Schwestern und Studenten auf. Aber in erster Linie habe er bei der Auswahl dieser Patienten auf „charakterlich einwandfreie, ruhige Kranke“ Wert gelegt, da auf dieser Station keine strenge Trennung zwischen männlichen und weiblichen Patienten existiere. Die soziale Herkunft spiele dabei keine Rolle. Außerdem seien

⁴⁹³ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Verhandlungsniederschrift zur Aussage Benders gegenüber der SVA vom 27.3.1950, S.3.

⁴⁹⁴ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der Landesbehörde der Volkspolizei an die SVA vom 30.06.1950.

⁴⁹⁵ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der SVA an die Landeskommision für Staatliche Kontrolle vom 21.02.1950.

⁴⁹⁶ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Internes Schreiben des Verwaltungsleiters an das Ärztliche Büro der Heilstätte Waldeck vom 09.02.1950.

wiederholt auch auf besonderen Wunsch der SVA Angehörige hoher Landesbehörden und Funktionäre der SED auf diese Station aufgenommen worden. Sie habe damit einen ähnlichen Charakter erhalten wie etwa das Haus für die schaffende Intelligenz in Heiligendamm. Vorteile bezüglich Verpflegung oder ärztlicher bzw. pflegerischer Betreuung habe es ebenso wenig gegeben wie wirtschaftliche Vorteile für den Chefarzt.⁴⁹⁷ Das war der SVA offenbar selbst schnell klar geworden. Um aber Irritationen von vornherein auszuschließen, wurde beschlossen, den Begriff „Chefstation“ auch als hausinterne dienstliche Bezeichnung in Waldeck nicht mehr zu verwenden.⁴⁹⁸

Verwaltungsleiter Bender war jedoch selbst ebenfalls alles andere als unfehlbar. Im Januar 1950 erfolgte eine vertrauliche Rücksprache zwischen der Hauptabteilung IV – Eigenbetriebe – der SVA und der Kassensekretärin der Heilstätte Waldeck, Frl. Gienau. Frl. Gienau hatte die SVA darauf hingewiesen, dass Verwaltungsleiter Bender einige unklare bzw. zweifelhafte Rechnungen zur Vorlage gebracht hatte. Dabei handelte es sich um Rückerstattungen verauslagter Beträge. Beispielsweise habe er in einem der letzten Fälle einem Frl. Meier die Lieferung von 4,5 Zentnern Kartoffeln zum Preis von 67,50 DM quittiert und zur Zahlung angewiesen. Derartige Anlieferungspraktiken von Kleinmengen seien äußerst ungewöhnlich.⁴⁹⁹

Bei einer turnusmäßigen Wirtschaftsprüfung der SVA im Februar 1950 wurde festgestellt, dass in Waldeck die Wirtschaftsbücher, insbesondere die Warenein- und -ausgangsbücher sowie das Küchenwirtschaftsbuch lasch und nicht korrekt geführt wurden. Beispielsweise wurden die Waren, die zum sofortigen Verbrauch bestimmt waren, nicht ins Wareneingangsbuch aufgenommen. Die Küchenschwester allein entschied, welche Waren dazu gehörten. Außerdem erfolgte die Ausgabe der ins Wareneingangsbuch aufgenommenen Lebensmittel für die jeweils kommende Woche durch Bender einmal wöchentlich an die Küchenschwester nach von ihr erfolgten Schätzungen anhand des von ihr aufgestellten Speiseplans für die kommende Woche. Dabei war nicht zu erkennen, ob diese Schätzungen zu hoch oder zu niedrig lagen und was bei zuviel ausgegebenen und nicht verbrauchten Lebensmitteln oder Nachforderungen aufgrund zu geringer Schätzungen weiter geschah. Die gesamte Verpflegung von der Anlieferung bis zum Verbrauch lag somit allein in der Hand der Küchenschwester, die ihre Entscheidung nach mündlicher Absprache mit Verwaltungsleiter

⁴⁹⁷ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Internes Schreiben Gierckes an die Leitung der Heilstätte Waldeck vom 07.12.1949.

⁴⁹⁸ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Internes Schreiben des Verwaltungsleiters an das Ärztliche Büro der Heilstätte Waldeck vom 09.02.1950.

⁴⁹⁹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Aktennotiz zur vertraulichen Rücksprache der SVA mit Kassensekretärin Frl. Gienau vom 17.01.1950.

Bender ohne eine Kontrollmöglichkeit traf. Dazu kam, dass die Wareneingangs- und Küchenwirtschaftsbücher ausschließlich von Bender persönlich geführt wurden und kein anderer Mitarbeiter Einsicht hatte oder überhaupt Aussagen dazu treffen konnte. Im Rahmen der Prüfung wurde dann auch festgestellt, dass die Verwendung bzw. der Verbleib einiger Lebensmittel nicht angegeben werden konnte, unter anderem war auch die bereits erwähnte Lieferung der 4,5 Zentner Kartoffeln weder im Wareneingangsbuch noch im Küchenwirtschaftsbuch verzeichnet. Ob also die Kartoffeln überhaupt tatsächlich angeliefert wurden, konnte somit nicht belegt werden.⁵⁰⁰

Damit hatte Bender ein System der Verschleierung geschaffen, das letztlich nur er allein kontrollierte und aus dem er sich nach seinem Belieben bedienen konnte. Neben dem in der Wirtschaftsprüfung ausgesprochenen Verdacht auf Unterschlagung und Urkundenfälschung lag somit auch eine Verletzung seiner Aufsichtspflicht vor. Nach Ansicht des Prüfers war in diesem System außerdem die Ursache der Patientenbeschwerden über unzureichende Verpflegung zu sehen. Nach Auswertung der Prüfung sollte deshalb über den weiteren Verbleib des Verwaltungsleiters entschieden werden.⁵⁰¹

In der nächsten durchgeführten Wirtschaftsprüfung im März 1950 wurde eine weitere von Bender begangene Urkundenfälschung sowie zwei Verdachtsfälle auf von Bender begangene Urkundenfälschung festgestellt. Bei einer anschließenden Vernehmung gab Bender die Urkundenfälschung auch zu. Daraufhin wurde mit Zustimmung der Betriebsgewerkschaftsleitung der Heilstätte die sofortige fristlose Entlassung Benders beschlossen.⁵⁰² Bereits am 27. März 1950 wurde der am 4. August 1912 geborene Alfred Knöfelt zum neuen Verwaltungsleiter der Heilstätte bestellt.⁵⁰³ Außerdem erstattete die SVA bei der Kriminalpolizei Anzeige.⁵⁰⁴ Nach Abschluss der kriminalpolizeilichen Ermittlungen erfolgte die Abverfügung dieses Vorganges an die Staatsanwaltschaft Güstrow. Das Verfahren gegen Bender wurde jedoch im September 1950 eingestellt, da ihm die von der SVA vorgeworfenen Unterschlagungen nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden konnten. Die anderen begangenen Verfehlungen Benders waren dem Umfang nach für eine Verurteilung insgesamt zu gering.⁵⁰⁵

Aber auch der neue Verwaltungsleiter Knöfelt hatte bald mit dem Vorwurf eines weiteren Disziplinverstoßes zu kämpfen. Im April 1950 meldete der stellvertretende Kassendirektor

⁵⁰⁰ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Bericht der SVA über die Wirtschaftsprüfung der Heilstätte Waldeck vom 17.2.1950, S. 2-4.

⁵⁰¹ Ebenda, S. 5.

⁵⁰² Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der SVA, Hauptabt. V, an die Personalabteilung der Heilstätte Waldeck vom 19.06.1950.

⁵⁰³ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der SVA an Knöfelt vom 27.03.1950.

⁵⁰⁴ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der Landesbehörde der Volkspolizei an die SVA vom 30.06.1950.

⁵⁰⁵ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155: Schreiben der Staatsanwaltschaft Güstrow an die SVA vom 05.09.1950.

der Sozialversicherungskasse Güstrow, Skrotzki dem Hauptabteilungsleiter der SVA, Lange, dass er beim Krankenbesuch eines Bekannten in der Heilstätte Waldeck mit einem weiteren Patienten eine Unterhaltung hatte. Der Name des Patienten sei Skrotzki leider entfallen, es habe sich aber um einen Polizeikommandeur gehandelt. Dieser Patient gab Skrotzki gegenüber an, dass am zentralen Radioapparat der Heilstätte fast ausschließlich Radiosender der westlichen Besatzungszonen eingestellt werden. Nachrichtenbeiträge der DDR-Sender werden, sofern sie überhaupt vorher eingestellt waren, geradezu demonstrativ abgeschaltet. Auch bei der Darbietung eines Theaterstückes durch Patienten-Laiendarsteller „[...] sei die neue Ordnung in der DDR in ironischer Weise glossiert worden.“⁵⁰⁶ Als Knöfelt davon durch die SVA in Kenntnis gesetzt wurde, erklärte er, dass er bei seinem Dienstantritt in Waldeck ähnliche Feststellungen gemacht hatte, aber inzwischen für die Abstellung dieser Sender Sorge getragen habe. Der vorherige Verwaltungsleiter Bender habe eigenartiger Weise die Einstellung der zentralen Rundfunkanlage einem Patienten überlassen.⁵⁰⁷ Knöfelt wurde daraufhin aufgetragen, „[...] sofort einen Verwaltungsangestellten der Heilstätte zu bestimmen, dem die Bedienung der zentralen Rundfunkanlage zu übertragen und der gleichzeitig der Verwaltung als auch der SVA gegenüber dafür verantwortlich ist, dass Sendungen der westlichen Sender nicht eingeschaltet werden. Darüber hinaus ist es Aufgabe des Verwaltungsleiters, sich laufend von der Beachtung dieser Anweisung zu überzeugen. Soweit Laienspielabende zur Durchführung kommen, hat sich der Kultur-Referent, der ebenfalls auch der SVA gegenüber volle Verantwortung trage, im Rahmen der ihm übertragenen Aufgaben vorher zu unterrichten, dass keinerlei Verunglimpfungen, Glossierungen usw. der Einrichtungen der DDR möglich sind.“⁵⁰⁸ Knöfelt sicherte zu, diese Anweisungen umgehend umzusetzen. Bereits einen Tag später meldete er sich telefonisch bei der SVA zurück, um die bisherigen Ergebnisse seiner Ermittlungen bekanntzugeben.⁵⁰⁹ Bereits bei seinem Eintreffen in der Heilstätte habe ihn die BGL darüber informiert, dass in der Heilstätte wiederholt der Sender RIAS zur Abhörung kam, so Knöfelt. Bei der Ermittlung der Ursache gab der bisher die Sendereinstellungen vornehmende Patient bei der Befragung durch Knöfelt an, dass er diesen Sender nicht bewusst eingestellt habe. Es sei darauf zurückzuführen, dass die Wellenbereiche der einzustellenden Sender geändert wurden und daher eine genaue Einstellung der Ostsender, der Deutschlandsender oder des Leipziger Senders nicht möglich gewesen wäre. Dass es sich um einen Westsender handelte, habe man

⁵⁰⁶ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155-77: Aktenvermerk der SVA zur Mitteilung des Kassendirektors der SVK Güstrow, Skrotzki nach einem Besuch in der Heilstätte Waldeck vom 14.04.1950.

⁵⁰⁷ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155-57: Aktenvermerk der SVA zum Telefonat mit Verwaltungsleiter Knöfelt vom 18.04.1950.

⁵⁰⁸ Ebenda.

⁵⁰⁹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3155-57: Schreiben Knöfelts an die SVA vom 19.04.1950 zum Telefonat vom 17.04.1950. Die nachfolgenden Schilderungen Knöfelts zur Radiosenderproblematik beziehen sich auf dieses Schreiben.

erst feststellen können, als die üblen Hetznachrichten durchgegeben wurden, heißt es in Knöfelts Bericht weiter. Der Sender sei dann sofort zur Abschaltung gebracht worden. Knöfelt vermied es offensichtlich, dieser fadenscheinigen Ausrede des Patienten durch weitere Nachfragen, wie beispielsweise, warum ostdeutsche Radiosendungen „geradezu demonstrativ zur Abschaltung kamen“, weiter nachzugehen. Neben einem Appell an den Verantwortlichen der Sendereinstellung, dass „[...] man sich als fortschrittlicher Mensch konsequent dagegen stellen muss, dass solche Sender eingestellt werden“, änderte er auch die Radioprogrammgestaltung der Heilstätte, um solchen Verstößen vorzubeugen. Die Patienten hatten zukünftig ihre Wünsche bezüglich bestimmter Radiosendungen schriftlich bei der Sekretärin des Verwaltungsleiters eine Woche vorher einzureichen. Aus diesen Wünschen wurde dann das entsprechende Radioprogramm für die kommende Woche zusammengestellt und Knöfelt zur Prüfung vorgelegt. Anhand des von Knöfelt genehmigten Programms wurden dann durch einen zuverlässigen Patient, der die Sendereinstellungen kannte, die für das Programm erforderlichen Einstellungen vorgenommen, heißt es in dem Bericht weiter. Außerdem wurde am Radiogerät ein von der Verwaltungsleitung und der BGL unterzeichneter Aushang angebracht, aus dem hervorgeht, dass allen Bewohnern der Heilstätte das Einstellen von Radiosendern untersagt ist und dass das Kollektiv der Heilstätte nicht gewillt ist, „[...] den RIAS-Sender sowie die üblichen Hetzsendungen der Westsender abzuhören.“ Um bezüglich dieses Sachverhaltes auch sicher jeden Schaden von der Heilstätte abzuhalten, ging Knöfelt am Ende seines Schreibens noch zum Gegenangriff über und kritisierte die Vorgehensweise des Polizeikommandeurs. Als „fortschrittlicher Mensch“ wäre es seine Pflicht gewesen, sofort einzuschreiten und die Verwaltungsleitung sowie die BGL umgehend über diesen Sachverhalt in Kenntnis zu setzen. So aber hatten Verwaltungsleitung und BGL erst über Umwege davon erfahren. Knöfelt schloss sein Schreiben mit der devoten Feststellung: „Es muss uns selbstverständliche Pflicht sein, auftretende Misstände dieser Art sofort und konsequent abzustellen.“ Da Knöfelts Werdegang nicht bekannt ist, kann nicht gesagt werden, ob er einen derart routinierten Umgang mit Behörden und übergeordneten Dienststellen möglicherweise bereits in den Jahren 1933 bis 1945 erlernt hatte.

2.7.2 Die Heilstätte während der Fleckfieberepidemie

Nach Ende des Krieges führte die allgemeine katastrophale Versorgungslage nicht nur zu einem rasanten Anstieg der Tuberkulose-Infektionen, auch andere schwere Infektionskrankheiten traten wieder großflächig auf. Beispielsweise begann sich Typhus

bereits im Sommer 1945 in Mecklenburg auszubreiten.⁵¹⁰ Vor allem die Vertriebenen und Flüchtlinge aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten brachten Infektionskrankheiten mit, die sich in den Aufnahmelagern ausbreiteten. Durch die dann im Land aufgeteilten Flüchtlinge brachen diese Krankheiten schließlich landesweit aus. Im Land Mecklenburg waren allein im September 1945 2.687 Diphtherie-Erkrankungen und 6.709 Typhus-Erkrankungen gemeldet, wobei die genaue Gesamtzahl der Typhusfälle nur anhand von Einzelberichten geschätzt werden konnte und ungefähr das Doppelte der gemeldeten Fälle betragen dürfte, also etwa 15.220.⁵¹¹ Aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen geht nicht hervor, ob es sich bei dem in dieser Statistik genannten Typhus tatsächlich um den durch *Salmonella typhi* hervorgerufenen Typhus abdominalis oder um den durch *Rickettsia prowazekii* hervorgerufenen Typhus exanthematicus handelt, der auch als Fleckfieber bezeichnet wird. Rickettsien werden hauptsächlich durch Kleiderläuse verbreitet, und trotz der zahlreichen Entlausungsmaßnahmen gelang es nicht, die Ausbreitung des Fleckfiebers einzudämmen, so dass Ende 1945 / Anfang 1946 eine Fleckfieberepidemie in Mecklenburg-Vorpommern ausbrach.⁵¹²

In den Archivunterlagen ist u.a. aufgeführt, dass bereits am 2. Oktober 1945 die beiden Ärzthäuser, das Chefarzthaus und das Oberarzthaus, von der Stadt Schwaan beschlagnahmt wurden einschl. aller Betriebsmittel, der Ausstattung mit Personal und der Versorgung. Dazu wurde das Chefarzthaus als Typhuskrankenhaus und das Oberarzthaus als Krankenhaus für Innere Medizin eingerichtet. Die ärztliche Betreuung erfolgte durch drei in Schwaan niedergelassene Ärzte. Zur Einrichtung des Typhuskrankenhauses habe die Oberschwester ohne Wissen des noch amtierenden kommissarischen Chefarztes Dr. Müller einige Betten und Bettgestelle abgegeben. Hätte sie es nicht freiwillig getan, wären diese wohl auch beschlagnahmt worden⁵¹³ Laut der befragten Zeitzeugin Thea Ziemann wurde dagegen das Chefarzthaus als Diphtherie-Krankenhaus und das Oberarzthaus als Typhuskrankenhaus genutzt.⁵¹⁴ Der Leiter der beiden Häuser sei Herr Dr. Jakubczik gewesen, der nach etwa einem Jahr an Tuberkulose verstorben sein soll. Sein Nachfolger war Dr. Bröcker. Ein weiterer in diesen beiden Häusern tätiger Arzt war der in Schwaan als Praktischer Arzt niedergelassene Dr. Bonnes. Wie Thea Ziemann bereits berichtete, starben täglich zwischen vier bis acht Typhuspatienten, an manchen Tagen auch bis zu zehn oder mehr. Die Toten wurden bis zu

⁵¹⁰ Wolbrink, Fritz: Ein Leben für die Kranken in der Tbc-Heilstätte, Bützower Zeitung, Ausgabe Ostern 2011, S. 20.

⁵¹¹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Übersicht zu festgestellten Infektionskrankheiten im Land Mecklenburg-Vorpommern vom 08.09.1945.

⁵¹² Wolbrink: Ein Leben für die Kranken in der Tbc-Heilstätte, Bützower Zeitung, Ausgabe Ostern 2011, S. 20.

⁵¹³ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3152: Aktenvermerk der LVA Mecklenburg zur Auskunft Müllers über die Einrichtung des Chefarzt- und des Oberarzthauses als Krankenhäuser für die Stadt Schwaan vom 02.10.1945.

⁵¹⁴ Aussage der Zeitzeugin Thea Ziemann in Schwaan im September 2011, Notat im Besitz des Autors.

ihrem Abtransport im Keller des Hauses abgelegt. Für die zwangsverpflichteten Mädchen sei es immer eine physisch und psychisch höchst belastende Arbeit gewesen, die infektiösen Verstorbenen bei oftmals schon eingesetzter Totenstarre über die schmalen Flure und das enge Treppenhaus, in dem das Verwenden einer Trage oder Bahre nicht möglich war, in den Keller zu tragen. Als Thea Ziemann schließlich auch zunächst an Typhus und dann an Fleckfieber erkrankte, wurde sie von Dr. Bonnies und dem bereits erwähnten Dr. Klare betreut. Dr. Bonnes erkrankte 1946 selbst an Typhus und starb schließlich daran. Auch ein weiterer dort tätiger Arzt, Dr. Weigel, verstarb während der Seuchenzeit in Waldeck. Dr. Klare überstand die Seuchenzeit und wurde, wie schon aufgeführt, der erste Ärztliche Leiter des Schwaaner Landambulatoriums. Thea Ziemann absolvierte nach ihrer Zwangsverpflichtung von 1947 bis 1950 eine Ausbildung zur Krankenschwester.

Die Stadt Schwaan wollte die beiden Ärztehäuser auch nach Ende der Seuchenbekämpfung weiter als Krankenhaus nutzen und nach Möglichkeit aus dem Bestand der Heilstätte herauslösen, obwohl sie mit der an die SVA zu zahlenden Miete seit Dezember 1945 im Rückstand war. Dieser Sachverhalt ist in einer Niederschrift der SVA über die Besichtigung der Heilstätte am 10. Mai 1945 aufgeführt. Die beiden Ärztehäuser werden dabei jedoch jeweils als „großes“ bzw. „kleines“ Ärztehaus bezeichnet, wobei jedoch nicht ersichtlich ist, ob es sich mit der Bezeichnung „großes“ bzw. „kleines“ Ärztehaus um das Chefarzt- oder das Oberarzthaus handelt, da beide Häuser etwa gleich groß sind. Der Schwaaner Bürgermeister beabsichtigte, das Erdgeschoss des kleinen Ärztehauses für den im folgenden noch genannten Seuchenkommissar des Kreises Güstrow sowie den in Schwaan praktizierenden Arzt Dr. Bröcker als Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Das wurde von der SVA abgelehnt, da vorgesehen war, das Erdgeschoss für die Belegung mit tuberkulösen Kindern zu nutzen. Da im ehemaligen Chefarzthaus später die Kinderstation und die Station für tuberkulöse Schwangere eingerichtet wurde, kann deshalb vermutet werden, dass mit dem kleinen Ärztehaus das ehemalige Chefarzthaus gemeint ist. Das Obergeschoss sollte für die beiden zu dieser Zeit tätigen Assistenzärzte Dr. Müller und Dr. Allwardt genutzt werden. Beide sollten jeweils ein eigenes Schlafzimmer und ein gemeinsames Wohnzimmer erhalten. Das vierte Zimmer im Obergeschoss sollte der Heilstätte zur weiteren Verfügung bleiben.⁵¹⁵

Das große Ärztehaus sollte aufgrund der bereits erwähnten äußerst ungünstigen Verkehrsanbindung Schwaans zu dieser Zeit zunächst als allgemeines Krankenhaus für die Stadt Schwaan und Umgebung genutzt werden, bei Besserung der Verkehrsanbindung jedoch

⁵¹⁵ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Niederschrift der SVA über die Besichtigung der Heilstätte Waldeck am 10.05.1946.

sofort wieder der Heilstätte zur Nutzung zur Verfügung gestellt werden.⁵¹⁶ Offenbar wurden diese Pläne jedoch nicht realisiert, denn die im folgenden noch genannte Zeitzeugin Johanna Haese berichtete in ihren niedergeschriebenen Erinnerungen, dass im Sommer 1946 beide Ärzthäuser wieder geräumt wurden und die Villa Jantzen in Schwaan als städtisches Krankenhaus genutzt wurde.⁵¹⁷

Ende des Jahres 1945 brach in Mecklenburg eine Fleckfieberepidemie aus. Die Übertragung durch Kopf- und Kleiderläuse war in Mecklenburg nur wenig bekannt, so dass bei Aufnahme der Flüchtlinge aus den großen verlausten Flüchtlingslagern im Osten nicht ausreichend auf Entlausung geachtet wurde und sich das Fleckfieber aus den großen Sammellagern epidemisch über Mecklenburg ausbreiten konnte.⁵¹⁸ Zur Bekämpfung dieser Epidemie wurde, wie bereits erwähnt, die Heilstätte Waldeck am 22. Februar 1946 vom Land Mecklenburg-Vorpommern beschlagnahmt. Dazu war vorgesehen, die Patienten der Heilstätte vorher in die Heilstätte Schwerin-Lankow sowie in die Erholungsheime Friedrichsthal und Sachsenberg (heute Stadtteile von Schwerin) zu verlegen. Das Land traf dazu mit der SVA eine Vereinbarung, dass ab diesem Tag alle Betriebs- und Unterhaltskosten sowie alle sonstigen Kosten, die durch Nutzung der Heilstätte entstehen, bis zum Tag der Wiederübernahme durch die SVA zu Lasten der Abteilung Gesundheitswesen gehen. Die Gehälter und Löhne sollten durch die SVA weitergezahlt und durch die Abteilung Gesundheitswesen erstattet werden. Außerdem gingen sämtliche Kosten, die durch die Verlegung aller Heilstättenpatienten und des Begleit- und Pflegepersonals einschließlich des Rücktransportes nach Waldeck nach Wiederübernahme durch die SVA entstehen, ebenfalls zu Lasten der Abteilung Gesundheitswesen.⁵¹⁹ Als der Direktor des Rostocker Hygiene-Institutes, Prof. Fritz Sander, in seiner Funktion als Seuchenkommissar der Kreise Rostock, Güstrow und Wismar, Giercke die Beschlagnahme bekanntgab, erhob dieser schärfsten Protest und bat die SVA in einem Eiltelegramm um Unterstützung.⁵²⁰ Doch ungeachtet Gierckes Protest erfolgte die Beschlagnahme Waldecks und nach der Evakuierung der Tuberkulosepatienten nach Schwerin am 21. Februar 1946⁵²¹ die Belegung mit Fleckfieberkranken. Eine bereits verstorbene Zeitzeugin, die ehemalige Laborantin und dienstälteste Mitarbeiterin der Heilstätte, Johanna Haese (1909 – 2009), berichtete darüber.⁵²² Die Leitung der Heilstätte

⁵¹⁶ Ebenda.

⁵¹⁷ Schriftliche Erinnerungen der ehemaligen Waldecker Laborantin Johanna Haese, Notat im Besitz von Fritz Wolbrink, Notatkopie im Besitz des Autors.

⁵¹⁸ Wolbrink: Ein Leben für die Kranken in der Tbc-Heilstätte, Bützower Zeitung, Ausgabe Ostern 2011, S. 20.

⁵¹⁹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben des Präsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Arbeit und Sozialfürsorge, an die Heilstätte Waldeck vom 20.02.1946.

⁵²⁰ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Telegramm Gierckes an die SVA vom 25.02.1946.

⁵²¹ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Isolierstation Sachsenberg - Schwerin an die SVA vom 15.06.1946.

⁵²² Schriftliche Erinnerungen der ehemaligen Waldecker Laborantin Johanna Haese. Alle Informationen in diesem Absatz stammen aus dieser Quelle.

während der Beschlagnahmung erfolgte durch Prof. Sander. Dabei wurde er unter anderem von Dr. Sommerlad, einem Assistenzarzt aus Thüringen, und der medizinisch-technischen Assistentin Frau Grahl vom Rostocker Hygiene-Institut unterstützt. Den Angehörigen des Pflegepersonals war es aufgrund der hohen Infektionsgefahr freigestellt, ob sie die Heilstätte verlassen oder mithelfen wollten. Johanna Haese blieb. Sie nahm als Laborantin der Heilstätte auch bei den Fleckfieberkranken Blut zur Diagnostik ab und zeigte dabei unter Einsatz ihres Lebens eine hohe Einsatzbereitschaft, so Prof. Sander.⁵²³ Haese berichtete weiter, dass es an fast allem gemangelt habe. Medikamente fehlten ebenso wie Spritzen und Kanülen zur Impfung des Personals. Die Fleckfieberkranken wurden mit Pferdewagen meist in den Abendstunden aus den umliegenden Dörfern nach Waldeck gebracht. Das Stroh, das als Lager gedient hatte, wurde auf dem Wirtschaftshof der Heilstätte verbrannt. Im Keller der Heilstätte wurde die Entlausungs- und Quarantänestation eingerichtet. Neben Kleiderläusen hatten fast alle Patienten auch Kopfläuse, so dass auch die Haare abrasiert werden mussten. Danach erfolgte im Bad die Reinigung und Desinfektion der Patienten. Verlauste Kleidung wurde sofort in der Heizung verbrannt. Da die vorhandenen Bettenplätze für den zunehmenden Patientenstrom sehr schnell nicht ausreichten, mussten die meisten auf Strohsäcken liegen. Dazu erhielt jeder Patient eine graue Woldecke. Anfangs waren auch nur wenige Medikamente zur Herz-Kreislauf-Unterstützung und zur Fiebersenkung vorhanden, so dass viele Kranke nach für den Krankheitsverlauf typischen Tobsuchtsanfällen und Verlassen ihrer Krankenlager und Umherirren auf den Fluren in Delirien starben. Erst gegen Ende der Fleckfieberepidemie erhielt die Heilstätte aus Schwerin wirksame Medikamente in ausreichender Menge, mit denen aber noch viele der Patienten erfolgreich behandelt werden konnten. Die auf dem Weg der Besserung befindlichen Patienten wurden dann auf den ersten beiden Stationen untergebracht und konnten dort in Betten und nicht mehr auf Strohsäcken liegen. Auf diesen beiden Stationen wurden auch andere Patienten, z.B. Malariakranke behandelt. Bei diesen Patienten soll es sich vor allem um Soldaten gehandelt haben. Ob es ehemalige Wehrmachtsangehörige waren, die aufgrund verschiedenster Erkrankungen vorzeitig aus der Gefangenschaft entlassen wurden, ging aus Haeses Bericht nicht hervor. Der Erfolg des Kampfes gegen die Fleckfieberepidemie zeichnete sich spätestens Ende März / Anfang April 1946 ab, denn bereits am 6. April 1946 informierte innerhalb der Landesregierung die Gesundheitsabteilung die Abt. Arbeit und Sozialfürsorge darüber, dass die Fleckfieberbekämpfung im Kreis Güstrow und der Heilstätte Waldeck zum 1. Mai des

⁵²³ Wolbrink: Ein Leben für die Kranken in der Tbc-Heilstätte, Bützower Zeitung, Ausgabe Ostern 2011, S. 20.

Jahres beendet sein wird und die Heilstätte der SVA dann wieder übergeben werden könne.⁵²⁴ Die für die Behandlung und Pflege der Fleckfieberkranken auf Kosten der Landesregierung zusätzlich angeschafften Gegenstände und Hilfsmittel (Betten, Wolldecken, Geschirr usw.) wurden von der Gesundheitsabteilung jedoch wieder zurückgefordert, da sie für die Unterbringung von 80.000 kriegsversehrten Heimkehrern dringend benötigt wurden, die außerhalb der großen Umsiedlerlager in eilends dafür eingerichteten Sonderkrankenhäusern (z.B. Heilstätte Stralsund) untergebracht werden mussten.⁵²⁵ Am 8. Mai 1946 erfolgte dann die Freigabe der Heilstätte zur Wiederaufnahme von Heilbehandlungen von Tuberkulosekranken. Zur Begleichung der aus der Beschlagnahme der Heilstätte entstandenen Unkosten wurde an die SVA ein Betrag von 34.625,05 RM von der Landeshauptkasse ausgezahlt.⁵²⁶ Die Rückführung der Patienten aus der Heilstätte Schwerin-Lankow sowie den Erholungsheimen Friedrichsthal und Sachsenberg verzögerte sich jedoch, da der landeseigene Kraftwagen nicht einsatzfähig war. Bis zum 13. Mai sollte deshalb ein Ersatztransport mittels Omnibus organisiert werden.⁵²⁷ Offensichtlich konnte aber der Rücktransport zumindest nicht aller Heilstättenpatienten zu diesem Termin erfolgen. Denn noch am 15. Juni 1946 bat der Ärztliche Leiter der Isolierstation Sachsenberg in einem Schreiben an die SVA, „[...] zu veranlassen, dass die Tuberkulösen, die zu uns am 21.2.1946 aus Waldeck kamen, baldmöglichst wieder nach dort zurückverlegt werden, da der Sachsenberg für Heilfälle bei Fehlen jeglicher diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten völlig ungeeignet ist.“⁵²⁸ Wann genau der Rücktransport aller Heilstättenpatienten abgeschlossen war, geht aus den vorhandenen Archivunterlagen nicht hervor. In einem Aktenvermerk der SVA vom 23. Juli 1946 zu einem Telefonat mit Giercke wird jedoch erwähnt, dass die operative Versorgung der Patienten bezüglich der bereits erwähnten lungenchirurgischen Eingriffe durch Professor Johann Lehmann von der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock wieder sichergestellt ist. Die Heilstätte Waldeck sei somit wieder voll einsatzfähig.⁵²⁹

⁵²⁴ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Gesundheitsabteilung an die Abt. Arbeit und Sozialfürsorge der Landesregierung vom 06.04.1946.

⁵²⁵ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Gesundheitsabteilung, an die SVA vom 03.05.1946.

⁵²⁶ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Gesundheitsabteilung, an die SVA vom 22.05.1946.

⁵²⁷ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Aktenvermerk der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Gesundheitsabteilung, vom 10.05.1946.

⁵²⁸ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Schreiben der Isolierstation Sachsenberg an die SVA vom 15.06.1946.

⁵²⁹ Mikrofilm LHAS 18001.2010.002.874/15.2 G1106, Akte 3153: Aktenvermerk der SVA zum Telefonat mit Giercke vom 23.07.1946.

2.8 Die Betreuung tuberkulöser Schwangerer und genitaltuberkulöser Frauen in Waldeck

2.8.1. Die Betreuung tuberkulöser Schwangerer in Waldeck

Nach dem medizinischen Erkenntnisstand Ende der vierziger Jahre war grundsätzlich von der Möglichkeit auszugehen, dass der Verlauf einer bestehenden Tuberkulose durch eine hinzutretende Schwangerschaft beeinflusst wird. Jedoch war es nicht möglich, im Einzelfall vorausszusehen, ob durch eine Schwangerschaft das Risiko der Exazerbation einer bestehenden Tuberkulose erhöht wird.⁵³⁰ Auf der Tagung des wissenschaftlichen Tuberkulose-Ausschusses für Mecklenburg am 27. Mai 1949 sollten deshalb Richtlinien für ärztliche Maßnahmen bei der weiteren Betreuung tuberkulöser Schwangerer im Land entwickelt werden.⁵³¹ Als Referenten traten auf der Tagung der Waldecker Chefarzt Dr. Giercke aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin und der Direktor der Gynäkologischen Universitätsklinik Rostock, Prof. Schmid, als Vertreter des gynäkologischen Fachgebietes auf. Auf der Basis ihrer Referate und der anschließenden Fachdiskussion sollten dann die entsprechenden Richtlinien erarbeitet werden.

Zu dieser Tagung existiert eine Niederschrift Gierckes vom 15. Juli 1949, aus der die nachfolgenden Informationen stammen.⁵³²

Im Ergebnis dieser Tagung ging man laut Giercke davon aus, dass das Risiko der Exazerbation einer bestehenden Tuberkulose bei inaktiven Tuberkulosen so gering war, dass in diesen Fällen in der Regel keine Bedenken gegen das Austragen einer Schwangerschaft bestanden. Selbst bei frischen, insbesondere offenen, cavernösen oder extrathorakalen Tuberkuloseerkrankungen würde eine Schwangerschaft zwar als unerwünscht angesehen sein, dieses ergab jedoch nicht automatisch die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Diese Indikation dürfte nur dann gestellt werden, wenn nach sorgfältigster Prüfung des jeweiligen Falles unter Verwendung aller diagnostischen Möglichkeiten anzunehmen war, dass ausschließlich nur durch eine Schwangerschaftsunterbrechung eine dringende Lebensgefahr der Schwangeren abgewendet werden konnte, so Giercke weiter. Dabei durften aber Unterbrechungen nach dem dritten Schwangerschaftsmonat ebenso wie mehrere Unterbrechungen innerhalb eines Jahres nicht durchgeführt werden.

Giercke fuhr weiter fort, dass als ein weiteres Ergebnis der Tagung aufgrund dieser Einengungen der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung jedoch im selben Maß die

⁵³⁰ Mikrofilm LHAS 180012010002.875/15.2 G1106, Akte 3155-57: Niederschrift Gierckes vom 15.07.1949 zur Tagung des wissenschaftlichen Tuberkulose-Fachausschusses für Mecklenburg in Greifswald am 27.05.1949, Anlage 1, S. 1.

⁵³¹ Ebenda.

⁵³² Ebenda.

Verantwortung der Allgemeinheit gestiegen wäre, durch alle zur Verfügung stehenden Schutz- und Behandlungsmaßnahmen die Gefahr der Exazerbation einer bestehenden Tuberkulose während einer Schwangerschaft auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Dazu ist neben der weitgehenden Anwendung aller zur Verfügung stehenden Diagnose- und Therapieoptionen vor allem aber die stationäre Behandlung bei der Entbindung oder Unterbrechung und nach Ende der Schwangerschaft nach Entbindung oder Unterbrechung zu fordern. Die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme während der Schwangerschaft sei in Abhängigkeit der Wohnsituation und Pflegemöglichkeit zu Hause zu beurteilen, so Giercke. Im Fall einer stationären Aufnahme und Behandlung solle diese in Einrichtungen erfolgen, die sowohl tuberkulosefachärztlich als auch gynäkologisch bzw. geburtshilflich eingerichtet sind. Damit solle auch die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch auf ein Mindestmaß reduziert werden, da sich bereits gezeigt habe, dass eine Heilstättenbehandlung während einer Schwangerschaft günstigere Ergebnisse als ein Schwangerschaftsabbruch ohne Heilstättenbehandlung erbrachte.

Aufgrund der auf dieser Tagung entwickelten Richtlinien und Empfehlungen schlug Giercke der SVA in seiner Niederschrift vor, in der Heilstätte Waldeck eine Abteilung bzw. Station für tuberkulöse Schwangere mit 20 Betten einzurichten. Die medizinisch-fachliche Tuberkulosebehandlung wäre in Waldeck gegeben, und die gynäkologische Betreuung würde durch die Universitätsfrauenklinik Rostock erfolgen. Für Waldeck würde weiterhin sprechen, dass eine Stationsärztin Fachärztin für Kinderheilkunde sei [Gierckes Frau – der Verf.], so dass auch die ärztliche Versorgung der Säuglinge gewährleistet wäre. Die Station für tuberkulöse Schwangere sollte im ca. 300 m vom Haupthaus entfernten Haus 2 der Heilstätte, dem ehemaligen Chefarzt-Wohnhaus, eingerichtet werden, so Giercke. Dadurch würden die dort vorhandenen 20 Männerplätze in Frauenplätze umgewandelt, so dass die Gesamt-Bettenanzahl der Heilstätte unverändert bliebe. Der auf dieser Station tätige Pfleger müsste innerhalb der SVA-eigenen Heilstätten umgesetzt und an seine Stelle eine Säuglingsschwester sowie zusätzlich eine Stationshilfe eingestellt werden. Der betreffende Pfleger sei bereits damit einverstanden. Eine während der Niederkunft benötigte erfahrene Hebamme wäre in Schwaan ansässig. Aufgrund der baulichen Situation ließe sich diese Station durch einfache wie wirksame etagenweise Trennung in jeweils einen Bereich für offene [vom Immunsystem nicht abgekapselte und damit infektiöse Tbc-Form – d. Verf.] und für geschlossene [abgekapselte und damit nichtinfektiöse Tbc-Form – d. Verf.] Tuberkulose unterteilen. Die 20 Plätze würden in 15 Plätze im Obergeschoss für geschlossene und fünf Plätze im Erdgeschoss für offene Tuberkulosefälle aufgeteilt werden. Außerdem wäre noch ein

Entbindungszimmer, ein Säuglingszimmer, eine Küche zur Zubereitung der Säuglingsnahrung, ein Badezimmer, ein Gemeinschaftswaschraum sowie das Stationsschwesternzimmer direkt neben dem Säuglingszimmer vorhanden. Zusätzlich müssten dafür nur noch ein Entbindungsbesteck, fünf Säuglingsbetten, Säuglingswäsche, eine Säuglingswaage, eine Säuglingsbadewanne sowie Kleinmaterial wie Flaschen und Sauger angeschafft werden. Die Schwangerenstation ließe sich also mit außerordentlich geringen Kosten einrichten und wäre damit außerdem die erste dieser Art in der „Ostzone“, so Giercke weiter. Insgesamt sei die Belegung mit Schwangeren so geplant, dass diese zunächst auf den entsprechenden Stationen im Haupthaus aufgenommen und erst im letzten Abschnitt der Schwangerschaft ins Haus 2 verlegt werden würden. Nach der Entbindung solle deren Nachbetreuung so lange erfolgen, bis ihre Rückverlegung ins Haupthaus wieder ratsam erscheine. Als Zeitraum dieser erforderlichen Nachbetreuung empfahl Giercke in seiner Niederschrift etwa sechs bis acht Wochen. Sollten wieder Erwarten die Schwangerenbetten im Haus 2 nicht voll belegt werden können, so würden freie Betten für nichtschwangere Frauen genutzt werden. Aufgrund der bisher erfolgten Vorbesprechungen könne die Schwangerenstation am 29. Juli 1949 in Betrieb genommen werden. Da außerdem ohnehin bereits eine malermäßige Renovierung des Hauses 2 vorgesehen sei, ließe sich das Gebäude mit einem nur geringen Mehraufwand von etwa 1.500,- M für den neuen Zweck entsprechend herrichten.⁵³³

Die Landesregierung hatte aufgrund der Ergebnisse der erwähnten Tagung des Landes-Tuberkulose-Ausschusses in Greifswald bereits die Entscheidung für eine Heilstättenbehandlung tuberkulöser Schwangerer getroffen und bei der SVA auf rasche Realisierung gedrängt, so dass nach deren erwartungsgemäßer Zustimmung die entsprechenden Arbeiten ausgeführt wurden und die Schwangerenstation am 1. August 1949 in Betrieb genommen werden konnte.⁵³⁴ Im August 1950 erstattete Giercke an die SVA Bericht zum einjährigen Bestehen der Abteilung für schwangere Tuberkulöse.⁵³⁵ Die nachfolgenden Informationen entstammen diesem Bericht.

Giercke begann seinen Bericht mit der räumlichen Beschreibung der neuen Station im früheren Chefarztwohnhaus. Die fachärztliche Betreuung der Station läge, wie vorgesehen, in den Händen einer in der Klinik angestellten Fachärztin für Kinderkrankheiten [- Gierckes Frau Dorothea – der Verf.]. Die pflegerische Seite wäre durch drei Schwestern und zwei Stationshilfen abgedeckt. Nach erfolgter Entbindung würden die Säuglinge noch etwa sechs

⁵³³ Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3155-57: Schreiben Gierckes an die SVA vom 18.07.1949.

⁵³⁴ Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3155-57: Schreiben der Landesregierung Mecklenburg an die SVA vom 04.07.1949.

⁵³⁵ Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3155-58: Bericht Gierckes zum einjährigen Bestehen der Abteilung für schwangere Tuberkulöse vom August 1950, Bl. 1

Wochen bei der Mutter bleiben und anschließend zu Angehörigen oder in Kinderheime kommen. Aufgrund der Ansteckungsgefahr würden sie nicht zum Stillen angelegt werden. Bei günstigem Tuberkulosebefund und ausreichend Milchsekretion könnte jedoch Muttermilch abgepumpt und den Säuglingen gegeben werden. Die Mutter würde, so Giercke in seinem Bericht weiter, nach dem sechswöchigen Aufenthalt auf der Schwangerenstation im Haus 2 wieder zurück auf eine Frauenstation im Haupthaus verlegt werden, wo die Heilbehandlung bis zum Abschluss fortgesetzt wurde.

Während des Betriebes der Station habe sich laut Giercke gezeigt, dass die Einstellung einer eigenen Hebamme nicht erforderlich war. Die in Schwaan ansässige Hebamme habe alle in der Heilstätte erfolgten Entbindungen sowie die Untersuchungen und Beratungen der Schwangeren und Wöchnerinnen zuverlässig durchführen können. In einzelnen, absehbar schwierigen Fällen seien die Schwangeren zur Entbindung in die Universitäts-Frauenklinik Rostock verlegt worden und dort einige Tage zur Beobachtung belassen worden.

Auch der Landestuberkulosearzt habe sich in seiner Tätigkeit gegenüber der Heilstätte mit ihrer Schwangerenabteilung sehr entgegenkommend gezeigt und sich bei der SVA stets für eine besonders beschleunigte Aufnahme tuberkulöser Schwangerer in die Heilstätte eingesetzt, so Giercke weiter. Dieses habe sich zunehmend als wertvolle Hilfe bei der Belegung der Station erwiesen.

Giercke berichtete weiter, dass man in Waldeck jedoch nicht nur bemüht war, schwangere Tuberkulose auf die Station aufzunehmen. Auch Nachbehandlung bereits auswärts entbundener Schwangerer und tuberkulöser Frauen nach Schwangerschaftsabbruch sowie Fälle zur klinischen Beobachtung zur Entscheidung über Austragen oder Abbruch bei entsprechenden Tuberkulosebefunden sollten auf dieser Station betreut werden. Ebenso könnten Schwangere, bei denen die Frage zu beantworten war, ob überhaupt ein Heilverfahren sinnvoll wäre, aufgenommen werden. Dabei habe sich jedoch gezeigt, fuhr Giercke fort, dass die Einweisungen schwerer Tuberkulosefälle, also im Gegensatz zu den anderen Heilstätteneinweisungen auch prognostisch ungünstiger Tuberkulosestadien, meist nie auf Schwierigkeiten seitens der Patientinnen oder ihrer Angehörigen stießen, während es bei mittelschweren oder leichten Fällen oft nicht gelang, die Erkrankten oder die einweisenden Stellen von der Zweckmäßigkeit der Entbindung in der Heilstätte zu überzeugen. Eine Ursache dieser Widerstände läge oft auch in der ungesicherten Versorgung von Mann und Kindern, die noch zu klären sei. Weiterhin erscheine es notwendig, an die ärztlichen Stellen im Land auf lückenlose Heilstättenaufnahme tuberkulöser Schwangerer zur Entbindung und Nachbetreuung zu appellieren. Unbedingt gefordert werden müsse aber die

anschließende Aufnahme eines Heilstättenverfahrens nach jeder aufgrund einer Tuberkuloseerkrankung erfolgten Schwangerschaftsunterbrechung. In Zukunft müsse in den Fällen, in denen nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer Tuberkuloseerkrankung eine anschließende Heilstättenbehandlung als für nicht erforderlich angesehen wurde, davon ausgegangen werden, dass dieser Abbruch medizinisch nicht gerechtfertigt war.

Giercke führte weiter aus, dass die unterschiedliche Anzahl der Einweisungen aus den jeweiligen Landkreisen zeige, dass die Kenntnis über die Existenz der neuen Einrichtung und bzw. oder die Zweckmäßigkeit der Entbindung tuberkulöser Frauen in einer solchen speziellen Heilstätteneinrichtung noch nicht in allen Landesteilen ausreichend vorhanden sei. Die seit Einrichtung der Station gesammelten Erfahrungen hätten außerdem gezeigt, dass nach Entbindung bzw. Unterbrechung in der Heilstätte die Tuberkuloseerkrankung der Patientinnen zur Progredienz neige, so dass anschließend eine mindestens dreimonatige Heilstätten-Nachbehandlung erforderlich wurde. Trotzdem würden noch etwa die Hälfte der Patientinnen die Heilstätte nach der Entbindung und Unterzeichnung eines Reverses [eine schriftliche Erklärung, dass der Patient gegen den ausdrücklichen ärztlichen Rat die Heilstätte bzw. Klinik auf eigene Verantwortung verlässt – der Verf.] verlassen. Auch musste häufig festgestellt werden, dass sich tuberkulöse Schwangere zu Beginn ihrer Schwangerschaft in der Heilstätte zunächst stationär beobachten ließen, um zu wissen, ob die Schwangerschaft ausgetragen werden könne. Nachdem sie dann nach Hause entlassen wurden mit der Weisung, sich im 8. Monat zur Entbindung wieder aufnehmen zu lassen, kämen sie jedoch nicht wieder und würden gegen den ausdrücklichen ärztlichen Rat zu Hause entbinden. Hier müsse insbesondere noch verstärkt auf die Tuberkulose-Fürsorgestellen in den Landkreisen und Städten eingewirkt werden, damit die Fürsorgerinnen die Schwangeren zur pünktlichen Wiederaufnahme in die Heilstätte bewegen. Es sei sogar ein Fall bekannt geworden, in dem der schwangeren Patientin von der Fürsorgestelle geraten worden sei, ruhig zu Hause zu entbinden. Dieser Vorfall gäbe Anlass zu Zweifel, ob in den Fürsorgestellen die Problematik Schwangerschaft und Tuberkulose überhaupt ausreichend bekannt sei, so Giercke am Ende seines Berichtes.

Diese geschilderten, für Anfangsphasen neuer Strukturen typischen Probleme und Schwierigkeiten konnten jedoch relativ schnell überwunden werden. Die Kenntnis über das Vorhandensein einer bis dahin in der DDR einmaligen Einrichtung einschließlich ihres

großen Nutzens für tuberkulöse Schwangere verbreitete sich rasch weiter, so dass die Stationskapazität bereits ab Herbst 1950 nicht mehr ausreichte.⁵³⁶

Bereits im ersten Jahr des Bestehens der Station vom 1. August 1949 bis zum 31. Juli 1950 wurden insgesamt 86 Fälle betreut.⁵³⁷ Dabei handelte es sich in 40 Fällen um Entbindungen auf der Station bzw. in der Universitäts-Frauenklinik Rostock einschl. der auf der Station erfolgten Vor- und Nachbehandlung sowie in elf Fällen um noch zu erwartende Entbindungen.⁵³⁸ 14 Fälle waren zur frühen Beobachtung eingewiesen worden, wovon in neun Fällen die Schwangerschaft ausgetragen werden konnte, in vier Fällen eine Unterbrechung indiziert war und ein Fall zur Klärung der Indikation einer anschließenden Heilstättenbehandlung aufgenommen wurde.⁵³⁹ Weitere 18 Fälle wurden zur Nachbehandlung nach Entbindung, Unterbrechung oder Fehlgeburt sowie drei Fälle zur ambulanten Führung und Beratung zur Entbindung bzw. Unterbrechung aufgenommen. Bei 48 der Fälle handelte es sich um schwerere Erkrankungsformen.⁵⁴⁰ Im gesamten Jahr 1950 wurden insgesamt 51 Säuglinge von tuberkulösen Schwangeren in der Heilstätte bzw. der Universitäts-Frauenklinik Rostock entbunden. 50 Säuglinge konnten entlassen werden, ein Säugling starb.⁵⁴¹

Ab Herbst 1950 war vor allem der Zustrom an tuberkulösen Schwangeren allein aus den umgebenden Landkreisen bereits so groß, dass Gierke schon im Oktober des Jahres in seiner Niederschrift „Gedanken der ärztlichen Leitung zu den Ausbauplänen“ Ideen zur baulichen Erweiterung der Heilstätte entwickelte.⁵⁴² Die Informationen der beiden nachfolgenden Absätze entstammen dieser Niederschrift.

Gierkes Plänen lagen die Ausbaupläne zum Erweiterungsbau von 1938 zugrunde, die bereits in den Vorabschnitten erwähnt wurden. Mit diesen Ausbauplänen sollte in Waldeck neben der bereits vorhandenen und erläuterten kleinen auch die große Lungenchirurgie, also Eingriffe am offenen Brustkorb, etabliert werden. Dieses erschien jedoch, so Gierke, auch im Hinblick der Nähe zur Chirurgischen Universitätsklinik Rostock, zum derzeitigen Zeitpunkt als nicht mehr sinnvoll. Im Erdgeschoss des geplanten Querflügels sollte dann anstelle der chirurgischen Vorbereitungs- und Operationsräume die Entbindungsstation eingerichtet werden. Der OP-Saal könnte als Entbindungsraum und die Kaustik- und Gipsräume zur Unterbringung von 15 Säuglingskörbchen genutzt werden. Die geplanten

⁵³⁶ Mikrofilm LHAS 180012010002.875/15.2 G1106, Akte 3155-58: Gedanken der Ärztlichen Leitung der Heilstätte Waldeck zu den Ausbauplänen vom 09.10.1950.

⁵³⁷ Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3155-58: Bericht Gierkes zum einjährigen Bestehen der Abteilung für schwangere Tuberkulöse vom August 1950, Bl. 3.

⁵³⁸ Ebenda, Bl. 4.

⁵³⁹ Ebenda, Bl. 4.

⁵⁴⁰ Ebenda, Bl. 4-6.

⁵⁴¹ Mikrofilm LHAS 180012010002.875/15.2 G1106, Akte 3155-58: Aktenvermerk der Heilstätte zum Patientenaufkommen 1950.

⁵⁴² Mikrofilm LHAS 180012010002.875/15.2 G1106, Akte 3155-58: Gedanken der Ärztlichen Leitung der Heilstätte Waldeck zu den Ausbauplänen vom 09.10.1950.

Untersuchungszimmer sollten als solche auch Verwendung finden, eines dieser Zimmer würde jedoch als Milchküche benötigt werden. Die erforderliche strenge Trennung der Entbindungsstation von den anderen Stationen wäre durch die baulichen Gegebenheiten leicht zu realisieren. Im geplanten Erweiterungsbau könnten insgesamt etwa 100 zusätzliche Bettenplätze entstehen. Da aber das Haus 2 dann als Wohnraum für die zusätzlich benötigten Mitarbeiter genutzt werden würde, entfielen dann die 25 Betten im Haus 2, so dass sich letztlich eine Gesamterhöhung von etwa 75 Betten ergeben würde. An zusätzlichen Mitarbeitern würden zwei Ärzte, vier Schwestern, fünf Stationshilfen und eine Röntgenassistentin benötigt.⁵⁴³

Ganz offensichtlich wurden diese Ausbaupläne nicht realisiert, trotzdem muss es zu Umstrukturierungen bzw. Umsetzungen bezüglich der Unterbringung der Schwangerenstation gekommen sein. Nach Berichten der ehemaligen Waldecker Krankenschwester Hanni Gallinat, die von 1960 bis 1997 dort arbeitete, war zu dieser Zeit die Entbindungsstation auf der Station 1 im Hauptgebäude untergebracht. Das Haus 2 sei zu ihrer Zeit bis etwa 1968-1970 als Kinderhaus der tuberkulösen Mütter nach deren Entbindung genutzt worden, so Gallinat. Die ärztliche Leitung der Station 1 oblag einer Frau Oberärztin Dr. Evers, die neben dieser Station auch die Station 2 für offen tuberkulöse Fälle betreut habe. Sie wäre alleinstehend gewesen und habe auch in Waldeck in einer Dienstwohnung gewohnt, wo sie Anfang der siebziger Jahre wohl an einer inneren Blutung verstarb. Auf Station 1 waren laut Frau Gallinat durchschnittlich 30–35 Mütter zu betreuen.⁵⁴⁴

2.8.2 Die Betreuung genitaltuberkulöser Frauen in Waldeck

Auf die Frauenstationen der Heilstätte Waldeck einschl. der Schwangerenstation wurden jedoch nicht nur an Lungentuberkulose erkrankte Frauen aufgenommen. Auch Frauen, bei denen sich nach einer früheren primären pulmonalen Tuberkuloseinfektion eine sekundäre extrapulmonale Tuberkuloseform entwickelte, die sich überwiegend letztlich als Genitaltuberkulose manifestierte, wurden dort betreut.⁵⁴⁵ In den zur Verfügung stehenden Archivmaterialien wurden bisher keine Hinweise darauf gefunden, dass auch männliche Patienten mit sekundären extrapulmonalen Tuberkuloseformen in Waldeck behandelt wurden. Sekundäre extrapulmonale Tuberkuloseformen entwickeln sich aus pulmonalen Tuberkuloseinfektion durch Abfluss von Tuberkelbakterien über das jeweilige regionale Lymphabflussgebiet (lymphogen) und/oder nach Eindringen in die Blutbahn (hämatogen) in

⁵⁴³ Ebenda.

⁵⁴⁴ Aussagen der ehemaligen Waldecker Krankenschwester Hanni Gallinat aus Schwaan.; Interview vom 12.04.2012, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁵⁴⁵ Heller, Hiltrud: Die in der Heilstätte Waldeck von 1955-1966 behandelten Fälle von weiblicher Genital-Tuberkulose. Medizinische Dissertation, Rostock 1969, S. 21.

andere Organe. Eine der häufigsten, v.a. hämatogen entstandenen sekundären Tuberkulosemanifestationen stellt die Genitaltuberkulose dar, die sich bei Frauen hauptsächlich als Salpingitis (auch als Adnex-Tuberkulose bezeichnet) und Endometritis darstellt, daneben auch als Tuberkulose der Gebärmutter oder der Scheide, seltener des Gebärmutterhalses.⁵⁴⁶

In der Dissertation von Hiltrud Heller von 1969 wird über die dortige Behandlung von an Genital-Tuberkulose erkrankten Frauen berichtet.⁵⁴⁷ Hiller hatte dazu alle Fälle von weiblicher Genital-Tuberkulose, die in Waldeck in den Jahren von 1955 bis 1966 betreut worden, analysiert. Dabei handelte es sich insgesamt um 125 Fälle. Sämtliche nachfolgende Informationen in diesem Abschnitt entstammen dieser Quelle.

Bei den betroffenen Frauen manifestierte sich dieses Krankheitsbild durchschnittlich 9,3 Jahre nach der pulmonalen Primärinfektion, in einem Fall lag die Primärinfektion 23 Jahre zurück. In acht Fällen bestand gleichzeitig eine Lungen- und eine Genital-Tuberkulose.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 31,8 Jahre. Die jüngste Patientin war 18 Jahre alt, die älteste 68 Jahre. Es fand sich ein deutlicher Erkrankungsgipfel im dritten Lebensjahrzehnt. In 97 Fällen lag das Alter zwischen 20 und 36 Jahren, wobei am häufigsten 26-jährige Patientinnen aufgenommen wurden.

Von den 125 Patientinnen befanden sich 116 im geschlechtsreifen Alter, wobei sich bei 88 dieser Patientinnen Unfruchtbarkeit als häufigstes Symptom zeigte. 21 Frauen gaben Kinderlosigkeit als einzige Beschwerde an. 35 Frauen waren vor Diagnose der Genital-Tuberkulose schwanger geworden. In der Dissertationsarbeit findet sich leider kein Hinweis darauf, ob diese Schwangerschaften ausgetragen werden konnten. Zwei Patientinnen wurden nach abgeschlossenem Heilverfahren nach Genital-Tuberkulose schwanger und konnten jeweils zwei gesunde Kinder entbinden.

Ein Rückgang der Erkrankungszahlen der Genital-Tuberkulose konnte in diesem Zeitraum nicht beobachtet werden. Durchschnittlich wurden jährlich etwa zehn Patientinnen mit diesem Krankheitsbild in Waldeck aufgenommen, im Jahr 1965 sogar 23 Fälle. Der Versuch einer Erklärung für diese außergewöhnliche einmalige Häufung findet sich in der Dissertationsarbeit nicht.

Die Behandlung dieser Patientinnen erfolgte auch in Waldeck hauptsächlich konservativ. Im Zentrum der konservativen Therapie standen die seit Anfang der fünfziger Jahre verfügbaren Chemotherapeutika, wobei in Waldeck vor allem Streptomycin, Paraaminosalicylsäure und

⁵⁴⁶ Schettler, Gotthard: Innere Medizin Bd. I, 7. Aufl., Stuttgart 1987, S. 573-585.

⁵⁴⁷ Heller, Hiltrud: Die in der Heilstätte Waldeck von 1955-1966 behandelten Fälle von weiblicher Genital-Tuberkulose. Medizinische Dissertation, Rostock 1969.

Isoniazid in kombinierter Gabe zur Anwendung kamen. Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit erfolgte ein Therapiewechsel auf Tuberkulostatika der zweiten Reihe wie Rigenicid, Cycloserin, Piraldina und Tebethion. Bei Tuberkulose der Portio (dem in den Vaginalbereich hineinragenden Teil des Gebärmutterhalses) wurden Chemotherapeutika auch lokal angewendet. Bei fünf Patientinnen wurden zusätzlich Kortikoide eingesetzt. Einer vier- bis sechswöchigen Chemotherapie-Intensivbehandlungsphase, in der die Patientinnen strenge Bettruhe einzuhalten hatten, schloss sich eine Freiluft-Liegekur mit regelmäßigen Spaziergängen und Gymnastikübungen an. Auch in dieser Phase wurde die Chemotherapie fortgeführt, jedoch in bereits deutlich abgeschwächter Erhaltungsdosierung.

Die durchschnittliche Gesamtdauer eines Heilverfahrens betrug 24 Wochen (168 Tage), also etwa ein knappes halbes Jahr. In einem Fall erstreckte sich das Heilverfahren auf 332 Tage. In der Regel wurde die Chemotherapie nach der Entlassung aus der Heilstätte ambulant mit Isoniazid für weitere 12 Monate fortgeführt, so dass sich die durchschnittliche Gesamtdauer einer chemotherapeutischen Behandlung auf insgesamt etwa 18 Monate erstreckte.

In vier Fällen mussten sich die Patientinnen nach Beendigung der konservativen Heilstättentherapie einer zusätzlichen operativen Therapie in der Universitäts-Frauenklinik Rostock unterziehen, da durch die Chemotherapie keine vollständige Heilung erzielt werden konnte oder noch zusätzliche, nicht medikamentös therapierbare Beschwerden bestanden. Dabei handelte es sich je nach Fall um die ein- bzw. beidseitige Entfernung der Eileiter und/oder der Eierstöcke bzw. der Gebärmutter, wobei die Indikation zur Operation hinsichtlich einer noch möglichen Fertilität sehr eng gestellt wurde. Wenn die Fertilität nicht mehr berücksichtigt werden musste, wurde die Indikation zur Operation dagegen sehr weit gestellt, da ein radikal-operatives Vorgehen (beidseitige Entfernung von Eileitern und Eierstöcken sowie der Gebärmutter) in prognostischer Hinsicht trotz vorhandener Chemotherapeutika die größte Sicherheit bot.

Nach vollständiger Beendigung eines Heilverfahrens schloss sich noch eine Beobachtungszeit an, in der die Patientinnen nachkontrolliert wurden. Je nach Schwere des Ausgangs- und des Entlassungsbefundes dauerte diese Beobachtungszeit zwischen drei Monaten und 12 Jahren. Die Größe der Abstände zwischen den einzelnen Nachkontrollen wird in Hillers Arbeit nicht angegeben. Nach Ende der Beobachtungszeit konnte in zwei Dritteln der Fälle (66,7 %) eine klinische Heilung festgestellt werden.

2.9 Erfolge und wirtschaftliche Probleme bei der Bekämpfung der Tuberkulose

2.9.1 Der Rückgang der Tuberkulose

Die fünfziger Jahre waren geprägt von der beginnenden Erholung von der Kriegs- und Nachkriegszeit und der Schaffung und Konsolidierung neuer Grundlagen und Strukturen in der DDR. Für die Heilstätte Waldeck bedeutete das zunächst einen Wechsel der Eigentumsverhältnisse. Aufgrund des Beschlusses des Ministerrates der DDR vom 24. Januar 1951 hatte die bereits in den Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB), der Gewerkschaftsorganisation der DDR, eingegliederte Sozialversicherung als Anstalt des öffentlichen Rechts, Landesgeschäftsstelle Mecklenburg mit dem FDGB-Bezirksvorstand Schwerin als Verwalter der Sozialversicherung, mit Wirkung vom 1. Oktober 1951 die Heilstätte Waldeck dem staatlichen Gesundheitswesen zur weiteren Nutzung zu übergeben. Der laufende Betrieb der Heilstätte war davon nicht betroffen. Doch erst drei Jahre später, am 29. Dezember 1954, wurde auf Anordnung Nr. 16 des Ministeriums der Finanzen betreffs der Behandlung des Sachvermögens der Sozialversicherung ein entsprechendes Übergabeprotokoll zwischen dem FDGB-Bezirksvorstand Schwerin als grundbuchlich eingetragener Eigentümer⁵⁴⁸ und dem Rat des Kreises Bützow, Abt. Gesundheitswesen, als Nutzer und Verwalter der Heilstätte ausgefertigt. Danach wurde der Neuwert der Heilstätte mit 1.314.163,08 DM und ihr Zeitwert zum Stichtag 27. Dezember 1951 mit 882.922,73 DM⁵⁴⁹ ermittelt. Inwieweit die Sozialversicherung bzw. ihr Verwalter, der FDGB, für die angeordnete Übergabe entschädigt wurde, geht aus dem Übergabeprotokoll nicht hervor.⁵⁵⁰ Durch die Schaffung eines gut strukturierten Sozial- und Gesundheitssystems in der DDR, stabiler Besitzverhältnisse sowie Gierckes weitsichtiger Führung der Heilstätte begann nach Überwindung der entbehrungsreichen Nachkriegszeit erstmals in der Geschichte Waldecks eine langjährige Periode eines relativ ungestörten Heilstättenbetriebes ohne Angst vor unzureichenden Einnahmen und drohender Schließung. 1961 gab Giercke aus Altersgründen die Leitung der Heilstätte ab.⁵⁵¹ Er blickte damit, wie bereits erwähnt, auf die mit Ausnahme der Zeit des Nationalsozialismus von 1924 bis 1961 dauernde längste Dienstzeit als Ärztlicher Direktor zurück. Sein Nachfolger wurde Dr. Heinz Meyer.

⁵⁴⁸ Grundbuch von Niendorf, Blatt 29, Flurbuch-Abt. II, Nr. 1.

⁵⁴⁹ Die Währung der DDR hieß noch bis 1964 Deutsche Mark (DM). 1964 wurden neue Banknoten als Mark der DDR (M) herausgegeben – der Verf.

⁵⁵⁰ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35663: Abschrift des Übergabeprotokolls der Heilstätte Waldeck an den Rat des Kreises Bützow, Abt. Gesundheitswesen, vom 18.12.1956.

⁵⁵¹ Dr. Jürgen Uerckwitz: Vortrag zum 100-jährigen Bestehen der Klinik Waldeck; Waldeck 2011. Kopie im Besitz des Autors.

Meyer wurde am 5. Juli 1916 in Rostock als Sohn eines Kaufmanns geboren.⁵⁵² Nach Besuch der Oberrealschule Rostock erwarb er am 28. Februar 1935 das Reifezeugnis und begann anschließend an der Universität Rostock ein Medizinstudium. Während des Studiums wurde er 1939 zur Wehrmacht eingezogen. 1940 wurde er jedoch wieder zurück nach Rostock geschickt, um sein Studium abzuschließen. Kurz vor Ende des Studiums, am 26. April 1941 heiratete Meyer die am 21. Dezember 1915 geborene Lieselotte Anni Stahl. Im September 1941 schloss er das Studium mit der Gesamtnote „Gut“ ab und promovierte am 14. Oktober desselben Jahres mit dem Thema „Zur Operation der intrakraniellen Aneurysmen“. Anschließend wurde er als Arzt an die Ostfront geschickt. Dabei war er u.a. vor Moskau, im Kaukasus und zuletzt bei der Kurlandschlacht eingesetzt, wo er in sowjetische Gefangenschaft geriet. Die erlebte Grausamkeit des Krieges hatte Meyer nachhaltig geprägt, dazu kam der Verlust seines einzigen Bruders, der in Stalingrad gefallen war. Familienmitglieder, Freunde und spätere Arbeitskollegen berichteten, dass er nur selten und ungern über seine Kriegserlebnisse sprach. In sowjetischer Gefangenschaft habe er als Arzt in einem sowjetischen Hospital gearbeitet, wahrscheinlich einem Tuberkulosehospital. Dort, wo er u.a. miterlebte, wie an Tuberkulose erkrankte deutsche Kriegsgefangene trotz Mangels an Nahrungsmitteln die gleiche Fürsorge und die gleichen Rationen wie sowjetische Patienten erhielten, habe sich der aus einem evangelischen Elternhaus stammende Meyer entschlossen, in die Kommunistische Partei einzutreten. Ursprünglich wollte Meyer wohl Chirurg werden. Da er jedoch während der Gefangenschaft Tuberkulosepatienten betreute und sah, wie dringend jede Hilfe im Kampf gegen diese Krankheit gebraucht wurde, habe er sich entschieden, Pulmologe zu werden.⁵⁵³

1948 wurde Meyer aus der Kriegsgefangenschaft entlassen. Er erhielt eine Anstellung als Arzt im Tuberkulose-Krankenhaus der Stadt Rostock, das sich im damaligen Nachbardorf Groß Klein befand. Dabei handelte es sich um ein eilends eingerichtetes Behelfs-Krankenhaus, um die sich seit Kriegsende wieder ausbreitende Tuberkulose einzudämmen. Meyer arbeitete dort bis 1951, erhielt dann aber den Auftrag, in Neu-Damerow im Landkreis Parchim im ehemaligen Jagdschloss eine Tuberkulose-Heilstätte aufzubauen. Meyer musste dort völlig neu beginnen. Außer dem Jagdschloss mit noch teilweise vorhandenen Möbeln gab es nichts. Personal musste Meyer einstellen und anlernen, sämtliche medizinische Gerätschaften, Materialien und Hilfsmittel waren unter den schwierigen Bedingungen der Nachkriegszeit zu beschaffen, bauliche Veränderungen mussten vorgenommen, die Verbindung zu Behörden,

⁵⁵² Aussagen von Frau Dr. Erika Klie, der Tochter Heinz Meyers, in Schwaan im Mai 2012 einschl. Einsichtnahme in private Dokumente Meyers (Reife-, und Studienzeugnis, Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Auszeichnungen, Zeitungsartikel der Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9), Notat und Kopien im Besitz des Autors. Alle nachfolgenden Informationen zu Heinz Meyer stammen aus dieser Quelle.

⁵⁵³ Ebenda.

Kostenträgern, Zuweisern usw. hergestellt sowie unzählige weitere Probleme bei der Neueinrichtung eines Heilstättenbetriebes gelöst werden. Zum Röntgen der Patienten konnte ein ehemaliges Wehrmachts-Röntgen-Gerät beschafft werden. Dieses Gerät bot dem untersuchenden Arzt während der Untersuchung keinen ausreichenden Strahlenschutz, und Meyer berichtete, dass er nach jedem der in dieser Zeit dreimal wöchentlich durchgeführten Röntgen-Untersuchungstage mit 150 bis 200 Patienten pro Tag einen „Röntgen-Kater“, also diffuse Schmerzen aufgrund einer massiven Strahlen-Überdosierung, hatte. Doch das nahm er in Kauf, da die Tuberkulose in dieser Zeit immer noch, wie er selbst einmal sagte, die Volkskrankheit Nr. 1 mit hoher Sterblichkeitsrate sei.⁵⁵⁴

Auch war er dort der einzige Arzt, befand sich also auch nach Dienst permanent in Bereitschaft. Auch Familienurlaube mit seiner Frau und seinen vier Kindern waren sehr selten, etwa alle zwei bis drei Jahre. Wenn doch einmal mit der Familie Urlaub gemacht wurde, dann kurz, da es keine Urlaubsvertretung gab. Die Arbeit in Neu Damerow bedeutete auch Verzicht auf viele Annehmlichkeiten, Kulturveranstaltungen konnten beispielsweise kaum besucht werden, da die größeren Städte weit entfernt waren. Doch auch das nahm Meyer offenbar in Kauf, weil er sich dem Kampf gegen die Tuberkulose verschrieben hatte. Leider infizierte er sich in dieser Zeit selbst mit Tbc, ebenso tragischerweise auch seine Frau und eine seiner Töchter.⁵⁵⁵

Während seiner Tätigkeit in Neu Damerow erwarb Meyer am 5. Oktober 1953 die Anerkennung zum Facharzt für Lungenkrankheiten.⁵⁵⁶

1961 übernahm Meyer nach Gierckes Pensionierung die ärztliche Leitung der Heilstätte Waldeck. Zu dieser Zeit hatte die Tuberkulose ihren Charakter als Volksseuche in der DDR bereits verloren. Dies war zum einen auf die seit den fünfziger Jahren verfügbaren Antibiotika und zum zweiten auf die seit Anfang der fünfziger Jahre in der DDR eingeführten Volksröntgen-Reihenuntersuchungen, an denen Meyer während seiner Zeit in Neu Damerow selbst mitgearbeitet hatte, zurückzuführen. Etwa vergleichbare Reihenuntersuchungen, wenn auch in kleinerem Rahmen, gab es zu dieser Zeit nur in Großbritannien und den USA.⁵⁵⁷ Hommel und v. Miquel führen in ihrem Buch „Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute“ auf, dass es in der BRD zu dieser Zeit nur in einigen Bundesländern partiell Reihenuntersuchungen gab, in einigen Bundesländern gar keine.⁵⁵⁸ Auch die BCG-

⁵⁵⁴ Ebenda.

⁵⁵⁵ Ebenda.

⁵⁵⁶ Ebenda.

⁵⁵⁷ Jaffke, Günter: Aus dem Leben des Dr. Heinz Meyer. Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9.

⁵⁵⁸ Gabriele Hommel, Marc v. Miquel: Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 48.

Impfung⁵⁵⁹ erfolgte in der DDR flächendeckend, während sie in der BRD ebenfalls nur in einigen Bundesländern partiell durchgeführt wurde. Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung war die Rate an Tbc-Neuerkrankungen und -Todesfällen in der DDR deshalb auch geringer als in der BRD.⁵⁶⁰ Hommel und v. Miquel führen das u.a. darauf zurück, dass die Sterblichkeitsrate in der DDR in den Anfangsjahren höher als in der Bundesrepublik gewesen sein müsse, da die entsprechenden Antibiotika in der DDR sicherlich zunächst noch nicht zur Verfügung gestanden hätten. Somit wären die schwereren Fälle schlichtweg früher gestorben als in der BRD, weshalb die Tbc-Sterberate in der DDR früher sank als in der BRD. Diese entwaffnend naiv-arrogante Betrachtungsweise wird der Verfasser mit Rücksicht auf das beabsichtigte Niveau seiner Arbeit und nicht zuletzt auch auf die Leistungen solcher Persönlichkeiten wie Meyer nicht weiter kommentieren. Im von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. verlegten Buch „Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus“ führen die Herausgeber Lodenkemper, Konietzko und Seehausen aus, dass nach Kriegsende die Tuberkulose-Mortalität 1950 auf dem Gebiet der DDR bei 79 pro 100.000 Einwohner lag, während sie beispielsweise in Schleswig-Holstein 38, in Niedersachsen 39, in Nordrhein-Westfalen 44 und in Bayern 41 betrug.⁵⁶¹ Diese hohe Zahl in der DDR führen die Herausgeber unter anderem auf einen wesentlich höheren Anteil von Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten zurück, die aufgrund der hohen physischen Belastungen während ihrer Flucht bei meist gleichzeitig beengten und hygienisch ungeeigneten Notquartieren und mangelnder Versorgung überdurchschnittlich stark an Infektionskrankheiten litten. Eine zweite Ursache sehen sie in fehlenden Wirtschaftshilfen wie beispielsweise dem Marshall-Plan bei gleichzeitig an die Sowjetunion zu leistenden Reparationen und einer daraus resultierenden schlechteren Versorgungssituation gegenüber den westlichen Besatzungszonen. Bereits 1955 sank die Mortalität in der DDR jedoch bereits auf 17 pro 100.000 Einwohner, während sie in Schleswig-Holstein 23, in Niedersachsen 19, in Nordrhein-Westfalen 21 und in Bayern 23 betrug. Laut Lodenkemper, Konietzko und Seehausen war diese positive Entwicklung in der DDR „[...] höchstwahrscheinlich Folge der systematischen Kontrollmaßnahmen mit strikter Beobachtung aller TB-Fälle einschließlich ihrer Behandlung, des regelmäßigen Röntgen-Screenings, das bereits 1949 in einigen Regionen eingeführt wurde und seit 1962 obligatorisch im ganzen Land war, und möglicherweise auch der obligatorischen BCG-Impfung.“⁵⁶²

⁵⁵⁹ BCG: Bacille-Calmette-Guerin, Bezeichnung für attenuierten Lebendimpfstoff aus Mykobakterien zur Tuberkulose-Schutzimpfung.

⁵⁶⁰ Gabriele Hommel, Marc v. Miquel: Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 48.

⁵⁶¹ Robert Lodenkemper, Nikolaus Konietzko, Vera Seehausen: Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus, Berlin 2018, S. 270-278.

⁵⁶² Ebenda.

Die Erkrankungszahlen in der DDR konnten in den sechziger und siebziger Jahren noch weiter gesenkt werden und betrugen für das Jahr 1970 beispielsweise 10.306 Fälle und 1978 4.800 Fälle im Gegensatz zu etwa 96.000 Fällen im Jahr 1949.⁵⁶³ Aufgrund dieser stark rückläufigen Entwicklung wurden in den drei Nordbezirken der DDR bis auf Waldeck alle anderen Tbc-Heil- und Kureinrichtungen umgenutzt bzw. geschlossen, so dass Waldeck damit zum einzigen Tuberkulose-Fachkrankenhaus in dieser Region wurde.⁵⁶⁴

Bei den Ärzten und Schwestern in Waldeck galt Meyer als sehr strenger Chef, der „nichts durchgehen ließ“. Die Schwestern hätten „strammgestanden“, wenn er über die Station ging. Trotz seiner Strenge hatte er aber ein Herz für seine Mitarbeiter und wurde aufgrund seiner hohen fachlichen Kompetenz sehr geachtet.⁵⁶⁵ Auch zu den Patienten hatte Meyer einen guten Kontakt. Er konnte sich gut auf den jeweiligen Patient einstellen und unterhielt sich vor allem mit älteren Patienten häufig auf plattdeutsch. So genoss er auch bei den Patienten großen Respekt und Beliebtheit.⁵⁶⁶

Für seinen hohen persönlichen Einsatz und seine Leistungen im Kampf gegen die Tuberkulose erhielt Meyer am 11. Dezember 1979 den Ehrentitel „Verdienter Arzt des Volkes“.⁵⁶⁷

2.9.2 Die Auswirkungen des wirtschaftlichen Mangels in der DDR auf die Heilstätte am Beispiel der Heizungsanlage

Während Meyers Amtszeit zeigte sich jedoch immer stärker der zu erwartende altersbedingte Verschleiß an den baulichen Anlagen und technischen Einrichtungen der Heilstätte. Dieses Schicksal teilte die Heilstätte mit zahllosen anderen Einrichtungen und Anlagen in der DDR, da sich diese aufgrund ihrer verfehlten Wirtschaftspolitik und einem daraus resultierenden Mangel an finanziellen und wirtschaftlichen Kapazitäten immer weniger in der Lage zur erforderlichen Regeneration im Stande sah.

Vor allem die überalterte Heizungsanlage der Heilstätte entwickelte sich im weiteren Verlauf zum größten baulich-technischen Problem beim Betrieb der Heilstätte, das bis zum Ende der DDR nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte. Neben dem altersbedingten Verschleiß hatte hauptsächlich die Verfeuerung von zu feuchtem Holz und vor allem von Torf in den ersten Nachkriegsjahren zu vorzeitiger Abnutzung der Heizungsanlage geführt. Insbesondere

⁵⁶³ Jaffke, Günter: Aus dem Leben des Dr. Heinz Meyer. Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9.

⁵⁶⁴ Ebenda.

⁵⁶⁵ Aussagen der ehemaligen Waldecker Krankenschwester Hanni Gallinat aus Schwaan.; Interview vom 12.04.2012, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁵⁶⁶ Jaffke, Günter: Aus dem Leben des Dr. Heinz Meyer. Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9.

⁵⁶⁷ Aussagen von Frau Dr. Erika Klie, der Tochter Heinz Meyers, in Schwaan im Mai 2012 einschl. Einsichtnahme in private Dokumente Meyers (Reife-, und Studienzeugnis, Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Auszeichnungen, Zeitungsartikel der Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9), Notat und Kopien im Besitz des Autors.

die Schornsteinanlage zeigte Risse.⁵⁶⁸ Aber auch die Kesselanlage wies bereits Schäden und zunehmenden Verschleiß in mehreren Bereichen auf.⁵⁶⁹

Aufgrund dessen erfolgte bereits nach einer Einladung Meyers im Juli 1969, an der u.a. Vertreter der Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Bezirkes Schwerin, Bauverantwortliche des Rates des Kreises Bützow und der Konstruktionsabteilung des VEB Hoch- und Tiefbau Bützow sowie Ingenieure des Institutes für Technologie der Gesundheitsbauten in Berlin-Lichtenberg teilnahmen, eine Grundsatzberatung zur Sanierung der Heizungsanlage. Dabei wurden von den Berliner Ingenieuren zwei Lösungsvarianten vorgestellt. Die erste Variante umfasste die Sanierung der Schornsteinanlage und die Rekonstruktion der Kesselanlage. Da bereits geplant war, die Heizungsanlage der Heilstätte 1974 auf Gasfeuerung umzustellen, wäre eine einfache Sanierung der vorhandenen

Schornsteinanlage nicht ausreichend gewesen, es wurde eine aufwendige Sanierung mit Einbau einer zusätzlichen Innenauskleidung, einer Ausfütterung, erforderlich. Der Neubau eines Heizungsschornsteins mit Ausfütterung wurde aufgrund des hohen Bauaufwandes (größere Schornsteinabmessungen, aufwendige Deckendurchbrüche usw.) und der relativ langen Bauzeit von etwa sechs Monaten, die ein Schließen und eine Außerbetriebnahme der Heilstätte bedeuten würde, von den Beteiligten verworfen.⁵⁷⁰

Die zweite Variante beinhaltete den Bau eines neuen Heizhauses mit einem freistehenden, ca. 35 m hohen Schornstein östlich des Hauptgebäudes.⁵⁷¹

Bis zur Ausführung einer der beiden Varianten, spätestens bis zur geplanten Umstellung auf Gasfeuerung im Jahr 1974 sollte eine Ausnahmegenehmigung zur weiteren Nutzung der vorhandenen Schornsteinanlage bei der Staatlichen Bauaufsicht und dem Bezirksschornsteinfegermeister beantragt werden. Außerdem sollte trotzdem versucht werden, eine Genehmigung für die spätere Gasfeuerung nach einfacher Sanierung der alten Anlage zu erhalten.⁵⁷² Bei der nachfolgenden Besichtigung durch den Bezirksschornsteinfegermeister zeigte sich jedoch, dass bereits über mehrere Etagen verlaufende Risse vorhanden waren, so dass die für eine Gasfeuerung erforderliche Dichtigkeit durch eine einfache Sanierung nicht erreicht werden konnte. Außerdem wären die vorhandenen Querschnitte für die spätere Gasfeuerung zu klein. Eine vollständige Erneuerung der Schornsteinanlage einschl. Rückbau der vorhandenen Anlage, der Erweiterung der vorhandenen Durchbrüche usw., verbunden mit

⁵⁶⁸ LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.875/15.2 G1106, Akte 3155: Bericht der SVA über die Dienstreise zur Heilstätte Waldeck am 14. und 15.02.1950, S. 6.

⁵⁶⁹ Aussagen der ehemaligen Ökonomischen Direktorin der Heilstätte Waldeck, Inge Rodust, Interview vom 16.04.2012 in Dummerstorf, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁵⁷⁰ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35508b: Abschrift des Protokolls der Entwurfsgruppe Bützow über die Grundsatzberatung zur Rekonstruktion der Kesselanlage bzw. Projektierung eines Heizhauses der Tbc-Heilstätte Waldeck/Schwaan, Kreis Bützow vom 04.07.1969, S. 2.

⁵⁷¹ Ebenda.

⁵⁷² Ebenda.

einer Schließung der Heilstätte für etwa neun Monate bei weiter bestehenden Lohn- und Gehaltskosten der etwa 80 Mitarbeiter wurde jedoch erneut als zu aufwendig und zu kostenintensiv abgelehnt, so dass man sich für die zweite Variante, den Bau eines neuen Heizhauses mit Schornstein, entschied.⁵⁷³

Nach dieser Entscheidung für Variante 2 geschah jedoch nichts. So mahnte Meyer u.a. im November 1971 den Bezirksarzt in der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, dass der Verschleiß der vorhandenen Anlage immer schneller

voranschreite. Daraus würden nicht nur mehr Störungen und immer aufwendigere Reparaturen erwachsen, sondern auch zunehmend erhöhte Unfallgefahren für die Belegschaft. Ventile und Teile der Warmwasseraufbereitung seien defekt, und die daraus entstehende erhöhte Unfallgefahr würde einen groben Verstoß gegen den Arbeitsschutz darstellen. Nach Meinung von Fachleuten seien diese Schäden nicht mehr reparabel. Außerdem würde sich die Ersatzteilbeschaffung immer schwieriger gestalten. Die Heilstättenleitung habe erfahren, dass die Investition für den geplanten Neubau nun erst für 1975 vorgesehen sei. Man müsse jedoch davon ausgehen, dass es bei weiterer Nutzung schon davor zu einem Totalausfall der Anlage kommen werde. Meyer bat deshalb, nochmals zu prüfen, ob die Investitionsmittel bereits 1973 bereitgestellt werden könnten, damit die neue Anlage bereits in der Heizperiode 1974/75 zur Verfügung stünde.⁵⁷⁴

Doch alle Bitten und Mahnungen Meyers blieben folgenlos. Ende 1972 traf der Bezirksarzt zwar eine entsprechende Investitionsvorentscheidung, die den Neubau des Heizhauses im Zeitraum von 1974-76 beinhaltete, doch zum Baubeginn kam es auch weiterhin nicht. Als Hauptursachen für die Verzögerung des Investitionsvorhabens mit einem Volumen von 885.000 M wurden u.a. projektierungsseitiger Verzug, eine zu hohe Auslastung des beauftragten Baubetriebes im Jahr 1974, so dass das Bauvorhaben Heizhaus Waldeck nicht termingemäß begonnen werden konnte, sowie die Fortführung bereits begonnener Vorhaben durch den Baubetrieb angeführt.⁵⁷⁵ Nach weiteren ergebnislosen Zwischenbeschlüssen und Beratungen konnte endlich im September 1975 eine sogenannte Grundsatzentscheidung der Heilstätte zur Durchführung dieser Investition nach erfolgtem Beschluss durch den Rat des Bezirkes Schwerin, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen, gefällt werden. Diese beinhaltete nun eine detailliertere Bauzeiten- und Kostenplanung. Baubeginn sollte im Februar 1976 sein, das Bauende war für Ende 1978 vorgesehen. Die geplanten Baukosten waren allerdings um

⁵⁷³ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35508b: Abschrift des Protokolls des Verwaltungsleiters der Heilstätte Waldeck über eine am 1.9.1969 durchgeführte Besichtigung der Heizungsanlage.

⁵⁷⁴ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35508b: Schreiben Meyers an den Bezirksarzt des Rates des Bezirkes Schwerin, OMR Dr. Hartwig, zur Rekonstruktion der Heizung in der Tbc-Heilstätte Waldeck vom 16.11.1971.

⁵⁷⁵ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35508b: Schreiben der Abt. Gesundheits- u. Sozialwesen an die Abt. Finanzen des Rates des Bezirkes Schwerin vom 16.07.1975.

485.000 M auf insgesamt 1,37 Mill. M gestiegen. Die Kostensteigerung wurden v.a. damit begründet, dass in den vorherigen Kostenermittlungen die Sanierung des Hauptgebäudes nach Stilllegung der alten Anlage und die erforderliche Gasversorgungs-Zuleitung noch nicht enthalten waren. Außerdem sei die Dimension der benötigten Gasdruckreglerstation und damit die Kosten in den vorherigen Kostenermittlungen zu niedrig angesetzt worden.⁵⁷⁶ Außerdem hatte sich gezeigt, dass der Anschluss an das Schwaaner Gasversorgungsnetz aufgrund des zu erwartenden hohen Gasverbrauchs der Heilstätte nicht möglich war und deshalb eine separate Leitung mit eigener Umformerstation verlegt werden musste, was nochmals Zusatzkosten von etwa 88.000,- M verursachen würde.⁵⁷⁷

Tatsächlich konnte 1976 mit dem Bau des Heizhauses begonnen werden. Während des Baus kam es jedoch immer wieder zu Havarien an der alten Heizungsanlage, die erst behoben werden mussten.⁵⁷⁸

Aufgrund der bereits erheblich verschlissenen und immer störanfälligeren Heizungsanlage wurde der Ersatz durch die neue Anlage immer dringender. Da jedoch entgegen des geltenden Beschlusses nicht ausreichende Baukapazitäten zur Verfügung gestellt wurden, verzögerte sich das Bauvorhaben und konnte 1978 noch nicht abgeschlossen werden. In diese Phase stieß die Entscheidung der DDR-Regierung, aufgrund fehlender Finanzmittel zum weiteren Einkauf von Erdgas aus der Sowjetunion einerseits und technisch bedingter Erdgas-Lieferengpässe seitens der Sowjetunion andererseits landesweit die Heizungsanlagen von Betrieben, staatlichen Einrichtungen usw. von Erdgas- auf Braunkohlefeuerung umzustellen. Die nun also fast fertiggestellte Gas-Heizungsanlage musste demnach noch in der Endphase ihrer Errichtung auf die Beschickung mit Braunkohle umgebaut werden.⁵⁷⁹ Die bereits vorhandene Ausrüstung für den Gasbetrieb (u.a. drei Kessel, ein Entgaser, eine Umform- und eine Gasdruckreglerstation) mussten wieder demontiert werden. Nach der Demontage musste außerdem versucht werden, diese zu verkaufen. Die Ökonomische Leiterin der Heilstätte, Ingeborg Rodust, suchte deshalb schnellstmöglich einen Projektierungsbetrieb, der die für den nun erforderlichen Umbau des fast fertiggestellten Heizhauses benötigten Planungsunterlagen erstellte. Ihre diesbezügliche, bereits im März 1978 an das Bezirksbauamt des Rates des Bezirkes Schwerin gerichtete dringliche Bitte wurde jedoch offenbar zunächst nicht erhört.⁵⁸⁰ Sehr wahrscheinlich hatte sich Rodust vorher schon an ihre übergeordnete Abt. Gesundheits-

⁵⁷⁶ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35508b: Grundsatzentscheidung der Tbc-Heilstätte Waldeck zur Rekonstruktion der Heizungsanlage vom 26.09.1975.

⁵⁷⁷ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 168: Energietechnische Stellungnahme des VEB Energiekombinat Nord, Bezirksdirektion Schwerin, zur Gasversorgung der Tbc-Heilstätte Waldeck vom 31.10.1975.

⁵⁷⁸ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35508b: Schreiben des Vorsitzenden der Bezirksenergiekommission des Rates des Bezirkes Schwerin an den Vorsitzenden der Bezirkskatastrophenkommission vom 23.06.1977.

⁵⁷⁹ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 168: Schreiben der Ökonomischen Leiterin der Heilstätte, Rodust, an das Bezirksbauamt des Rates des Bezirkes Schwerin zur Zuweisung eines Projektierungsbetriebes für die Rekonstruktion der Heizungsanlage in der Heilstätte Waldeck vom 09.03.1978.

⁵⁸⁰ Ebenda.

und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin gewandt, denn diese hatte bereits kurz davor sogar beim Ratsvorsitzenden selbst interveniert. Dabei wurde nochmals schriftlich dargelegt, dass letztlich trotz aller bisher getroffenen Absprachen, Beratungen und Vereinbarungen keine entsprechenden Ergebnisse erzielt worden seien, obwohl das Problem der störanfälligen Heizungsanlage immer prekärer wurde. Dabei wurde aufgezeigt, dass letztlich alle bisher fehlenden Leistungen durch den VEB Bau Bützow zu erbringen gewesen wären. Alle anderen Beteiligten hätten ihre Aufgaben bisher erfüllt. Einige dieser nicht erbrachten Leistungen habe der VEB Bau Bützow damit begründet, dass die Heilstätte eine bezirksgeleitete Einrichtung sei, für deren Bilanzierung von Vorbereitungs- und Realisierungsleistungen das Bezirksbauamt zuständig sei. Weiter heißt es in dem Schreiben an den Ratsvorsitzenden: „Wir betrachten die Bestrebungen des VEB Bau Bützow vielmehr als einen Versuch, sich von für ihn komplizierten, aber für die Inbetriebnahme der Einrichtung notwendigen Aufgaben zu lösen. Wenn durch das Bauwesen hier kein Weg gefunden wird, dieses Vorhaben so zu Ende zu führen, dass die Beheizung der Heilstätte gesichert wird, sehe ich notwendige Konsequenzen für das weitere Betreiben dieser Gesundheitseinrichtung auf uns zukommen.“⁵⁸¹ Doch auch dieses Schreiben zeigte noch nicht die erhoffte Wirkung.

Als es Heiligabend 1980 erneut zu einer Havarie und zum Ausfall der Heizungsanlage kam, erneuerte die Ökonomische Leiterin der Heilstätte im Februar 1981 ihre dringende Bitte, diesmal gestellt an das Kreisbauamt des Rates des Kreises Bützow. Darin bat sie neben den voraussichtlichen Umrüstkosten des Heizhauses in Höhe von ca. 800.000,- Mark auch um Planungsleistungen für den Totalersatz der gesamten Gebäude-Sanitärtechnik in Höhe von etwa 450.000,- M, für die Sanierung der Röntgenabteilung in Höhe von etwa 60.000,- M und für die Umgestaltung zweier Stationen der Heilstätte zu einer Infektionsabteilung.⁵⁸² Bereits eine Woche später erhielt sie die Mitteilung des Bützower Kreisbauamtes, dass dafür im Jahr 1981 leider keine Projektierungskapazitäten mehr zur Verfügung stünden. Man werde aber den angemeldeten Bedarf für das Jahr 1982 registrieren.⁵⁸³

Nur 12 Tage später mahnte auch wieder Rodust's übergeordnete Stelle, die Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, diesmal beim Bezirksbaudirektor. Dabei wurde erneut das fehlende Leistungsvermögen des Bützower Baubetriebes kritisiert. Weiterhin wurde eindringlich darum gebeten, auch über den Kreis Bützow und den Bezirk

⁵⁸¹ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 168: Schreiben des stellv. Bezirksarztes der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, Dr. Müller, an den Vorsitzenden des Rates des Bezirkes, Fleck, zur Situation bei Bauvorhaben in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vom 16.02.1978.

⁵⁸² LHA-SN, 7.11-1, Nr. 168: Schreiben der Ökonomischen Leiterin der Heilstätte Rodust an das Kreisbauamt des Rates des Kreises Bützow bezüglich der Anmeldung von Projektierungsbedarf vom 05.02.1981.

⁵⁸³ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 168: Schreiben Kreisbauamtes des Kreises Bützow an die Tbc-Heilstätte Waldeck vom 12.02.1981.

Schwerin hinaus vorhandene Planungs- und Baukapazitäten zu gewinnen, um eine möglichst schnelle Lösung des Problems zu erreichen. Das Schreiben endet mit den Worten: „Mit der Delegierung der Entscheidung und Bilanzierung in den Kreis Bützow, wie gehabt, wird keine Lösung der angestrebten Aufgabe erzielt.“⁵⁸⁴

Doch auch diese Mahnung konnte den Baufortschritt nicht beschleunigen, denn auch noch Jahre nach der Pensionierung Meyers 1981 musste der neue Ärztliche Direktor Dr. Uerckwitz, auf den im nächsten Abschnitt weiter eingegangen wird, die Sanierung der immer maroder werdenden Heizungsanlage anmahnen. Da die Heilstätte Waldeck seit dem 1. Januar 1984 nicht mehr der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin unterstand, sondern der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Kreises Bützow unterstellt wurde,⁵⁸⁵ richtete Uerckwitz seine Mahnung in Form eines Lageberichtes an den Kreisarzt dieser Abteilung. Darin beschreibt er, dass aufgrund der völlig verschlissenen Heizungsanlage und der damit verbundenen hohen Wärmeverluste die Anlage mit sehr hohen Vorlauftemperaturen gefahren werden musste. Um die hohen Temperaturen erreichen zu können, konnte nicht, wie vorgesehen, kostengünstige Rohbraunkohle verheizt werden, sondern es mussten höherwertige Braunkohlebriketts beschafft werden, wofür eine Sondergenehmigung eingeholt werden musste. Außerdem erreichten aufgrund dieser hohen Wärmeverluste in längeren Kälteperioden in einigen Klinikbereichen sowie auch in einigen im Gebäude befindlichen Mitarbeiterwohnungen die Raumtemperaturen nur noch zwischen 15-16 °C. Besonders betroffen waren auch die Räume der Rehabilitationsstation IV und der Physiotherapie. Auch die Warmwasserversorgung war dann sehr schnell überlastet, so dass Bäder und Unterwassermassagen bei Außentemperaturen unter 0 °C kaum noch durchgeführt werden konnten. Aufgrund der immer weiter abnehmenden Heizleistung konnte auch die Wäscherei nicht ausreichend mit Dampf versorgt werden, so dass sich Waschzeiten teilweise verdoppelten und es zu Störungen beim Heißmangeln kam, die bis zum Zerreißen von Wäschestücken führten.⁵⁸⁶

Aber nicht nur die Heizungsanlage war völlig verschlissener, auch das im Gebäude befindliche Rohrnetz war größtenteils bereits über 70 Jahre alt und verursachte ebenfalls immer wieder Havarien, außerdem führten die teilweise bereits deutlichen Querschnittsverengungen zu zusätzlichen Druckverlusten und Flussbehinderungen.⁵⁸⁷

⁵⁸⁴ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 168: Schreiben des Bezirksarztes der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, Dr. Trzeczak, an den Bezirksbaudirektor Kellermann, zur Situation des Bauvorhabens in der Heilstätte Waldeck vom 17.02.1981.

⁵⁸⁵ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35663: Auszug aus dem Beschluss Nr. 121/83 des Rates des Kreises Bützow, Pkt.5 (Bericht über die Situation des Gesundheitswesens des Kreises) vom 12.01.1984.

⁵⁸⁶ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35663: Schreiben des Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Uerckwitz, an den Kreisarzt des Rates des Kreises Bützow vom 19.07.1984.

⁵⁸⁷ Ebenda.

Trotz alledem wurde die neue Heizungsanlage zwischen 1985 und 1986 tatsächlich doch noch fertiggestellt. Die nun für die Verfeuerung von Rohbraunkohle ausgerüstete Anlage verfügte über zwei Heizkessel und Schütt-Trichter mit einer Wurfbeschickungsanlage, die die Braunkohle direkt aus dem Schütt-Trichter in einen der Heizkessel beförderte. Die zum Ende der DDR-Zeit verwendete Braunkohle wurde jedoch zunehmend schlechter in ihrer Qualität bei immer geringerem Heizwert und hohen Schwefel- und Salzgehalten, die beim Verfeuern zu einer starken Entwicklung von stechend-beißendem Rauch und Qualm führten. Da die Heilstätte von hohem Baumbewuchs umgeben war, wurde sie bei manchen Wetterlagen von einer solchen Rauchwolke eingehüllt und führte bei Patienten und Mitarbeitern häufig zu Reizungen der Atemwege.⁵⁸⁸

Auch während des Betriebes der neuen Heizungsanlage kam es immer wieder zu mehr oder weniger schweren Zwischenfällen. Dr. Uerckwitz erinnerte sich u.a. an ein Vorkommnis, bei dem ein Heizer, der wohl häufiger während der Arbeit dem Alkohol zusprach, vergessen hatte, die Luke zwischen Schütt-Trichter und Beschickungsanlage zu schließen. Das führte dazu, dass die Flammen aus dem Heizkessel über die Beschickungsanlage in den Schütt-Trichter zurückschlugen und die unteren Schichten der darin lagernden Braunkohle in Brand setzten. Der dabei entstehende Rauch stieg in den Arbeitsraum des Heizers. Nach Auslösung des Brandalarms fand Uerckwitz, auf allen vieren kriechend, da nur noch im Fußbodenbereich der Rauch noch nicht so stark und Sicht noch möglich war, den bereits bewusstlosen Heizer im Arbeitsraum vor, konnte ihn noch rechtzeitig bergen und erste medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen der Rettungskräfte einleiten.⁵⁸⁹

Trotz der langen Zeit bis zum Errichten der neuen Heizungsanlage war deren Betriebszeit wiederum besonders kurz. Anfang der neunziger Jahre wurde die Anlage stillgelegt und eine neue moderne Heizungsanlage installiert. Das Klinikgebäude selbst war bereits 1987 als architektonisches Zeugnis der mecklenburgischen Kultur- und Sozialgeschichte unter Denkmalschutz gestellt worden.⁵⁹⁰

⁵⁸⁸ Aussagen des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Dr. Jürgen Uerckwitz; Interview vom 28.06.2015 in Besitz, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁵⁸⁹ Ebenda.

⁵⁹⁰ Schacht, Alexander: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan; Mitteilungsblatt des Landkreises Bad Doberan, Heft 11 vom 05.11.2002.

2.10 Die beginnende fachliche Neuausrichtung von der Tbc-Heilstätte zur Fachklinik für neurologische Frührehabilitation in den achtziger Jahren

Obgleich die fachliche Neuausrichtung der Heilstätte in den 1980er Jahren eine wichtige Etappe in ihrer Geschichte darstellt, zeigte sich bald, dass für diesen Abschnitt wenig verlässliche Überlieferungen existieren. So wird für diesen Abschnitt vor allem auf Material aus dem Besitz des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Herrn Dr. Jürgen Uerckwitz, zurückgegriffen. Es handelt sich dabei um Darstellungen seines beruflichen Werdegangs, schriftliche Erinnerungen, Korrespondenzen und Protokolle von Interviews, die der Autor mit ihm geführt hat. Der Autor dankt Herrn Dr. Uerckwitz an dieser Stelle für die umfangreiche Zuarbeit.

Durch die bereits im Vorabschnitt beschriebene Einführung wirksamer Antibiotika sowie die konsequente und flächendeckende Durchführung der Volks-Röntgen-Reihenuntersuchungen und der BCG-Impfungen hatte die Tuberkulose ihren Charakter als Volksseuche in der DDR bereits in den sechziger Jahren verloren. Trotz des Umstandes, dass Waldeck ab den siebziger Jahren das einzige Tuberkulose-Fachkrankenhaus der drei Nordbezirke der DDR war, nahm die Zahl an Tbc-Patienten stetig ab, so dass sich Ende der siebziger Jahre abzeichnete, dass die alleinige Auslastung der Heilstätte durch Tbc-Patienten perspektivisch nicht mehr erreicht werden würde.

Parallel dazu sah die Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin anhand einer von ihr im Oktober 1980 erstellten Analyse einen zukünftig erhöhten Profilierungsbedarf für Infektionsbehandlungseinrichtungen einschl. Einrichtungen für tropenmedizinische Untersuchungen für den Bezirk Schwerin.⁵⁹¹

Allein die erforderlichen Tropentauglichkeitsuntersuchungen und Schutzimpfungsmaßnahmen für in Tropengebiete reisende DDR-Bürger als auch für aus solchen Gebieten zu Ausbildungs- oder Arbeitszwecken einreisende Bürger aus mit der DDR befreundeten, Sozialismus-orientierten Staaten, sogenannten Bruderstaaten, nahmen einen immer größeren Umfang an, so dass die dafür zunächst provisorisch genutzten Räumlichkeiten in medizinischen Einrichtungen des Bezirkes Schwerin, z.B. Speise- und Kulturräume des Hygiene-Institutes oder der Chirurgischen Klinik in Schwerin schnell überlastet waren. So beklagte der Direktor des Hygiene-Institutes, Medizinalrat Dr. Bender, gegenüber dem Bezirksarzt Dr. Trzeciak in einem Schreiben vom 13. Oktober 1978, dass immer größere Delegationen zu impfen wären und dabei aufgrund dafür nicht dauerhaft zur Verfügung stehender Impfräume und Personal,

⁵⁹¹ Uerckwitz, Jürgen: Die Entwicklung der Tuberkulose-Heilstätte Waldeck zwischen dem VIII. und XI. Parteitag der SED, Bericht vom 08.12.1987 zum Stand der Arbeit zu Ehren des XI. Parteitages anlässlich des Tages des Gesundheitswesens; Kopie im Besitz des Autors.

wie Schwestern und medizinisch-technischer Assistentinnen (MTA's), immer wieder improvisiert werden müsse. Allein im Januar 1978 hätten 107 vietnamesische Bürger gegen Cholera und Pocken unter schwierigen Arbeitsbedingungen geimpft werden müssen. Die Schaffung einer ständigen Einrichtung für tropenmedizinische Untersuchungen und entsprechende Impfungen sei deshalb dringend notwendig.⁵⁹² Erste Überlegungen, im Bezirkskrankenhaus (BKH) Schwerin eine solche Einrichtung zu schaffen, wurden vom BKH mit der Begründung abgelehnt, dass sich der Aufgabenumfang des Hauses bei gleichbleibenden Ressourcen immer weiter vergrößere, gleichzeitig sogar eine personelle Unterbesetzung bestehe und die Fachambulanzen außerdem voll ausgelastet wären.⁵⁹³

Da also weiterhin eine geeignete Einrichtung für tropenmedizinische Belange für den Bezirk Schwerin gesucht wurde, beauftragte die Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin die Heilstätte Waldeck, ein diesbezügliches Konzept zu entwickeln.⁵⁹⁴ In Waldeck hoffte man daraufhin, zunächst parallel eine Infektionsabteilung für Tropenmedizin einzurichten und die Heilstätte schrittweise völlig in eine Infektionsklinik mit tropenmedizinischer Abteilung umwandeln zu können, in der auch weiterhin die Behandlung von Tbc-Patienten erfolgen sollte.⁵⁹⁵

In diese Phase der Suche nach neuen Aufgabenfeldern fiel auch der Wechsel der Ärztlichen Leitung der Heilstätte. Dr. Meyer wollte sich zur Ruhe setzen und drängte den Bezirksarzt des Rates des Bezirkes Schwerin, baldmöglichst einen Nachfolger zu benennen. Er bat weiterhin, dafür ein Mitglied der SED auszuwählen, wobei er mit dieser Bitte offene Türen beim Bezirksarzt eingerannt haben dürfte, da dieser wie Meyer ebenfalls SED-Mitglied war. Einige der befragten Auswahlkandidaten hätten jedoch unerfüllbare private Bedingungen gestellt, einer der Kandidaten habe beispielsweise ein Motorboot auf der Ostsee verlangt, so der spätere Ärztliche Leiter, Dr. Uerckwitz, in seinen schriftlichen Erinnerungen. Schließlich wurde auch Uerckwitz gefragt, der zu dieser Zeit als Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin in der Medizinischen Klinik Schwerin tätig war. Ihm wurde die Perspektive eröffnet, nach Meyers Wechsel in den Ruhestand als Leiter eines zur Infektionsklinik neuausgerichteten Hauses auch selbst viel neu gestalten und bewegen zu können. Da Uerckwitz Interesse zeigte, wurde für Mitte des Jahres 1979 ein Besichtigungstermin in Waldeck vereinbart, damit er sich selbst ein Bild von den dortigen Verhältnissen machen konnte. In seinen Erinnerungsnotizen beschreibt Uerckwitz, dass er dort zunächst ein altes

⁵⁹² LHA-SN, 7.11-1-2/1, Z 131/1991, Sign. 35709: Schreiben Benders an Trzeciak vom 13.10.1978.

⁵⁹³ LHA-SN, 7.11-1-2/1, Z 131/1991, Sign. 35709: Schreiben des Chefarztes des BKH, Hafemeister, an den Ärztlichen Direktor, Krenz, vom 24.10.1978.

⁵⁹⁴ Erinnerungsnotizen des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Jürgen Uerckwitz (Erinnerungsnotizen Uerckwitz), Bl. 2, 6, 92; Kopie im Besitz des Autors.

⁵⁹⁵ Vortrag des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Jürgen Uerckwitz, zum 100-jährigen Bestehen der Klinik Waldeck im September 2011; Kopie der Vortragsunterlagen im Besitz des Autors.

Gebäude mit veralteter und verschlissener Heizungsanlage, eigener Wäscherei, im Zerfall befindlichen, reetgedeckten Liegehallen und einer eigenen Schweinezucht auf dem Hinterhof vorgefunden habe. Besonders in Erinnerung geblieben sei ihm auch der in allen Fluren und Räumen der Stationen vorhandene und teilweise schon schadhafte 1,6 m hohe grün-braune Ölsockel, der diesen Räumen in Verbindung mit dem verschlissenen Linoleum-Fußbodenbelag einen morbiden Charme verlieh. Nachdem Uerckwitz zusammen mit seiner Ehefrau alles soweit in Augenschein genommen hatten, habe sich seine Frau zunächst geweigert, dort auch nur für einen Tag zu bleiben. Doch ein Spaziergang durch die reizvolle Natur der Umgebung, einige weitere Besuche und die Aussicht, hier in einer noch zu modernisierenden Klinik zu arbeiten, die schon von der Architektur einen krassen und wohltuenden Gegensatz zu den Plattenbau-Klinikneubauten der siebziger und achtziger Jahre bildete, haben aber beide davon überzeugen können, diesen Neuanfang zu wagen. So sagte Uerckwitz schließlich zu und wurde am 1. Oktober 1979 als Oberarzt in der Heilstätte eingestellt.⁵⁹⁶

Dr. Jürgen Uerckwitz wurde am 12. Januar 1940 geboren. Im Juli 1958 legte er das Abitur an der Goethe-Oberschule in Schwerin ab und arbeitete von September 1958 bis August 1959 als Hilfsschlosser. Anschließend nahm er an der Rostocker Universität ein Medizinstudium auf, das er im Juni 1965 beendete. Im Herbst 1966 erhielt Uerckwitz die Ärztliche Approbation und arbeitete zunächst in der Schweriner Poliklinik, bevor er zur Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin in die Medizinische Klinik des Bezirkskrankenhauses Schwerin wechselte. Uerckwitz promovierte im Dezember 1969 mit dem Thema „Die Geschichte des Hygiene-Institutes der Universität Rostock“ und nahm im September des darauffolgenden Jahres nach erfolgreicher Facharztprüfung eine Tätigkeit als Facharzt in dieser Klinik auf. Von Dezember 1973 bis Juni 1975 unterbrach er diese Tätigkeit, um als Schiffsarzt auf Fang- und Verarbeitungsschiffen der Hochsee-Fischereiflotte der DDR zu arbeiten. Im August 1975 war er wieder in der Abteilung für Innere Medizin des Bezirkskrankenhauses Schwerin tätig und wurde im Juni 1976 zum Oberarzt ernannt. Von März 1978 bis März 1979 arbeitete Uerckwitz erneut als Schiffsarzt auf Fang- und Verarbeitungsschiffen der Hochsee-Fischereiflotte und anschließend bis zum Wechsel nach Waldeck wieder als Oberarzt im Bezirkskrankenhaus Schwerin.⁵⁹⁷

In seinen Erinnerungsnotizen berichtet Uerckwitz, wie Meyer ihn nach Aufnahme seiner Tätigkeit als Oberarzt in die Waldecker Arbeitsweise einführte. Zunächst habe Meyer ihn in der Technik der Röntgen-Durchleuchtung unterwiesen. Dabei wurden die Patienten der

⁵⁹⁶ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 91-92.

⁵⁹⁷ Uerckwitz: Beruflicher Werdegang, in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 88.

Heilstätte stationsweise in zwei Kabinen der Röntgenabteilung im Kellergeschoss vor den Röntgenschirm geführt und durchleuchtet. Der befundende Arzt habe dabei eine Bleischürze und eine Strahlenschutzbrille getragen und den Befund über ein Mikrofon ins Sekretariat weitergegeben, wo dieser von der Sekretärin stenografiert wurde. Später wurde der Befund per Schreibmaschine nachgeschrieben, vom Arzt unterschrieben und in die Krankenakte eingheftet, so Uerckwitz weiter. Meyer habe über einen bemerkenswerten klinischen Blick für solche Röntgenbefunde verfügt. Während der Durchleuchtungen habe er sofort den Zustand und das Stadium einer Lungenerkrankung, insbesondere die Infektiosität und Ansteckungsgefahr bei Tuberkulose, erkennen können. Er habe die Befunde zentimetergenau beschrieben und vergleichende Angaben wie beispielsweise kirsch- oder pflaumengroße Kavernen ghasst. Das ebenfalls von ihm geleitete Laboratorium züchtete die Erreger auf Nährböden an und konnte nach meist etwa sechs Wochen bereits erste Ergebnisse liefern. Aufgrund dieser Maßnahmen war es aufgrund der Beurteilbarkeit der Infektiosität möglich gewesen, für Patienten mit offener Tbc⁵⁹⁸ die Zeit der erheblich einschränkenden Isoliermaßnahmen entsprechend zu verkürzen. Besonders unter der Dreifachbehandlung mit Rifampizin, Isoniazid und Ethambutol habe sich rasch der Allgemeinzustand der Patienten gebessert, und sie nahmen schnell bis zu 15 kg an Gewicht zu. So sei es laut Uerckwitz häufig vorgekommen, dass bei Aufnahme kachektische und schwerkranke Patienten, die oftmals schon mit Trage eingeliefert werden mussten, von ihren Angehörigen bei späteren Besuchen nicht wiedererkannt wurden.⁵⁹⁹

Uerckwitz berichtet weiter, dass er von seiner Tätigkeit als Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin des Bezirkskrankenhauses Schwerin gewohnt war, Befunde mithilfe moderner Diagnostikgeräte zu erheben. Ein batteriebetriebenes Einkanal-EKG-Gerät und ein Röntgen-Durchleuchtungsplatz mit Tomographie-Aufsatz zur Anfertigung von Schichtaufnahmen der Lunge seien jedoch die einzigen in Waldeck vorhandenen moderneren Diagnostikgeräte gewesen. Trotzdem wollte er mittels umfangreicher Ausschlussdiagnostik die Grundleiden der Patienten ermitteln und stieß damit bei den anderen Klinikmitarbeitern, insbesondere den Schwestern, auf Unverständnis und Ablehnung. Meyer habe dies meist nicht weiter kommentiert, konnte aber dank seines hervorragenden klinischen Blickes und seiner jahrzehntelangen Erfahrung die zutreffenden Diagnosen für die Patienten mit den wenigen vorhandenen diagnostischen Hilfsmitteln stellen und die sich daraus ergebenden Therapie ableiten. Dadurch hatte Uerckwitz, wie er selbst berichtet, zunächst keinen leichten Stand bei

⁵⁹⁸ Offene Tbc beschreibt den Zustand der Tuberkulose, bei dem der bzw. die Krankheitsherde (Kavernen) in der Lunge Verbindung zu den Luftwegen haben und damit die Möglichkeit gegeben ist, die Erreger an die Außenwelt abzugeben.

⁵⁹⁹ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 89-90.

dem von Meyer und dessen Arbeitsweise und Anforderungen geprägten medizinischen Personal, insbesondere den Schwestern.⁶⁰⁰

Parallel dazu wurde jedoch bekannt, dass das Vorhaben der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, Waldeck perspektivisch zur Infektionsklinik mit tropenmedizinischer Abteilung für den Bezirk Schwerin neu zu profilieren, gescheitert war, so heute in der Darstellung von Uerckwitz. Waldeck lag zwar noch im Bezirk Schwerin, aber nur ca. 20 km weiter befand sich die Universitätsklinik Rostock, die über eine Infektionsabteilung mit erfahrenen Fachkräften und ausreichenden Kapazitäten verfügte. Auch erwies sich das Gesamtkonzept der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen einschließlich der zu erwartenden Patientenzahlen als unrealistisch. Die Perspektive, für die Uerckwitz nach Waldeck gegangen war, bestand somit nicht mehr.⁶⁰¹

Gemäß Uerckwitz' Erinnerungsnotizen schwebte der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin jedoch bereits eine neue Verwendung für Waldeck vor. Denn im Gesundheitssystem der DDR zeigte sich ein immer größer werdendes Problem. Durch den wachsenden medizinischen Fortschritt konnten zwar immer mehr Patienten nach schweren Erkrankungen oder Unfällen gerettet und vor dem Tod bewahrt werden, aber eine zunehmende Anzahl dieser Patienten war aufgrund von Folgeschäden oder irreversiblen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage, sich selbst zu versorgen. Andererseits waren diese Patienten noch nicht bzw. nicht mehr in der Lage, eine Kur in den vorhandenen Kurheimen anzutreten. Die heute im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung übliche medizinische Rehabilitation existierte zu dieser Zeit noch nicht, auch weltweit entwickelte sich Rehabilitation erst in den sechziger und siebziger Jahren.

Aufgrund der in der DDR herrschenden Vollbeschäftigung war auch die weiterführende Betreuung durch Angehörige meistens nicht möglich, so Uerckwitz in seinen Erinnerungsnotizen weiter. Ein Großteil dieser Patienten habe so oft über mehrere Monate bis zu einem Jahr die Betten in den Akutkrankenhäusern belegt. Viele dieser Patienten seien in dieser Zeit an den Folgen der Immobilisation verstorben, da die Akutkrankenhäuser den erheblichen pflegerischen Mehraufwand nicht erbringen konnten. Außerdem haben somit auch in zunehmendem Maß weniger Betten für die Akutversorgung zur Verfügung gestanden.⁶⁰²

Uerckwitz' Schilderungen zufolge ergab sich ein weiteres Problem daraus, dass die zuständigen staatlichen Institutionen von entlassenen Patienten bzw. von deren Angehörigen

⁶⁰⁰ Ebenda, Bl. 93.

⁶⁰¹ Ebenda, Bl. 95, 100.

⁶⁰² Ebenda, Bl. 95.

durch eine ansteigende Flut von Anzeigen bezüglich Verbesserungen von vorhandenem ungeeigneten Wohnraum überschwemmt wurden, in denen beispielsweise um die rollstuhl- bzw. gehbehindertengerechte Anpassung von Wohnungen gebeten wurde, aber auch um die Abstellung „alltäglicher“ Probleme der Wohnungssituation in der DDR, wie z.B. schadhafte Fenster oder undichte Dächer.⁶⁰³

Um diesen immer drängender werdenden Problemen zu begegnen, entstand in der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen die Überlegung, angesichts der immer weiter sinkenden Tbc-Patientenzahlen anstelle des gescheiterten Konzeptes der Neuausrichtung zur Infektionsklinik Waldeck nun zum Pflegeheim für solche Patienten aus den Akutkrankenhäusern umzufunktionieren, berichtet Uerckwitz weiter. Dazu kam, dass auf vielen, v.a. relativ einsam gelegenen Höfen und Siedlungen im weiteren Einzugsgebiet der Heilstätte oftmals alte Menschen einsam lebten, die sich nicht mehr ausreichend selbst versorgen konnten, für die aber nicht genügend Plätze in Feierabend- und Altenheimen zur Verfügung gestellt werden konnten. Auch diese bedürftigen Menschen hätten in Waldeck perspektivisch untergebracht werden sollen, so Uerckwitz.⁶⁰⁴

In dieser Phase der Umorientierung ging der Staffelstab der Ärztlichen Leitung der Heilstätte von Meyer auf Uerckwitz über. Am 1. August 1981 wurde Uerckwitz zum Ärztlichen Direktor der Heilstätte ernannt. Heinz Meyer zog sich zurück und starb am 27. August 1990 in seinem Haus in Dudinghausen bei Schwaan. Knapp anderthalb Jahre später, am 13. Januar 1992, starb seine Frau Lieselotte.⁶⁰⁵

Uerckwitz wollte jedoch, so seine Darstellung, dass Waldeck weiter als Klinik zur aktiven Behandlung von Patienten und nicht zu deren perspektivloser „Aufbewahrung“ erhalten blieb. Ihm sei dabei jedoch auch klar gewesen, dass dafür angesichts der immer weiter sinkenden Bettenauslastung der Heilstätte dringend ein neues Alternativkonzept entwickelt werden musste, mit dem man sich gegen die Vorstellungen der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen durchsetzen konnte. Dabei half Uerckwitz, dass er auf Fachtagungen und Kongressen Dr. Zippel, einem Arzt aus dem DDR-Regierungs Krankenhaus Berlin-Buch, begegnete.⁶⁰⁶ Christian Zippel wurde am 7. Oktober 1942 im ostpreußischen Nattkischken geboren.⁶⁰⁷ Er legte 1961 in Gotha das Abitur ab und studierte von 1962 bis 1968 Medizin an der Berliner

⁶⁰³ Ebenda, Bl. 6, 95.

⁶⁰⁴ Interview des Autors mit Jürgen Uerckwitz vom 16.08.2017, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁶⁰⁵ Aussagen von Erika Klie, der Tochter Heinz Meyers, in Schwaan im Mai 2012 einschl. Einsichtnahme in private Dokumente Meyers (Reife-, und Studienzeugnis, Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Auszeichnungen, Zeitungsartikel der Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9), Notat im Besitz des Autors.

⁶⁰⁶ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 124, 158.

⁶⁰⁷ Interview des Autors mit Christian Zippel vom 27.04.2013, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors. Alle Informationen in diesem Abschnitt zu Zippel entstammen dieser Quelle.

Humboldt-Universität. Zippel arbeitete dann als Arzt im Regierungskrankenhaus Berlin-Buch und promovierte 1970. In diesem Jahr trat er außerdem in die CDU ein. Nach Erhalt der Facharztanerkennung für Innere Medizin wurde er bald darauf Oberarzt und bereits 1982 Chefarzt der II. Geriatriischen Klinik in Buch. Diese war eine der fünf Kliniken für Innere Medizin im Regierungskrankenhaus, das mit etwa 4.000 Betten zu dieser Zeit das größte Fachkrankenhaus Europas war. Zippel beschäftigte sich ab 1978 mit der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, vor allem mit der Betreuung von jungen Schlaganfallpatienten, darunter viele junge Frauen im Alter zwischen 18-35 Jahren, die aufgrund der Kombination aus Rauchen und Antibabypille einen Schlaganfall erlitten hatten. Sein jüngster Schlaganfallpatient war 14 Jahre alt. Die ersten Anregungen für den Beginn einer Rehabilitation dieser Patienten erhielt Zippel durch den Internisten Dr. Günther Müller aus dem Krankenhaus im südwestlich von Berlin gelegenen Treuenbrietzen, der sich bereits ab Mitte der siebziger Jahre mit der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten beschäftigte. Müller hatte in Treuenbrietzen mit der Rehabilitation von nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmten Patienten unter anderem nach einem Therapiekonzept begonnen, das von dem Neurologen Karl Bobath (1906-1991) und seiner Frau, der Physiotherapeutin Berta Bobath (1907-1991) in den vierziger Jahren entwickelt wurde.⁶⁰⁸ Dieses Konzept, dessen Wirksamkeit bisher noch nicht wissenschaftlich belegt werden konnte, beruht auf der Annahme der Plastizität des Gehirns. Plastizität bedeutet, dass gesunde Hirnregionen die Funktionen der durch einen Schlaganfall geschädigten Hirnregionen durch Vernetzung mit diesen übernehmen können. Die Bobaths gingen weiterhin davon aus, dass bei einem Schlaganfall oftmals nicht das jeweils zuständige Hirnareal, sondern die Verbindung zu diesem gestört wurde. Die Vernetzung der gesunden Hirnregionen mit den in der Verbindung zur jeweiligen Körperregion gestörten Hirnregionen soll durch ständig wiederholende Beübung der beeinträchtigten Körperregion erreicht werden. Berta Bobath beschreibt ihre Vorstellungen u.a. in ihrem Buch „Die Hemiplegie Erwachsener – Befundaufnahme, Beurteilung und Behandlung“.⁶⁰⁹

Zippel wurde 1984 Vorsitzender der Kommission für die Rehabilitation von Schlaganfallerkrankten in der DDR und ist Autor zahlreicher Fachpublikationen zur Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Auch Zippels Frau promovierte auf diesem Gebiet im November 1984 mit dem Thema „Die Rehabilitation des zerebrovaskulären Insults im internationalen medizinischen Schrifttum“.⁶¹⁰

⁶⁰⁸ Ebenda.

⁶⁰⁹ Bobath, Berta: Die Hemiplegie Erwachsener. Befundaufnahme, Beurteilung, Behandlung. Stuttgart 1983.

⁶¹⁰ Interview des Autors mit Christian Zippel vom 27.04.2013, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

Durch Zippel lernte Uerckwitz die entstehende „Rehabilitations-Szene“ in der DDR kennen, so Uerckwitz in seinen Erinnerungsnotizen. Er habe sofort das Potential und den längst vorhandenen Bedarf dafür in der DDR erkannt, vor allem aber die Chance, die die Schlaganfall-Rehabilitation als Möglichkeit zur fachlichen Neuausrichtung der Heilstätte Waldeck bot. Um die bereits von Müller und Zippel auf der Basis des Bobath-Konzeptes praktizierte Rehabilitation auch in Waldeck zu etablieren, musste jedoch zunächst ein grundsätzliches Problem gelöst werden: Eine solche Etablierung war natürlich nur mit Zustimmung des Bezirksarztes der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, Arno Trzeciak, möglich. Daraus wiederum ergab sich ein weiteres Problem, so Uerckwitz weiter: Für neurologische Fachfragen stand dem Bezirksarzt der beratende Neurologe für die drei Nordbezirke, der frühere Ärztliche Direktor der Klinik für Neurologie der Universität Rostock und in diesem Zeitraum als Direktor der Bezirksnervenklinik Schwerin tätige Obermedizinalrat Prof. Dr. Sc. med. Klaus Giercke (geb. am 18.07.1931, nicht verwandt mit dem früheren Waldecker Chefarzt Dr. Hans-Walther Giercke) zur Verfügung.⁶¹¹ Giercke war ein Schüler von Prof. Johannes Sayk (1923 – 2005), der hohe internationale Anerkennung durch die Entwicklung einer Zellsedimentierkammer von im Hirnwasser enthaltenen Zellen zur Hirnwasser-Diagnostik erwarb. Dadurch war es möglich, verschiedene neurologische Erkrankungen, die auch zu Veränderungen der Zellzusammensetzung im Hirnwasser führen, zu differenzieren und diagnostizieren. Das von Johannes Sayk (1923 - 2005) 1962 an der Universität Rostock geschaffene Liquordiagnostik-Labor wurde dadurch eines der führenden Labore auf diesem Gebiet in Europa. Sayk galt deshalb als einer der führenden Neurologen der DDR, dessen Meinung etwas galt. Seine wissenschaftlichen Bücher und Veröffentlichungen wie die „Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit: Ergebnisse vergleichender Untersuchungen“⁶¹² zählten in den sechziger bis achtziger Jahren zu den internationalen Standardwerken in der Neurologie. Sayk vertrat jedoch strikt die Lehrmeinung des spanischen Hirnforschers und Nobelpreisträgers Santiago Ramon y Cajal (1852 – 1934), der bereits in seinem Verdikt von 1928 postulierte, dass im erwachsenen Gehirn die Nervenbahnen starr und unveränderlich wären, Regeneration sei nicht möglich, nur die Kompensation durch die nicht betroffenen Körperteile. Aufgrund Sayks Ansehen galt Cajals Lehrmeinung als ehernes Gesetz in der Neurologie. Laut Uerckwitz’ Darstellungen vertrat auch Giercke diese Meinung und habe deshalb keinen Nutzen im Aufbau einer Schlaganfall-Rehabilitation in Waldeck gesehen. Um die daraus resultierenden und zu erwartenden Schwierigkeiten zu umgehen, habe Uerckwitz eine Form

⁶¹¹ LHA-SN, 7.11-1-2/1, Z 126/1991, Sign. 35663: Schreiben Gierckes an Trzeciak vom 18.01.1985.

⁶¹² Sayk, Johannes: Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit: Ergebnisse vergleichender Studien. Jena 1960.

der Einführung finden müssen, die der Bezirksarzt nicht ablehnen würde. Ihm schwebte vor, die Idee des Aufbaus einer Rehabilitationsabteilung beispielsweise als „Neuerer-Initiative“ zu „verkaufen“. Weiter führt Uerckwitz aus, wie er begann, in der Heilstätte Gleichgesinnte zu suchen, die ebenfalls das Problem der notwendigen Neuausrichtung erkannten und bereit waren, fachliches Neuland zu betreten. Das habe sich jedoch zunächst als nicht einfach erwiesen, da vor allem die älteren Schwestern und Mitarbeiter darin keine Notwendigkeit erkannten und zu einem solchen Schritt nicht bereit waren. Außerdem herrschte in der DDR Vollbeschäftigung, die Sorge um einen möglichen Verlust des Arbeitsplatzes bestand nicht.⁶¹³ Zudem kam hinzu, dass 1982 die Zahl der Tuberkulose-Neuerkrankungen im Bezirk Schwerin erstmals nicht weiter sank. Die Tbc-Behandlungsfälle in Waldeck stiegen 1982 mit 203 Fällen gegenüber 1981 mit 192 Fällen sogar leicht an.⁶¹⁴ Ab Mitte der achtziger Jahre sanken diese Zahlen jedoch wieder, was zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht absehbar war. Uerckwitz gelang es schließlich, vor allem junge Schwestern und Physiotherapeuten für die Idee der Schlaganfall-Rehabilitation zu gewinnen, weshalb das Thema zur „Jugendforscherkollektiv“-Aufgabe deklariert wurde.⁶¹⁵

Noch im Dezember 1981 schlug Uerckwitz in einem Schreiben an den Bezirksarzt diese Neuausrichtung der Heilstätte vor.⁶¹⁶ Im darauffolgenden Januar wurde sein Vorschlag bestätigt. Uerckwitz wurde dabei auch zugesichert, dass nicht mehr vorgesehen sei, die Heilstätte als Pflegeheim zu nutzen. Bei einer Bettenkapazität der Heilstätte von 140 Betten solle die Hälfte für die neu zu schaffende Abteilung für Rehabilitation genutzt werden. Eine durchschnittliche Auslastung von 80 % sei zu sichern.⁶¹⁷

Damit stand der Weg zur Rehabilitationsklinik offen. Doch damit allein war es natürlich noch nicht getan. Zu allererst musste Literatur und Ausbildungsmaterial zur Schlaganfall-Rehabilitation beschafft werden, was in der DDR zu dieser Zeit nur sehr schwer möglich war, da die Rehabilitation im ganzen Land noch in den Kinderschuhen steckte und nur wenig eigene Literatur dazu verfügbar war.⁶¹⁸

Uerckwitz beschreibt in seinen Erinnerungsnotizen, wie seine Frau Erika und er über private Kontakte Verbindungen zur westdeutschen Geesthachter Klinik, der heutigen VAMED Klinik Geesthacht herstellten, die sich ebenfalls als ehemalige Lungenklinik in der Phase der Umorientierung befand. In Geesthacht hatte man sich bereits ab 1965 breiter internistisch

⁶¹³ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 93, 100.

⁶¹⁴ Schreiben Uerckwitz' an den Bezirksarzt des Rates des Bezirkes Schwerin zur Auslastung der Heilstätte Waldeck vom 28.07.1983; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 35.

⁶¹⁵ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 6, 7, 95, 100.

⁶¹⁶ Schreiben des leitenden Arztes f. medizinische Betreuung der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, P. Drews, an den Ärztlichen Direktor der Heilstätte, Uerckwitz vom Januar 1982; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 97.

⁶¹⁷ Ebenda.

⁶¹⁸ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 7, 117.

aufgestellt und Ende der siebziger Jahre begonnen, sich mit der Rehabilitation von Patienten, insbesondere Kindern und Jugendlichen mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen zu beschäftigen.⁶¹⁹ Uerckwitz hatte einen Onkel, der in Geesthacht ein kleines Lottogeschäft besaß und zu dem auch während der DDR-Zeit regelmäßiger Kontakt gehalten wurde. Als die in Düsseldorf lebende Schwester von Erika Uerckwitz Ende der siebziger Jahre an Tuberkulose erkrankte, erhielt Frau Uerckwitz 1983 die Genehmigung, ihre Schwester in Düsseldorf zu besuchen. Auf der Rückreise habe sie Uerckwitz' Onkel in Geesthacht besucht und dabei auch die leitende Physiotherapeutin der Geesthachter Klinik kennengelernt, die ihr erste Hinweise, Tipps und Empfehlungen zur Schlaganfall-Rehabilitation gab. Am wichtigsten sei jedoch gewesen, dass Frau Uerckwitz von ihrem Begrüßungsgeld, das sie in der BRD als einreisende DDR-Bürgerin erhielt, das Buch „Die Hemiplegie Erwachsener – Befundaufnahme, Beurteilung und Behandlung“ von Berta Bobath, auch als „Bobath-Bibel“ bekannt, erwerben konnte und mit nach Hause brachte. Dieses Buch wurde einer der fachlichen Grundsteine für die Schlaganfall-Rehabilitation in Waldeck.⁶²⁰

Die Gründung und Ausgestaltung der Rehabilitationsabteilung wurde in Waldeck mit großem Eifer vorangetrieben. Unter Uerckwitz' Leitung wurde ein therapeutisches Team aus Internisten, neurologischem Konsiliararzt, Physiotherapeuten, Logopäden und Arbeitstherapeuten zusammengestellt, dessen Grundlagen seiner Rehabilitationsbehandlung sich neben dem Bobath-Konzept auch auf die Behandlungsmethoden von Gerhard Stricker-Barolin (1929-2011) und Margaret Johnstone (1919 – 2006) stützten.⁶²¹

Die bauliche Trennung der Tuberkuloseabteilung von der Rehabilitationsabteilung war trotz fehlender Investitionsmittel aufgrund der zweckmäßigen Architektur des alten Gebäudes einfach zu realisieren, erinnerte sich Uerckwitz. Durch Versetzen der vorhandenen Flügeltüren in den jeweiligen Flurbereichen konnten Schleusenbereiche geschaffen werden, in denen ein Kittelwechsel und eine Hände-Desinfektion erfolgten, so dass die nötige Hygiene-Sicherheit gewährleistet wurde.⁶²²

Im Ergebnis wurde die Heilstätte ab dem 1. April 1982 von der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin als Fachkrankenhaus für Tuberkulose und Rehabilitation eingestuft. Der offizielle Name der Heilstätte lautete nun: „Tbc-Heilstätte Waldeck - Fachkrankenhaus für Tuberkulose und Rehabilitation“.⁶²³

⁶¹⁹ VAMED Klinik Geesthacht: Unsere Klinik im Portrait. In: <https://www.vamed-gesundheit.de/reha/geesthacht/unsere-klinik/geschichte/>.

⁶²⁰ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 7, 117.

⁶²¹ Informationsheft der Tbc-Heilstätte Waldeck: Zur Verbesserung der Rehabilitation von Patienten mit Behinderungen nach Schlaganfällen; Anlage zum MMM-Objekt 1985 des Jugendkollektives der Station II; Schwaan 1985, S. 1-2.

⁶²² Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl.1, 101, 162.

⁶²³ Schreiben des Bezirksarztes der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, Trzeciak, an den Ärztlichen Direktor der Heilstätte, Uerckwitz vom 23.04.1982, in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 98.

Hilfe in der weiteren Entwicklung der Rehabilitationsbehandlung erhielt das Waldecker Team von den beiden schon in der DDR bestehenden und bereits oben aufgeführten Rehabilitationseinrichtungen, dem Geriatriischem Zentrum des Klinikums Berlin-Buch unter Zippel und dem Kreiskrankenhaus Treuenbritzen unter Müller.⁶²⁴ Zippel kam sogar selbst mit seinem Rehabilitationsteam Mitte der achtziger Jahre nach Waldeck, um therapeutische Maßnahmen, wie Hinweise zum allgemeinen Umgang mit Schlaganfallpatienten, Lagerungstechniken (z.B. beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl) sowie die Beschaffung und Lagerung von Hilfsmitteln zu demonstrieren. Außerdem wollte Zippel den Waldecker Kollegen Mut auf ihrem neuen Weg machen und sie darin bestärken, mit der Schlaganfall-Rehabilitation ein neues und immer bedeutender werdendes Therapiekapitel weiter fortzuführen.⁶²⁵ Denn noch immer stieß die Schlaganfall-Rehabilitation vor allem bei vielen Neurologen, die am Verdikt von Cajal festhielten, auf Ablehnung. So auch, wie bereits erwähnt, beim Fachberater für neurologische Fragen der drei Nordbezirke, Giercke.⁶²⁶

Neben der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten erfolgte in Waldeck auch die Rehabilitation von Patienten nach Schädel-Hirn-Verletzungen. Außerdem wurden Patienten nach endoprothetischer Versorgung mit Knie- oder Hüftgelenks-Endoprothesen zur postoperativen Mobilisierung aufgenommen.⁶²⁷

Bereits Anfang der achtziger Jahre entstanden in der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin, wie bereits im Vorabschnitt erwähnt, Überlegungen, die übergeordnete Leitung der Heilstätte Waldeck durch den Rat des Bezirkes an den Rat des Kreises Bützow abzugeben. Man versprach sich dadurch v.a. Kosteneinsparungen. Dadurch würde es u.a. möglich werden, dass die Heilstätte als dann kreisgeleitete Einrichtung die ökonomische Verwaltung des Schwaaner Landambulatoriums übernimmt.⁶²⁸ Uerckwitz hatte jedoch Sorge, dass die Heilstätte damit in ihrer bisher vorhandenen „operativen“ Entscheidungsfreiheit deutlich eingeschränkt und die weitere fachliche Entwicklung als Fachkrankenhaus für Rehabilitation behindert werden würde.⁶²⁹

In Uerckwitz' schriftlichen Erinnerungen äußerte sich diese „operative“ Entscheidungsfreiheit v.a. darin, dass beispielsweise erforderliche Baureparatur- und Handwerkerleistungen nach Absprache mit örtlichen Firmen kurzfristig ausgeführt wurden, ohne vorher ihre Aufnahme in

⁶²⁴ Informationsheft der Tbc-Heilstätte Waldeck: Zur Verbesserung der Rehabilitation von Patienten mit Behinderungen nach Schlaganfällen; Anlage zum MMM-Objekt 1985 des Jugendkollektives der Station II; Schwaan 1985, S. 2.

⁶²⁵ Interview des Autors mit Christian Zippel vom 27.04.2013, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁶²⁶ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 7, 93, 99, 100.

⁶²⁷ Ebenda, Bl. 12, 40, 162.

⁶²⁸ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35663: Auszug aus dem Beschluss Nr. 121/83 des Rates des Kreises Bützow, Pkt.5 (Bericht über die Situation des Gesundheitswesens des Kreises) vom 12.01.1984.

⁶²⁹ LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35663: Schreiben des Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Uerckwitz, an den Bezirksarzt des Rates des Bezirkes Schwerin, Trzeczak, vom 28.07.1983. In: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 35.

Finanz- und Kapazitätspläne zu beantragen und dann deren Abarbeitung zu harren. Denn das konnte – wie im Vorabschnitt am Beispiel der Heizungsanlage beschrieben – mitunter einige Jahre in Anspruch nehmen. Die so „auf kurzem Weg“ ausgeführten Leistungen seien dann, von der sehr engagierten und umtriebigen Ökonomischen Leiterin der Heilstätte, Frau Rodust, hinsichtlich der dringenden Notwendigkeit ihrer sofortigen Ausführung gut begründet, bei der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes im fernen Schwerin vorgelegt und dort genehmigt worden und die jeweilige Rechnung zur Zahlung angewiesen. Wenn die Heilstätte nun kreisgeleitet werden würde, so die Befürchtung Uerckwitz', würden solche „operativen“ Leistungen nicht mehr möglich sein, da es im Kreis viel schneller auffallen würde, wenn plötzlich Bauleistungen im Bereich der Heilstätte erbracht würden, obwohl diese nicht im Investitionsplan aufgeführt waren.⁶³⁰

Die zweite Befürchtung Uerckwitz' bestand darin, dass die Kreisärztin des Kreises Bützow in der Heilstätte eher ein Krankenhaus zur Versorgung der Bevölkerung des Kreises als ein in Neuausrichtung zur Schlaganfall-Rehabilitationsklinik befindliches Haus sehen und damit möglicherweise die weitere Entwicklung zur Rehabilitationsklinik behindern könnte.⁶³¹

Uerckwitz' Einwände beim Rat des Bezirkes gegen die Absicht, das Haus dem Kreis Bützow zu unterstellen,⁶³² hatte jedoch keinen Erfolg, und so wurde es am 1. Januar 1984 der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Kreises Bützow unterstellt. Die folgenden Jahre zeigten aber, dass Uerckwitz' Befürchtungen unbegründet waren. Die Heilstätte konnte ihr therapeutisches Profil weiter ausbauen und sich nach Treuenbrietzen und Berlin-Buch als dritte Schlaganfall-Rehabilitationsklinik der DDR fest etablieren.⁶³³

⁶³⁰ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 161, 162.

⁶³¹ Ebenda.

⁶³² LHA-SN, 7.11-1, Nr. 35663: Schreiben des Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Uerckwitz, an den Bezirksarzt des Rates des Bezirkes Schwerin, Trzeciak, vom 28.07.1983.

⁶³³ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 162.

2.11 Die Heilstätte in der Wendezeit und ihre weitere Profilierung in den neunziger Jahren

Ende der achtziger Jahre hatte sich die Heilstätte unter Uerckwitz' Leitung neben Treuenbrietzen und Berlin-Buch als eines der ersten drei Fachkrankenhäuser für Rehabilitation in der DDR etabliert. Nach Waldeck entwickelten sich weitere Häuser in der DDR zu Rehabilitationskliniken, wie beispielsweise Pulsnitz, Bad Elster, Bad Liebenstein oder Bad Lausick.⁶³⁴

Ende der achtziger Jahre hatten sich die finanziellen und materiellen Probleme in allen Bereichen der DDR so weit zugespitzt, dass auch der Betrieb in Waldeck davon zunehmend betroffen war. Wie bereits erwähnt, konnten beispielsweise aufgrund der maroden Heizungsanlage im Winter einige Räume nicht bzw. nur eingeschränkt benutzt werden. Zusammen mit der ökonomischen Leiterin Inge Rodust musste Uerckwitz immer häufiger improvisieren, um den geregelten Klinikbetrieb weiter aufrechtzuerhalten. Das tat er auch mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln. Als im Herbst 1989 die Wende begann, die staatlichen Institutionen zunehmend Macht und Autorität verloren und das allgemeine Leben gleichsam zunehmend von Hoffnung auf Besserung der Verhältnisse, aber auch von Ungewissheit, Unsicherheit und Zukunftsangst geprägt wurde, wurden auch in Waldeck Stimmen laut, die Uerckwitz einen autoritären Führungsstil vorwarfen und in einer Unterschriftenaktion vom 7. Dezember 1989 seine Absetzung forderten.⁶³⁵ Dabei wurde ihm außerdem vorgeworfen, für seine Frau als nicht ausgebildete Arbeitstherapeutin eine gesonderte Planstelle in der Heilstätte mit einer unangemessen hohen Entlohnung geschaffen zu haben.⁶³⁶ Außerdem habe sie als verantwortliche Kulturleiterin nur ca. fünf Kulturveranstaltungen im Jahr organisiert.⁶³⁷ Zusätzlich wurde Uerckwitz unterstellt, einen in seiner Privatwohnung errichteten Kamin von Geldern der Heilstätte bezahlt zu haben und auch die Heizkosten seiner Wohnung regelmäßig von der Klinik zahlen zu lassen.⁶³⁸ Eine diesbezüglich ursprünglich an den Minister für Gesundheitswesen der DDR versendete Eingabe wurde letztlich von der Kreisärztin des Rates des Kreises Bützow, Frau MR Dr. Richter bearbeitet. Bei den auf ihre Initiative hin eingeleiteten, in der Heilstätte stattfindenden „Runder-Tisch“-Gesprächen zwischen Uerckwitz, den Mitarbeitern und ihr nahm auch ein

⁶³⁴ Interview des Autors mit Christian Zippel vom 27.04.2013, Erinnerungsnotat im Besitz des Autors.

⁶³⁵ Unterschriftenaktion gegen den Ärztlichen Direktor vom 07.12.1989; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, S. 107.

⁶³⁶ Ebenda, S. 107-109.

⁶³⁷ Ebenda, S. 108, 109.

⁶³⁸ Protokoll des Untersuchungsausschusses für Korruption und Amtsmissbrauch des Kreistages Bützow zu den Vorwürfen gegen den Ärztlichen Direktor vom 13.02.1990; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 109.

Mitarbeiter des Untersuchungsausschusses für Korruption und Amtsmissbrauch des Kreistages Bützow teil.⁶³⁹

Im Ergebnis dieser Gespräche einschließlich der Überprüfung der Fakten und Angaben stellte sich letztlich heraus, dass das Uerckwitz vorgeworfene unangemessene Verhalten gegenüber Mitarbeitern hauptsächlich bereits länger zurückliegende Fragen betreffs Strukturveränderungen und die von ihm verlangte Erfüllung von Arbeitspflichten betraf. Ein konkretes Fehlverhalten konnte nicht festgestellt werden.⁶⁴⁰

Bezüglich der Tätigkeit von Frau Uerckwitz wurde aufgezeigt, dass der Arbeitsvertrag korrekt nach geltenden Tarifen sowie mit Zustimmung der zuständigen Fachabteilungen des Kreises und des Bezirkes geschlossen wurde. Außerdem konnte nachgewiesen werden, dass Frau Uerckwitz wesentlich mehr Kulturveranstaltungen organisiert und durchgeführt hatte, als in der Eingabeschrift behauptet wurde. Weiterhin ergaben Stellungnahmen und Berichte von Mitarbeitern, dass Frau Uerckwitz als gute und engagierte Kollegin und Fachkraft geschätzt wurde, die ihren Arbeitspflichten jederzeit ordnungsgemäß nachkam.⁶⁴¹

Zum angeblich auf Klinikkosten erfolgten Kaminbau in der Wohnung der Fam. Uerckwitz konnte anhand der belegten Zahlungseingänge nachgewiesen werden, dass der Rechnungsbetrag von Uerckwitz' Privatkonto beglichen wurde.⁶⁴²

Dagegen traf die Behauptung, die Heizkosten der Uerckwitz'schen Wohnung würden von der Klinik übernommen, tatsächlich zu. Dies war aber auch so im Mietvertrag vereinbart worden. Die Stromkosten waren jedoch davon ausgenommen und wurden von Familie Uerckwitz selbst getragen, was ebenfalls nachgewiesen werden konnte.⁶⁴³

Die Gesprächsrunden wurden teilweise sehr emotional ohne die erforderliche Sachlichkeit geführt und durch häufige Zwischenrufe in ihren Abläufen gestört. So konnten auch weitere angesprochene Unstimmigkeiten und Probleme nicht immer bis zu einer für alle Seiten annehmbaren Lösung geführt werden.⁶⁴⁴

Die Stimmung unter der Belegschaft der Heilstätte wurde auch durch die zunehmende Ungewissheit über die Zukunft der Heilstätte und den damit verbundenen Arbeitsplätzen angeheizt.⁶⁴⁵ Uerckwitz versuchte, wieder Ruhe in die Belegschaft zu bringen und erklärte

⁶³⁹ Schreiben der Kreisärztin des Kreises Bützow, Richter, an die Abt. Gesundheits- u. Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin vom 14.02.1990 zur Eingabe vom FKH Waldeck vom Dezember 1989; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 108.

⁶⁴⁰ Protokoll des Untersuchungsausschusses für Korruption und Amtsmissbrauch des Kreistages Bützow zur Gesprächsrunde im Fachkrankenhaus Waldeck vom 13.02.1990; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 109, 112.

⁶⁴¹ Ebenda, Bl. 109.

⁶⁴² Ebenda, Bl. 109.

⁶⁴³ Ebenda, Bl. 109.

⁶⁴⁴ Ebenda und Schreiben der Kreisärztin des Kreises Bützow, Richter, an die Abt. Gesundheits- u. Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin vom 14.02.1990 zur Eingabe vom FKH Waldeck vom Dezember 1989; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 108, 109.

⁶⁴⁵ Protokoll des Untersuchungsausschusses für Korruption und Amtsmissbrauch des Kreistages Bützow zur Gesprächsrunde im Fachkrankenhaus Waldeck vom 13.02.1990; in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 109.

noch beim letzten „Runder-Tisch“-Gespräch, dass er für alle Mitarbeiter eine gute Perspektive sehe unter der Voraussetzung demokratischer Strukturen und fleißiger Arbeit.⁶⁴⁶ Tatsächlich wusste aber auch Uerckwitz noch nicht, wie sich die weitere Zukunft des Hauses entwickeln würde, denn nach den ersten Wende-Wirren und dem Aufbau bundesdeutscher Verwaltungsstrukturen zeichnete sich ab, dass der Landkreis Bützow als neuer Eigentümer das Haus perspektivisch nicht dauerhaft betreiben wollte.⁶⁴⁷

In dieser Zeit des Umbruchs, des Verlustes bisheriger Werte und der allseitigen Neuorientierung kam Uerckwitz jedoch ein glücklicher Umstand zu Hilfe. Im Rahmen von bereits vor der Wende bestehenden Reiseerleichterungen für DDR-Bürger bei Reisen ins westliche Ausland hatten seine Frau und er im Sommer 1989 ihre Verwandten in Geesthacht besucht und, wie schon erwähnt, Frau Uerckwitz bereits davor allein 1983. Dort trafen sie die ebenfalls schon erwähnte leitende Physiotherapeutin der Geesthachter Klinik, Renate Möller, wieder und lernten Ulrike von Lieven kennen, eine Ergotherapeutin dieser Klinik, die ebenfalls zum Bekanntenkreis der Geesthachter Verwandten gehörte. Von den beiden Damen erhielt das Ehepaar Uerckwitz erneut viele praktische Tipps und Hinweise für die Rehabilitation. Von besonderer Bedeutung erwies sich jedoch das Zusammentreffen mit Thomas von Lieven, dem damaligen Ehemann Ulrikes von Lieven. Thomas von Lieven war ein ausgewiesener Fachmann auf dem Gebiet der bundesdeutschen Gesundheitsökonomie und hatte bereits mehrere leitende Funktionen in großen deutschen Klinikunternehmen und beratende Funktionen in Landes- und Bundesministerien innegehabt.⁶⁴⁸ Er war ausgebildeter Krankenpfleger, hatte später zunächst Betriebs- und anschließend Volkswirtschaft studiert, war nach Studienende zunächst als Assistent der Geschäftsführung eines großen diakonischen Trägerunternehmens tätig und arbeitete anschließend als stellvertretender Geschäftsführer am Aufbau einer Klinik für Schädel-Hirn-geschädigte Kinder in Gailingen am Bodensee mit. Danach leitete er innerhalb der Stiftung Rehabilitation Heidelberg als Geschäftsführer für Betriebswirtschaft und Finanzen den Ausbau des Klinikums Karlsbad-Langensteinbach bei Karlsruhe vom Akut-Krankenhaus mit 230 Betten zum Akut- und Fachkrankenhaus für Rehabilitation mit 600 Betten, wurde später Mitglied des Vorstandes der Stiftung und war für die Koordination der stiftungseigenen Kliniken verantwortlich. Danach wurde von Lieven in das Bundesministerium für Sozialordnung abgeordnet und war dort als beratender Referent unter anderem bei der Gesetzesänderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der

⁶⁴⁶ Bericht über den letzten Runden Tisch im Fachkrankenhaus Waldeck am 15.03.1990, in: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 111.

⁶⁴⁷ Aktenvermerk über die Besprechung am 10.11.1990 im Fachkrankenhaus Waldeck geführten Besprechungen zur Zukunft des Hauses, S. 2. In: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 118. Konzept zur Vorbereitung der Privatisierung vom 01.08.1993, S. 4. In: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 40. Außerdem Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 9.

⁶⁴⁸ Erinnerungsnotizen des ehemaligen Bevollmächtigten der TMG für das Fachkrankenhaus Waldeck, Thomas von Lieven (Erinnerungsnotizen v. Lieven); Kopie im Besitz des Autors. Alle nachfolgenden Informationen dieses Abschnittes zu von Lieven entstammen dieser Quelle.

Bundespflegesatzverordnung tätig. Nach Ende der Tätigkeit im Bundesministerium wurde er von der damaligen Hamburger Gesundheitssenatorin Helga Elstner beauftragt, ein Konzept zur Umwandlung und zum Ausbau der ehemaligen Lungenheilstätte in Geesthacht zum Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen zu erarbeiten sowie auf dem Gelände der Geesthachter Klinik in vorhandenen Gebäuden eine Geriatriische Klinik einzurichten und diese als Bevollmächtigter der Hamburgischen Stiftung Edmundsthal-Siemerwalde geschäftsführend zu leiten. Hauptberuflich arbeitete von Lieven zu dieser Zeit bereits als Referent, Hauptabteilungsleiter und Leiter Vertragswesen des Landesverbandes der AOK Hamburg. Daneben führte er eine eigene Consultingfirma und übernahm in dieser Funktion befristet Sozialunternehmen, um diese auszubauen oder umzustrukturieren, so z.B. die Umstrukturierung des Freimaurerkrankenhauses Hamburg in ein Seniorenzentrum.⁶⁴⁹

Bei der ersten Begegnung Uerckwitz' mit von Lieven kannte Uerckwitz noch nicht von Lievens beruflichen Werdegang und Hintergrund. Er war zunächst nur sehr überrascht über die tiefgründigen und detaillierten Fragen, die ihm von Lieven zum Gesundheitssystem in der DDR und zur Klinik in Waldeck stellte.⁶⁵⁰ Die Bekanntschaft mit von Lieven als profundem Fachmann auf dem Gebiet der Krankenhausfinanzierung, -leitung und -umstrukturierung, insbesondere bei der Einrichtung von Rehabilitationskliniken, mit Erfahrung und Kontakten im Bereich der Krankenkassen usw. sollte sich schon bald als großer Glücksfall für das Fortbestehen und den weiteren Ausbau der Klinik Waldeck erweisen.

Wie bereits erwähnt, wollte der Landkreis bereits ab 1990 die Klinik Waldeck perspektivisch nicht weiter betreiben. Es musste also eilig eine Möglichkeit gefunden werden, die Klinik in eine geeigneten Organisations- und Eigentumsform zu überführen und weiter betreiben zu können. Auch war ungewiss, ob der Rechtsnachfolger des früheren Eigentümers, die Deutsche Rentenversicherung, zunächst die Landesversicherungsanstalt (LVA) Schleswig-Holstein, Verwaltungssitz Neubrandenburg, später die LVA Mecklenburg-Vorpommern, die Heilstätte zurückfordern würde.⁶⁵¹ Dieses Terrain war jedoch völlig neu für die Klinikleitung, und Uerckwitz benötigte nun dringend einen Partner, der über fundierte Fachkenntnis auf diesem Gebiet verfügte und auch bereit war, der Klinik in dieser Phase zu helfen und sie zu begleiten. Er erinnerte sich an das Gespräch in Geesthacht mit von Lieven, rief ihn an und schilderte die Situation. Kurze Zeit später kam von Lieven nach Waldeck, besichtigte mit der

⁶⁴⁹ Ebenda.

⁶⁵⁰ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 9, 117.

⁶⁵¹ Aktenvermerk über die Besprechung am 10.11.1990 im Fachkrankenhaus Waldeck geführten Besprechungen zur Zukunft des Hauses, S. 2; In: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 118.

Klinikleitung das Haus, erkannte das Potential der Klinik und ihrer Mitarbeiter, sprach den Mitarbeitern Mut zu, weiterzumachen und versprach zu helfen.⁶⁵²

Zunächst entwickelte er zusammen mit der Klinikleitung ein erstes Konzept zur weiteren Entwicklung des Hauses. Dazu musste geklärt werden, ob die LVA Eigentumsansprüche stellen würde. Sollte dieses nicht der Fall sein, musste entschieden werden, in welcher Form das Krankenhaus weitergeführt werden sollte, etwa als Betriebsgesellschaft in Form einer GmbH, eines eingetragenen Vereins usw. Weiterhin wurde festgestellt, dass bei weiterer Schwerpunktsetzung des Hauses auf Rehabilitation die gleichzeitige Unterhaltung einer Tuberkuloseabteilung aufgrund der vorhandenen Infektionsgefahr perspektivisch unvereinbar ist. Außerdem wäre aufgrund der immer weiter abnehmenden Tbc-Patientenzahl die Bettenauslastung einer solchen Station zunehmend schwieriger, was zu finanziellen Problemen führen würde. Aufgrund dessen sollte die bisherige Tuberkulosebehandlung beendet werden. Das sollte so erfolgen, dass schlicht keine Tbc-Patienten mehr aufgenommen werden, die Abteilung schließlich unbelegt wäre und dann umgenutzt werden könnte.⁶⁵³

Hinsichtlich der Finanzierung der Klinik wurde dargelegt, dass die momentan noch durch die Kassen an das Haus erfolgten Zahlungen von Pauschalbeträgen nur eine Übergangslösung für ostdeutsche Krankenhäuser darstellen und sich diese Häuser ab dem 1. Januar 1991 wie die Häuser in den Altbundesländern über Pflegesätze finanzieren müssen. Bis dahin waren mit den Kassen Pflegesatzverhandlungen zu führen, um auskömmliche Pflegesätze zu vereinbaren, wofür die Verhandlungspartner klare Vorstellungen über die zukünftige Betriebsstruktur des Hauses benötigten.⁶⁵⁴

Bezüglich erforderlicher Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen war zu klären, inwieweit dafür öffentliche Mittel bzw. Fördermittel in Anspruch genommen werden können. Eine Erhöhung der Bettenanzahl auf 140 bis 160 Betten sei zu diskutieren.⁶⁵⁵

Die Ungewissheit bezüglich der Frage der Eigentumsansprüche der LVA wurde indes schnell beseitigt. Am 20. November 1990 fanden sich Vertreter der LVA bei Uerckwitz ein und legten unmissverständlich dar, dass die LVA ihr Eigentum zurückfordern wird.⁶⁵⁶ Die LVA hatte jedoch nicht vor, die Klinik weiter zu betreiben, geschweige denn zu sanieren oder gar auszubauen. Der LVA ging es lediglich um den Immobilienbesitz, den sie perspektivisch an den nächstbesten Höchstbieter zu verkaufen gedachte.⁶⁵⁷ Wie so viele Einrichtungen,

⁶⁵² Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 117.

⁶⁵³ Protokoll zur Besprechung über die Zukunft des Fachkrankenhauses Waldeck vom 10.11.1990, S. 2-3. In: Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 119.

⁶⁵⁴ Ebenda.

⁶⁵⁵ Ebenda.

⁶⁵⁶ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 23, 163.

⁶⁵⁷ Erinnerungsnotizen v. Lieven.

Kliniken, Betriebe und andere Institutionen in der ehemaligen DDR, die plötzlich von einem nur an der Immobilie interessierten Neueigentümer aus den Altbundesländern übernommen (oftmals mit tatkräftiger Unterstützung durch die Treuhand GmbH) und unter dem üblichen Vorwand der Unrentabilität abgewickelt und „plattgemacht“ wurden, schwebte nun auch die Klinik Waldeck in höchster Gefahr, dieses Schicksal zu erleiden.

Zunächst befand sich die Klinik jedoch noch in Trägerschaft des Landkreises Bützow und im Krankenhausbedarfsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern als Akutkrankenhaus mit 100 Akutbetten im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie 30 Rehabilitationsbetten im Sinne des Sozialgesetzbuches V §111 mit dem Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern als rechtsaufsichtsführende Behörde und war dadurch zunächst vor Verkaufsbemühungen durch die LVA mit einem damit verbundenen Trägerwechsel geschützt.⁶⁵⁸ Der Landkreis hatte jedoch für die Nutzung der Klinik an die LVA einen regelmäßigen Mietbetrag in nicht bekannter Höhe zu zahlen.⁶⁵⁹ Mittelfristig musste jedoch ein Kaufinteressent gefunden werden, der die Klinik weiterführen wollte und der LVA ein akzeptables Angebot unterbreiten könnte, bevor möglicherweise die LVA einen nicht am Erhalt der Klinik, sondern nur an der Immobilie interessierten Käufer präsentieren würde.

In dieser Zeit wurde auch die weitere rehabilitative Ausrichtung der Klinik vorangetrieben. 80 Jahre nach Eröffnung des Hauses als Tuberkulose-Heilstätte, im Jahr 1991, wurden die letzten 30 Plätze für Tuberkulosepatienten in Waldeck aufgegeben. Aus der immer weiter gesunkenen Auslastung der Tbc-Station entwickelte sich auch eine zunehmende finanzielle Belastung, die spätestens nach der Übernahme durch einen privaten Investor beendet worden wäre. Der Behandlungsschwerpunkt der Klinik wurde nun auf die Behandlung von Patienten nach Schlaganfall und zur Nachsorgebehandlung endoprothetisch versorgter Patienten gelegt.⁶⁶⁰

Bei der Suche nach einem geeigneten Übernahmeinteressenten für die Klinik war von Lieven erneut hilf- und erfolgreich. Aufgrund seiner zahlreichen Kontakte gelang es ihm, die Team Management Gesellschaft im Gesundheitswesen mbH (TMG) der Wiesbadener Klinik Holding Gesellschaft, einer Gesellschaft, die unter Mehrheitsrecht der Deutschen Beteiligungs Aktiengesellschaft Unternehmensbeteiligung (DBAG) steht, für Waldeck zu interessieren.⁶⁶¹ 1992 begannen daraufhin die Vorbereitungen und Verhandlungen zur Übernahme. Unter Federführung von Lievens war vorgesehen, die Klinik vom im

⁶⁵⁸ Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Vorbereitung der Privatisierung vom 01.08.1993, S. 1-4; Kopie im Besitz des Autors

⁶⁵⁹ Erinnerungsnotizen v. Lieven.

⁶⁶⁰ Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Vorbereitung der Privatisierung vom 01.08.1993, S. 4; Kopie im Besitz des Autors.

⁶⁶¹ Referenzschreiben des Fachkrankenhauses Waldeck für Thomas v. Lieven vom 20.05.1997, in: Erinnerungsnotizen v. Lieven..

Landesbettenplan befindlichen Akutkrankenhaus in ein reines Fachkrankenhaus für Rehabilitation gemäß den Zuordnungskriterien Nr. 4 (degenerativ-rheumatische Erkrankungen, insbesondere Zustand nach Operation und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen mit Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation nach endoprothetischer Versorgung) und Nr. 9 (neurologische Krankheiten und Zustand nach Operation am Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven mit den besonderen Schwerpunkten Hemiplegie nach Schlaganfall, nach Insult- und Schädel-Hirn-Trauma sowie Rehabilitanten im apallischen Durchgangssyndrom (Apalliker)) des Anschlussheilbehandlungs-Kriterienkataloges umzustrukturieren. Insbesondere für Patienten gemäß Nr. 9 bedeutete das auch die Durchführung einer Frührehabilitation nach kürzestmöglichem Aufenthalt in einer Akutklinik. Außerdem sollte das Klinikgebäude saniert und die Bettenkapazität durch einen Neubau neben dem Altgebäude von 130 auf 210 Betten erweitert werden.⁶⁶²

Am 12. Januar 1993 fand dazu in Waldeck eine Koordinationssitzung statt, an der das Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, der Landkreis Bützow als Träger der Klinik, die LVA Mecklenburg-Vorpommern als Eigentümer und die Krankenkassenverbände des Landes Mecklenburg-Vorpommern teilnahmen. Dabei wurde der Entlassung aus dem Krankenhaus-Bettenplan rückwirkend ab dem 1. Januar 1993, der angestrebten Umstrukturierung in ein Rehabilitations-Fachkrankenhaus und dem Ausbau der Klinik von 130 auf 210 Betten zugestimmt. Mit Schreiben vom 18. Juni 1993 stimmte das Sozialministerium des Landes außerdem dem Trägerwechsel zu. Außerdem gab das Sozialministerium eine Verzichtserklärung auf Rückforderung bisher geflossener öffentlicher Fördermittel bei Trägerwechsel ab.⁶⁶³

Am 1. August 1993 wurde schließlich das Privatisierungskonzept der Klinik beschlossen. Neben den bereits oben genannten Umstrukturierungs- und Erweiterungsmaßnahmen beinhaltete es nun konkrete Aufnahmekriterien für folgende, bereits oben genannte Erkrankungen:

1. Degenerativ-rheumatische Erkrankungen, insbesondere Zustand nach Operation und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen gemäß Ziffer 4 des Anschlussheilbehandlungs-Kriterienkataloges.
 - Wirbelsäulensyndrome mit radikulärer Symptomatik
 - Zustand nach Bandscheibenoperation (einschl. Chemonukleolyse)

⁶⁶² Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Vorbereitung der Privatisierung vom 01.08.1993, S. 4-5; Kopie im Besitz des Autors.

⁶⁶³ Ebenda, S.1.

- Zustand nach Operation an Knochen und Gelenken (einschl. endoprothetischer Versorgung)
 - Zustand nach Fuß-, Unterschenkel- bzw. Oberschenkelamputation
 - Zustand nach Skolioseoperation.
2. Neurologische Erkrankungen und Zustand nach Operation an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven gemäß Ziffer 9 des Anschlussheilbehandlungs-Kriterienkataloges
- Zustand nach Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
 - Zustand nach extra- und intrakraniellen Hirngefäßoperationen
 - Zustand nach Schädelhirntrauma durch Operation oder Unfall
 - Zustand nach schwerer hypoxämischer Hirnschädigung
 - Traumatisch-neurologische Erkrankungen
 - Polyneuropathie
 - Zustand nach Meningitis und Encephalitis
 - Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose).

Das diagnostische Leistungsspektrum des Hauses sollte auf folgende Bereiche ausgebaut werden :

- klinisch-chemisches Labor
- Röntgen
- Computertomografie
- Elektrokardiografie (EKG) und Belastungs-Ergometrie
- Ergospirometrie
- Oxymetrie
- Elektroencephalografie (EEG) mit evozierten Potentialen
- Elektromyografie (EmG) mit evozierten Potentialen
- Audiometrie
- Neuropsychologische und klinisch-psychologische Diagnostik
- Sonografie (Dopplersonografie extra- und intrakranieller sowie peripherer Gefäße)
- Rheografie
- Gastroskopie und Rektoskopie.

Das therapeutische Leistungsangebot sollte folgende Spektren umfassen:

- Ergotherapie
- Physiotherapie / Krankengymnastik

- Massagen und Bäder
- Logopädie / Sprachtherapie
- Psychologische Therapie einschl. kognitivem und Lerntaining.

Die Kassen bestanden jedoch darauf, dass aufgrund des internistisch-neurologischen Behandlungsprofils neben der bereits vorhandenen internistischen auch eine neurologische Fachabteilungsleitung in Waldeck geschaffen wird. So entstand unter der Ärztlichen Leitung durch Uerckwitz als gleichzeitigem internistischen Chefarzt eine separate neurologische Fachabteilung für neurologische Frührehabilitation. Als erster Chefarzt dieser Fachabteilung wurde daraufhin Dr. Matthias Roth eingestellt.⁶⁶⁴

Dr. Mattias Roth wurde am 07.04.1956 in Kiel geboren und besuchte die Wilhelminenschule in Preetz, anschließend das dortige Friedrich-Schiller-Gymnasium und begann 1977 ein Medizinstudium an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, wo er 1979 den vorklinischen Teil beendete.⁶⁶⁵ Den klinischen Teil seines Studium setzte er anschließend in Lübeck fort und schloss ihn dort 1984 erfolgreich ab. Im darauffolgenden Jahr begann Roth seine psychiatrische Ausbildung im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling und wechselte 1987 in die Neurologische Abteilung der Ostseeklinik Damp. 1989 promovierte Roth und beendete im Sommer 1990 seine Tätigkeit an der Ostseeklinik Damp. Nach einer zweimonatigen Vertretung in einer neurologischen Praxis, einer einmonatigen Hospitation im Liquorzytologie-Labor der Klinik für Neurologie der Universität Rostock und einer kurzen Zwischenstation in der Neurologischen Klinik Remscheid wechselte er Ende 1990 an die Neurologische Klinik Schildautal in Seesen, wo er bis 1993 tätig war. Im selben Jahr legte Roth erfolgreich die Prüfung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ab und wechselte an die Klinik für Neurologie der Universität Rostock. 1994 ging er nach Waldeck und wurde, wie bereits oben aufgeführt, der erste Chefarzt der neurologischen Fachabteilung der Klinik.

Neben der oben erwähnten Schaffung einer Fachabteilung für neurologische Frührehabilitation war außerdem eine Rehabilitationsberatung sowie ein Sozialdienst für weiterführende Beantragungen sowie eine Gesundheitsberatung und -aufklärung und eine Diät- bzw. Ernährungsberatung vorgesehen. Weiterführende, nicht im Haus vorhandene fachärztliche Versorgungen, wie z.B. in den Bereichen HNO, Augenheilkunde, Urologie, Gynäkologie, Dermatologie oder Zahnmedizin sollten konsiliarisch mit benachbarten Kliniken bzw. niedergelassenen Fachärzten aus der Umgebung erfolgen. Die Belegung des

⁶⁶⁴ Erinnerungsnotizen v. Lieven.

⁶⁶⁵ Roth, Matthias: Tabellarischer Lebenslauf; Rostock, 03.12.2018, Kopie im Besitz des Autors. Alle nachfolgenden biografischen Informationen zu Roth entstammen dieser Quelle.

Hauses war durch die Krankenkassen, die Renten- und Unfallversicherungsträger, Privatversicherungen und Selbstzahler geplant.⁶⁶⁶

Waldeck als Fachklinik für Rehabilitation war damit als erste Klinik in Mecklenburg-Vorpommern in der Lage, die oben erwähnte Frührehabilitation (Phase B gemäß Einteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger) für schwerst-schädel-hirn-verletzte Patienten (bewusstlose oder schwer bewusstseinsgetrübte Patienten) unmittelbar nach ihrer Entlassung aus der Akutbehandlung (Phase A) durchzuführen. Das Hauptziel der Frührehabilitation besteht darin, den jeweiligen Patienten wieder ins bewusste Leben zurückzuholen und die Basis für die aktive Mitarbeit zur weiterführenden Rehabilitation zu schaffen.⁶⁶⁷ Therapeutische Schwerpunkte der Phase B bestehen in:

- therapeutischer Pflege
- Physiotherapie und physikalischer Therapie
- Ergotherapie
- Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie
- Neuropsychologie.⁶⁶⁸

Die Frührehabilitation hat sich seitdem in der Medizin so weit etabliert, dass sie inzwischen als Krankenhausleistung abrechenbar ist.⁶⁶⁹ 2008 erfolgte die Aufnahme der Fachklinik Waldeck mit einer Kapazität von 50 Betten für neurologische Frührehabilitation in den Krankenhausbettenplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern.⁶⁷⁰

Neben der Frührehabilitation werden in Waldeck aber hauptsächlich postprimäre Rehabilitationen (Phase C) und ebenfalls bereits erwähnte Anschlussheilbehandlungen (Phase D) durchgeführt. In der postprimären Rehabilitationsphase werden Patienten betreut, die überwiegend bewusstseinsklar bereits an mehreren Therapiemaßnahmen täglich teilnehmen können, aber oft noch auf Hilfe angewiesen sind. Das Hauptbehandlungsziel besteht in der Wiederherstellung grundlegender motorischer und neuropsychologischer Funktionen, um die alltägliche Selbständigkeit wiederzuerlangen.⁶⁷¹

In der Phase der Anschlussheilbehandlung werden Patienten betreut, die das tägliche Leben bereits weitgehend selbständig bewältigen. Das Hauptziel besteht hier in der

⁶⁶⁶ Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Vorbereitung der Privatisierung vom 01.08.1993, S. 4; Kopie im Besitz des Autors.

⁶⁶⁷ Leistungsübersichts-Prospekt der Fachklinik Waldeck, Hrsg FuturaMed Gesellschaft für modernes Management im Gesundheitswesen mbH Sonthofen, Schwaan 1998, S. 8, 9, 38.

⁶⁶⁸ Deutsche Wachkoma Gesellschaft: Neurologische Reha-Phasen. In: <https://www.schaedel-hirnpatienten.de/phasenmodell.html>.

⁶⁶⁹ mydrG – DRG-Forum Medizincontrolling. In: <https://www.mydrG.de/forum/index.php?thread/17364-neurologische-frührehabilitation-phase-b-8-552-x-anrechnung-von-administrativen/>.

⁶⁷⁰ Leistungsübersichts-Prospekt der Fachklinik Waldeck, Hrsg FuturaMed Gesellschaft für modernes Management im Gesundheitswesen mbH Sonthofen, Schwaan 1998, S. 38.

⁶⁷¹ Ebenda, S. 8.

Wiederherstellung bzw. Kompensation gestörter körperlicher Funktionen, um die berufliche und soziale Reintegration zu gewährleisten. Eine Besonderheit dieser Rehabilitationsphase besteht in der Aufnahme der Patienten aus der Häuslichkeit.⁶⁷²

Bei den Übernahmeverhandlungen wurde weiterhin vereinbart, dass die bisher durch den Landkreis aufgewendeten Sanierungsgelder aus Aufschwung-Ost-Fördermitteln von der LVA zur einen Hälfte an den Landkreis zurückzuzahlen sind und ihr die zweite Hälfte als Mietpreis angerechnet wird. Die TMG sollte alle Passiva übernehmen und außerdem an die Stadt Schwaan 250.000 DM zweckgebunden für Infrastrukturmaßnahmen zahlen, die die Stadt zur Erneuerung ihrer Kanalisation verwenden wollte. Weiterhin wurde vereinbart, dass die TMG in sämtliche bestehende Dienstverhältnisse der Klinik eintritt und das gesamte Klinikpersonal übernimmt. Zusätzlich sollte sie sich verpflichten, 30 Mill. DM in die Sanierung der vorhandenen Klinik und einen Erweiterungsneubau zu investieren, um die beschlossene Erhöhung der Bettenkapazität auf 210 Betten realisieren zu können. Nachdem alle offenen Fragen verhandelt und alle Vereinbarungen getroffen waren, wurde der Vertrag zur Übernahme der Klinik mit Wirkung vom 1. Januar 1994 am 21. Dezember 1993 in Schwaan vom geschäftsführenden Gesellschafter der TMG, Hermann G. Frey, dem Landrat des Landkreises Bützow, Volker Scheffler und dem Bürgermeister der Stadt Schwaan, Peter Faix, unterzeichnet.⁶⁷³

Unabhängig davon musste sich die Klinik trotzdem im harten Alltagsgeschäft in einem System behaupten, in dem Gesundheit nicht nur ein mehr oder weniger hohes Gut, sondern vor allem eine finanzielle Verdienstmöglichkeit darstellt. Vor Auslaufen der Pauschalzahlungen an die Klinik mussten auskömmliche Pflegesätze mit den Ersatzkrankenkassen ausgehandelt werden. Das erwies sich jedoch als äußerst schwierig, da die Kassen zunächst nicht bereit waren, einen dem erhöhten Pflegeaufwand von Schlaganfall- u.a. Rehabilitationspatienten angemessenen und auskömmlichen Pflegesatz zu zahlen. Das den Kassen vorgestellte neue Konzept der Klinik einer qualitativ hochwertigen zeit- und sachgerechten sowie wohnortnahen neurologischen Rehabilitation stieß bei diesen auf Ablehnung. So wurde eine entsprechende Vereinbarung unter Vorgabe verschiedenster Gründe durch die Krankenkassen unter Federführung der AOK Mecklenburg-Vorpommern immer wieder hinausgezögert, so dass zwei Monate vor der geplanten Privatisierung noch keine Pflegesätze vereinbart waren. Dadurch kam es 1993 zu einem zunehmenden finanziellen Engpass, in dessen Folge erste Mitarbeiter entlassen und einige Klinikbereiche geschlossen werden mussten. In dieser Notsituation erinnerte sich Uerckwitz, dass er in einer

⁶⁷² Ebenda.

⁶⁷³ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 22.

neurologischen Fachzeitschrift über das von der früheren Ehefrau des damaligen Bundeskanzlers Helmut Kohl, Hannelore Kohl (1933-2001), 1983 gegründete „Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e.V.“ gelesen hatte.⁶⁷⁴ Das Kuratorium ZNS, dem Hannelore Kohl bis zu ihrem Tod als Präsidentin vorstand, unterstützt mit Hilfe von Spendengeldern Patienten mit Schädigungen nach Schädel-Hirn-Trauma bei ihrer weiteren Lebensbewältigung. Uerckwitz berichtet, er habe nach dem Strohalm gegriffen und sich kurzentschlossen telefonisch beim Kuratorium gemeldet. Der Anruf sei vom damaligen Geschäftsführer des Kuratoriums entgegengenommen worden. Uerckwitz habe ihm die Arbeit, die Ziele und die momentane Notsituation der Klinik geschildert. Die andere Seite habe das Problem sofort erfasst. Eine halbe Stunde nach diesem Telefonat klingelte bei Uerckwitz das Telefon. Ihm wurde vom Geschäftsführer mitgeteilt, dass Hannelore Kohl in zwei Wochen die Klinik besuchen werde. Eilig lud Uerckwitz daraufhin auch die Vertreter der Krankenkassen zu diesem Termin ein. Am 4. November 1993 erschien Kohl in Waldeck. Nach einer Ansprache vor Belegschaft, Patienten und den Vertretern der Kassen sowie der nachfolgenden Besichtigung der Klinik überreichte sie Uerckwitz einen Scheck über Spendengelder in Höhe von insgesamt 182.795,04 DM zur weiteren Unterstützung der Klinik. Mit Kohl war auch Christian Peugeot, Mitglied der französischen Automobilbau-Familie Peugeot und damaliger Marketing-Direktor des Peugeot-Konzerns, in Waldeck eingetroffen. Dafür extra aus Paris angereist, bedankte Peugeot sich in perfektem Deutsch bei den Anwesenden, dass sich sein Unternehmen dem großartigen Anliegen des Kuratoriums anschließen durfte. Als Spende der Fa. Peugeot an die Klinik Waldeck überreichte er ein Behindertentransportfahrzeug dieser Marke, das in Waldeck sehr dringend benötigt wurde. Das jedoch wichtigste Ergebnis des Besuches von Kohl und Peugeot für die Klinik war, dass die Kassenvertreter durch diesen Besuch nun auch von der Zukunft der Klinik überzeugt waren und daraufhin endlich auskömmlichen Pflegesätzen für die Klinik zustimmten. Damit war die ernste finanzielle Notlage der Klinik beseitigt, die bereits entlassenen Mitarbeiter konnten wieder eingestellt werden und alle Klinikbereiche ihre Arbeit in vollem Umfang wieder aufnehmen. Der geplanten Übernahme durch die TMG stand somit nichts mehr im Weg, und der Übernahmevertrag wurde, wie bereits erwähnt, mit Wirkung vom 1. Januar 1994 am 21. Dezember 1993 unterzeichnet.⁶⁷⁵

Uerckwitz berichtet in seinen Aufzeichnungen weiter, dass er erst Jahre später erfuhr, wie ernst die Lage 1993 für Waldeck tatsächlich war. Während eines Urlaubsaufenthaltes habe Uerckwitz einen namhaften Vertreter der Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommerns

⁶⁷⁴ Das Kuratorium ZNS wurde zu Ehren Hannelore Kohls 2005 in Hannelore Kohl Stiftung umbenannt.

⁶⁷⁵ Erinnerungsnotizen Uerckwitz, Bl. 22.

getroffen, der ihm nach einigen Gläsern Wein vertraulich offeriert habe, dass die Kassen Waldeck ursprünglich „eingehen“ lassen wollten. Der Besuch Hannelore Kohls habe sie jedoch umgestimmt.⁶⁷⁶

Der Klinikbetrieb entwickelte sich unter dem neuen Eigentümer TMG zunächst erwartungsgemäß gut, so dass 1995 die Errichtung des Erweiterungsneubaus begonnen werden sollte. In diesem Jahr geriet die TMG jedoch in eine schwere finanzielle Notlage, als das milliardenschwere Firmenimperium des Immobilienunternehmers Jürgen Schneider, der unter anderem auch Gesellschafter bei der TMG gewesen sein soll, zusammenbrach und die TMG in nicht bekannter Höhe für die insgesamt etwa 5,4 Mrd. DM Schulden Schneiders mithaften musste. Aufgrund dessen war die TMG nicht mehr in der Lage, den vertraglich vereinbarten Neubau zu realisieren und musste die Klinik an die Futura Med Gesellschaft für Modernes Management im Gesundheitswesen mbH, einer Tochter der Conle-Firmengruppe aus Sonthofen, verkaufen. Nach der Übernahme durch den neuen Besitzer wurde 1996 mit der Errichtung des Erweiterungsneubaus begonnen, der im Dezember 1997 fertiggestellt werden konnte.⁶⁷⁷

Nach der Sanierung des Altgebäudes 1999 und der Fertigstellung des Erweiterungsneubaus verfügte die Klinik nun über die geplante Bettenkapazität von 210 Betten in modern eingerichteten Patientenzimmern. Der Neubau besitzt neben zusätzlichen Patientenzimmern auch weitere Behandlungs- und Therapieräume und vor allem ein langersehntes Therapie-Bad.

Zwischenzeitlich, am 10. Januar 1999, verließ Dr. Roth die Klinik. Seine Nachfolge trat Frau Dr. Heike Mach an.

Mach, gebürtig am 12. Juli 1961 in Rostock, begann 1982 ein Medizinstudium an der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock.⁶⁷⁸ 1988 absolvierte sie als Austauschstudentin ein Semester an der Brown University Providence R.I. in den USA. Nach ihrer Rückkehr nach Rostock schloss sie im selben Jahr erfolgreich ihr Studium ab und begann im darauffolgenden September die Ausbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Von September bis Oktober 1990 war Mach im Rahmen eines Forschungsstipendiums an der Universität Wien tätig. Im Januar 1991 promovierte Mach zu dem Thema „Elektroencephalographische Befunde bei Kindern mit chronischer Niereninsuffizienz unter Dialysetherapie (eine retro- und eine prospektive Studie)“. Von Juni bis Dezember 1992 arbeitete sie im Rahmen des Fellowships Kinderneuropsychiatrie erneut an der Brown University Providence R.I. in den

⁶⁷⁶ Ebenda.

⁶⁷⁷ Interview mit der Geschäftsführerin der Fachklinik Waldeck, Silke von Lieven vom 24.08.2018; Notat im Besitz des Autors.

⁶⁷⁸ Mach, Heike: Tabellarischer beruflicher Werdegang; Rostock, November 2018, Kopie im Besitz des Autors. Alle nachfolgenden biografischen Informationen zu Mach entstammen dieser Quelle.

USA, dort im Bradley Hospital. Nach erfolgreicher Beendigung der Facharztausbildung im August 1993 war sie von September 1993 bis Dezember 1997 als Stationsarzt in der neurologischen Anschlussheilbehandlung der Median Rehabilitationsfachklinik Bad Sülze tätig. Im Januar 1998 nahm Mach eine Stelle als Oberärztin in der Fachklinik Waldeck auf und wurde im Juli des darauffolgenden Jahres Chefärztin der Abteilung für neurologische Frührehabilitation. Anfang 2000 wurde sie Lehrbeauftragte der Universitätsmedizin Rostock. Seit Januar 2004 ist Mach die Ärztliche Leiterin der Fachklinik. Sie erwarb außerdem 2007 die fachärztliche Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und seit 2009 für Rehabilitationswesen. Seit April 2001 ist sie als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie konsiliarisch im Klinikum Südstadt Rostock und seit Februar 2010 im Krankenhaus Warnow Klinik Bützow tätig. Außerdem verfügt Mach seit 2002 über die Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Behandlung von Patienten mit schweren neurologischen Defiziten im Haus der Betreuung und Pflege, einer separaten Pflegeeinrichtung auf dem Gelände der Fachklinik.

Unter Uerckwitz' Leitung wurde in Waldeck Mitte der neunziger Jahre ein Konzept zur Schaffung einer vernetzten Rehabilitationskette im Rahmen des vorhandenen, aber nicht vernetzten Versorgungssystems entwickelt. Damit sollte eine Vernetzung zwischen Hausarzt, ambulanten und stationären Therapeuten und Pflegediensten, Fachambulanzen in Akutkrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen hergestellt werden mit dem Ziel, den stationär erreichten Behandlungserfolg zu sichern, da dieser aufgrund im Einzelfall häufig fehlender Möglichkeiten der erforderlichen Therapieweiterführung sehr häufig gefährdet war. Dieses Konzept wurde jedoch von den Kassen nicht mitgetragen.⁶⁷⁹

Weiterhin wurde unter Uerckwitz' Leitung versucht, das ebenfalls in Waldeck entwickelte Konzept einer zeit- und sachgerechten sowie wohnortnahen Rehabilitation anhand einer flexibilisierten tagesklinischen Betreuung unter Einbeziehung der Angehörigen und Erarbeitung individueller Hausübungsprogramme in Mecklenburg-Vorpommern zu realisieren.⁶⁸⁰ Daneben wurde das Modell einer komplexpauschalisierten Anschlussheilbehandlung (AHB) entwickelt, das vorsah, dass die Kassen für die AHB Pauschalbeträge gewähren und der Fachklinik die zeitliche und inhaltliche Organisation der Behandlungsmaßnahmen überlassen. Dadurch wäre eine Vielzahl individuell anpassbarer stationärer AHB-Maßnahmen möglich, die zu einer Verlängerung der fachspezifischen Betreuung mit besserem Ergebnis führen und das Aufstellen einer

⁶⁷⁹ Vorkonzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Schaffung einer vernetzten Rehabilitationskette im Rahmen des bestehenden, nicht vernetzten, sozialen Versorgungssystems, Schwaan 23.06.1996, S. 1-2; Kopie im Besitz des Autors.

⁶⁸⁰ Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur zeitgerechten, sachgerechten und wohnortnahen Rehabilitation, Waldeck 1993; Kopie im Besitz des Autors.

Langzeitbehandlungskonzeption mit erheblichen Kosteneinsparung ermöglichen würden. Voraussetzung dazu war jedoch, dass der Patient in den Zeiten der Zwischenentlassungen in der Häuslichkeit Hausübungen durchführt und ein Angehöriger in der Übungskontrolle eingewiesen wird.⁶⁸¹ Beide Konzepte scheiterten jedoch daran, dass die ambulanten Physiotherapeuten aus unbegründeter Angst vor unliebsamer Konkurrenz den Patienten und Angehörigen vermitteln, dass solche Hausübungsprogramme völlig sinnlos seien, so dass dieses Konzept letztlich weder bei ihnen noch bei den Kassen Akzeptanz fand. So konnten sich die Kassen nicht entschließen, diese Konzepte mitzutragen.⁶⁸²

Trotz dieser Niederlagen gelang es Uerckwitz und von Lieven, die Fachklinik erfolgreich weiterzuführen und zu einer der bedeutendsten Rehabilitationskliniken in Mecklenburg-Vorpommern weiter auszubauen.

Nach über 23 Jahren ärztlicher Tätigkeit in Waldeck, davon 21 Jahre als Ärztlicher Direktor, ging Uerckwitz am 12. Januar 2004 in den Ruhestand. Er konnte ähnlich Giercke auf mehr als zwei Jahrzehnte bewegter und letztlich erfolgreicher Jahre in Waldeck zurückblicken. Seine Nachfolge trat, wie bereits erwähnt, die neurologische Chefärztin Frau Dr. Mach an. Sie war damit nach 93-jährigem Bestehen der Klinik Waldeck die erste Frau in der Ärztlichen Leitung des Hauses.

⁶⁸¹ Klinikinformation Nr. 7 des Fachkrankenhauses Waldeck: Die flexibilisierte Rehabilitation durch eine komplexpauschalisierte Anschlussheilbehandlung im Reha-Zentrum Waldeck; Schwaan 31.01.2000; Kopie im Besitz des Autors.

⁶⁸² Erinnerungsnotizen Uerckwitz, S. 161.

2.12 Die Fachklinik Waldeck in den Jahren 2004 bis 2018

Die in diesem Abschnitt enthaltenen Informationen beruhen auf den Angaben aus dem gemeinsamen Interview des Autors mit der Geschäftsführerin der Fachklinik Waldeck, Frau Silke von Lieven und der Ärztlichen Direktorin der Fachklinik, Frau Dr. Heike Mach vom 24. Oktober 2018.

Wie im vorigen Abschnitt bereits erwähnt, übernahm Frau Dr. Heike Mach nach Uerckwitz' Ausscheiden am 12. Januar 2004 die Ärztliche Leitung der Fachklinik Waldeck.

Auch unter der neuen Ärztlichen Leitung Machs und der auch schon bisher erfolgreichen Geschäftsleitung unter von Lieven wurden weitere für die Fachklinik bedeutsame Schritte unternommen. Im Jahr 2007 stellte die Klinik den Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern für die Rehabilitationsphase B (neurologische Frührehabilitation – siehe Abschnitt 2.11), zunächst in einem Umfang von 30 Betten. Obwohl Waldeck als erste Fachklinik in Mecklenburg-Vorpommern neurologische Frührehabilitation durchführte, gelang die Aufnahme bisher nicht, da die Kliniken Plau am See und Greifswald, die zwar erst später als Waldeck Frührehabilitation anbieten konnten, aufgrund ihrer Akut-Betten aber bereits im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen waren und es zunächst kein Erfordernis für die Aufnahme einer weiteren Klinik gab. Doch aufgrund der bereits bestehenden Erfahrungen, der hervorragenden fachlichen Eignung der Fachklinik sowie des gestiegenen Bedarfs wurde dem Antrag mit Wirkung vom 1. Januar 2008 stattgegeben. Noch im selben Jahr wurde die Bettenanzahl auf 50 Betten erhöht, aktuell befinden sich 56 Frührehabilitations-Betten der Fachklinik im Krankenhausbedarfsplan. Dafür konnten auch Fördermittel in Anspruch genommen werden, die jedoch auch neue Abrechnungsmodalitäten erforderlich machten. Dazu konnten ebenfalls mit Wirkung vom 1. Januar 2008 neue Verträge mit den Krankenkassen geschlossen werden. Anhand dieser Verträge wurde die Fachklinik als besondere Einrichtung aufgrund ihrer besonderen fachlichen Voraussetzungen aus dem DRG-Vergütungssystem herausgelöst (DRG: Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene (Fall-)Gruppen. Beim DRG-System handelt es sich um ein auf Pauschalbeträgen basierendes Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen). Stattdessen erfolgte die Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen, d.h. nicht nach den jeweils für einen Patienten individuell angefallenen einzelnen Leistungen, sondern nach dem pauschal anfallenden Behandlungs- und Pflegeaufwand für einen Patient in dieser Einrichtung.

Es zeigte sich jedoch, dass die Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen aus verschiedenen Gründen vorteilhafter ist. Für die Umstellung auf das DRG-Abrechnungssystem war es aber erforderlich, neben der Installation entsprechender Software sämtliche abrechnungsrelevante Akten und Unterlagen auf dieses System umzustellen, was einen erheblichen verwaltungstechnischen Aufwand bedeutete. Die Umstellungsarbeit wurde erfolgreich durchgeführt, und ab dem 1. Januar 2012 erfolgt die Abrechnung der in der Fachklinik Waldeck erbrachten Leistungen nach dem DRG-Abrechnungssystem.

Einen weiteren Erfolg im Ausbau der neurologischen Frührehabilitation stellte die Zertifizierung als Weaning-Zentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) am 24. April 2017 dar. Bei Weaning handelt es sich um die Entwöhnung von über längere Zeit maschinell beatmeten Patienten vom Beatmungsgerät. Da die Atemmuskulatur aufgrund der maschinellen Beatmung ruhiggestellt ist, beginnt sie zu atrophieren, ihre Leistungsfähigkeit nimmt damit immer weiter ab. Nach Beendigung der maschinellen Beatmung würde diese geschwächte Atemmuskulatur die dann plötzlich wieder notwendige Atemarbeit nicht oder nicht ausreichend leisten können, so dass die Gefahr der Sauerstoff-Unterversorgung für den Patienten besteht. Deshalb ist die langsame und schrittweise Wiederaufnahme der eigenen Atmung zum Training der Atemmuskulatur unbedingt notwendig. Ab wann und wie lange Weaning erforderlich ist, hängt individuell hauptsächlich von der bisherigen Dauer der erfolgten maschinellen Beatmung, der körperlichen Ausgangssituation und dem Alter des Patienten ab. Bei sehr alten oder stark geschwächten Patienten ist ein Weaning oftmals nicht mehr möglich, wenn sich die geschwächte Atemmuskulatur nicht wieder ausreichend erholt und kräftigt, so dass diese Patienten bis zu ihrem Lebensende maschinell beatmet werden müssen.

In Waldeck wurde bereits seit 2002 neurologische Frührehabilitation bei künstlich beatmeten Patienten durchgeführt. Zu dieser Zeit wurde die Phase B aber noch als Leistung des nachfolgenden Rehabilitationsbereiches erfasst und nach anderen Richtlinien abgerechnet. Nach Änderung des für diesen Bereich zuständigen § 39 Abs. 1 SGB V 2008 wurde diese Phase jedoch explizit als Bestandteil der Krankenhausbehandlung geregelt, woraus sich andere Leistungs- und Abrechnungsmodalitäten ergaben, die letztlich die Zertifizierung als Weaning-Zentrum erforderlich machten. Damit war die Fachklinik auch unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Lage, Frührehabilitation bei noch beatmungspflichtigen und noch nicht Beatmungsgerät-entwöhnten Patienten durchzuführen.

Sie verfügt damit über das einzige Weaning-Zentrum für neurologische Frührehabilitation in Mecklenburg-Vorpommern.

Voraussetzung zu Einrichtung und Zertifizierung eines Weaning-Zentrums ist die ständige Verfügbarkeit eines Anästhesisten bzw. Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Da in der Klinik ab 14.00 Uhr jedoch nur der jeweils diensthabende Stationsarzt anwesend ist, schloss die Fachklinik Waldeck im April 2016 mit dem Klinikum Südstadt Rostock einen entsprechenden Kooperationsvertrag ab, in dem über eine „Arbeitnehmerüberlassung“ (eine Form eines Leiharbeitsvertrages) die entsprechende fachärztlich-intensivmedizinische Hintergrund-Dienstabsicherung vereinbart wurde. Der diensthabende Arzt in der Fachklinik kann also bei Bedarf ab 14.00 Uhr jederzeit den fachärztlichen Hintergrunddienst vom Südstadt-Klinikum anfordern.

Weiterhin besteht auch mit der Universitätsklinik Rostock eine enge vertragliche Zusammenarbeit. So bestehen neben der naturgemäß engen Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Neurologie u.a. Vereinbarungen mit dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universitätsklinik zur Teleradiologie für die Befundung von in Waldeck durchgeführten bildgebenden Diagnostiken, wie Röntgen- oder computertomografischen Aufnahmen und ein Vertrag mit dem Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene der Universitätsklinik zur krankenhaushygienischen und infektiologischen Betreuung der Fachklinik.

Neben der stationären Betreuung verfügt die Fachklinik auch über eine Tagesklinik. Voraussetzung für die Aufnahme in die Tagesklinik ist neben dem Einverständnis des Patienten bzw. seinen Angehörigen und der Kostenübernahmeerklärung des zuständigen Sozialversicherungsträgers eine abgeschlossene Diagnostik und ein gegebenenfalls mit Hilfsmitteln erreichbares Gehvermögen von etwa 100 m.

Weiterhin besteht aufgrund entsprechender Zulassung der Fachklinik gemäß § 124 SGB V in Waldeck nach entsprechender kassenärztlicher Verordnung die Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Therapien wie Physiotherapie, gerätegestützter Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie.

Auf dem Gelände der Fachklinik befindet sich eine nicht zur Klinik gehörende Pflegeeinrichtung, das schon oben genannte Haus der Betreuung und Pflege, das zur Alpenland Pflege- und Altenheim Betriebsgesellschaft mbH mit Sitz in Baden-Württemberg gehört. Zwischen der Fachklinik und dieser Einrichtung besteht eine enge Zusammenarbeit,

unter anderem erfolgt die fachliche Betreuung durch die Ärztliche Direktorin Frau Dr. Mach, die wie bereits erwähnt, dafür eine kassenärztliche Ermächtigung besitzt. In dieser Einrichtung werden Patienten der Rehabilitationsphase F betreut, also Patienten mit schweren Hirnschäden einschließlich Wachkoma sowie Patienten mit ausgeprägten körperlichen Behinderungen, z.B. nach Schädel-Hirn-Verletzungen, Sauerstoffmangel-Zuständen, gefäßbedingten bzw. entzündlichen Hirnerkrankungen wie Hirnhautentzündungen oder Hirntumoren. Den Patienten wird eine ganzheitliche aktivierende Langzeitpflege nach den jeweils neuesten Erkenntnissen zuteil. Dabei wird sich an vorhandenen Fähigkeiten orientiert, um Möglichkeiten für erneute Rehabilitationsmaßnahmen zu erkennen.

Um die hohe Leistungsfähigkeit im Rehabilitationsbereich zu halten und weiter auszubauen, wird außerdem kontinuierlich in neue Rehabilitationstechnik investiert. So wurden in den letzten Jahren Gangtrainingsgeräte und Laufbänder der neuesten Generation für konditionelles Training einschl. kardiologischer Überwachungstechnik sowie Trainingsgeräte zur Arm-Rehabilitation bei paretischen Krankheitsbildern installiert. Außerdem wurde 2009 Computer-Software (Programm „RehaTIS“) zur schnellen und effizienten Therapieplanung eingerichtet. Daneben wird die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt, wofür 2017 eigens eine Mitarbeiterin eingestellt wurde.

Vor dem bundesweiten Problem des Pflegekräftemangels sieht sich auch die Fachklinik stehend – Pflegefachkräfte werden in Waldeck gesucht, insbesondere hinsichtlich des in den kommenden Jahren zu erwartenden altersbedingten Ausscheidens vieler erfahrener Mitarbeiter.

Als wichtigstes Ziel für die Zukunft sieht die Klinikleitung neben der Gewinnung von Pflegekräften die Stabilisierung und Festigung des hohen fachlichen und materiellen Niveaus der Klinik.

3. Tabellarische Übersicht der Amtszeit der leitenden Chefärzte in Waldeck

- | | | |
|-----|-----------------|--|
| 1. | 1911 – 1922 | Sanitätsrat Dr. Friedrich Dittmann
geb. am 30.10.1862, gest. am 12.08.1922 |
| 2. | 1922 – 1924 | Dr. Hans Heinrich Rohwedder
geb. am 08.06.1890, gest. (nicht bekannt) |
| 3. | 1924 – 1935 | Dr. Hans-Walther Giercke
geb. am 22.05.1893, gest. 1965 |
| 4. | 1935 – 1939 | Dr. Theodor Plieninger
geb. am 06.06.1899, gest. am 05.02.1944 |
| 5. | 1940 – 1943 | Dr. Friedrich Karl Ernst Hornig
geb. am 06.03.1901, gest. (nicht bekannt) |
| 6. | 1943 – 1945 | Dr. Heinrich Mende,
geb. am 23.03.1902 , gest. (nicht bekannt) |
| 7. | Mai – Okt. 1945 | Dr. Johann Müller (Assistenzarzt, kommissarischer Chefarzt)
(Lebensdaten nicht bekannt) |
| 8. | 1945 – 1961 | Dr. Hans-Walther Giercke
geb. am 22.05.1893, gest. 1965 |
| 9. | 1961 – 1981 | Dr. Heinz Meyer
geb. am 05.07.1916, gest. am 27.08.1990 |
| 10. | 1981 – 2004 | Dr. Jürgen Uerckwitz
geb. am 12.01.1940 |
| 11. | seit 2004 | Dr. Heike Mach
geb. am 12.07.1961 |

4. Zusammenfassung

Die Tuberkulose stellte im 19. Jahrhundert die Krankheit mit der höchsten Todesrate im Deutschen Reich dar. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts starben im Deutschen Reich jährlich 100.000 bis 120.000 Einwohner an Tbc. Medizin und Gesellschaft standen dieser Krankheit ohnmächtig gegenüber, bis in den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts der deutsche Arzt Hermann Brehmer in der Überzeugung, die Tuberkulose durch regelmäßigen Aufenthalt an frischer sauberer Luft und ausreichende gesunde Ernährung heilen zu können, die erste Tuberkulose-Heilstätte in Görbersdorf (Schlesien) eröffnete. Damit begann die Entstehung von Sanatorien für Lungenerkrankungen und ganzen Luftkurorten. Da die Kosten der Kurbehandlungen aber i.d.R. selbst getragen werden mussten, waren aber gerade die von der Tuberkulose aufgrund ihrer prekären Wohn- und Ernährungssituation am meisten betroffenen unteren, einkommensschwachen und mittellosen Bevölkerungsschichten von einer solchen ausgeschlossen.

In der Gesellschaft erkannte man diesen Umstand immer deutlicher, und es wurde klar, dass eine wirksame und nachhaltige Bekämpfung der Tuberkulose nur erreicht werden konnte, wenn auch diese Bevölkerungsschichten Zugang zu solchen Behandlungsmöglichkeiten erhielten. So entstanden reichsweit ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts immer mehr Stiftungen, Wohltätigkeitsvereine usw. mit dem Ziel, gering- bzw. unbemittelten Patienten durch finanzielle Hilfen Freiluftkuren in den bereits bestehenden Sanatorien zu ermöglichen. Schnell wurde jedoch deutlich, dass man mit dieser Form der Teilhabe an Heilkuren nicht die große Masse der bedürftigen Patienten dieser Schichten erreichen würde. Es wurden größere und günstigere Heilstätten gebraucht, so dass die o.g. Institutionen dazu übergingen, sogenannte Volksheilstätten zu errichten und zu betreiben. Anfang 1900 existierten im deutschen Kaiserreich 33 Volksheilstätten, jedoch keine in Mecklenburg. Zahlreiche namhafte Mecklenburger Persönlichkeiten forderten deshalb den Bau einer solchen Heilstätte im Land und gründeten dazu am 26. September 1900 den „Mecklenburgischen Landesverein zur Gründung von Lungenheilstätten“, der sich die Finanzierung und den Bau einer Volksheilstätte zum Ziel setzte. Durch Mitgliedsbeiträge und zahlreiche Spenden konnte schließlich die Summe zum Bau eines kleineren Heilstätten-Gebäudes für etwa 40 Betten erreicht werden, das auf einem Grundstück in den Göldeitzer Tannen bei Schwaan errichtet werden sollte, welches der Verein vom Großherzog von Mecklenburg-Schwerin durch eine Schenkung erhielt. Daraufhin konnte im Mai 1910 mit den Arbeiten begonnen werden, und am 3. September 1911 erfolgte im Beisein des Großherzogs die feierliche Einweihung.

Drei Jahre nach Aufnahme des Heilstättenbetriebes begann der Erste Weltkrieg. Aufgrund der mit zunehmender Kriegsdauer immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Lage konnten erforderliche Instandhaltungsarbeiten nicht mehr ausgeführt werden, außerdem wurde die Versorgung mit Lebensmitteln, Energie- und Brennstoffen immer dramatischer und kam im Winter 1918 gänzlich zum Erliegen. Hinzu kamen die politischen Unsicherheiten und Wirren der Novemberrevolution, so dass die Heilstätte schließlich am 10. Dezember 1918 geschlossen werden musste. Nach Beruhigung der politischen Lage und Beendigung der Ausbesserungsarbeiten konnte die Heilstätte zwar am 1. April 1919 wieder eröffnet werden, es sollte jedoch bald die nächste Schließung folgen, denn schon vor der Wiedereröffnung bestanden erhebliche finanzielle Probleme aufgrund der Einnahmenverluste durch die Schließung während der Renovierung und der dabei angefallenen Renovierungskosten. Das entscheidende Problem erwuchs jedoch aus der beginnenden Inflation. Das Vereinsvermögen wurde rasch entwertet und die Differenz zwischen den von den Kassen gezahlten Pflegesätzen und der täglich steigenden Teuerungsrate wurde immer größer. Trotz zahlreicher staatlicher Sonderzahlungen und Darlehen stieg die Schuldenlast so hoch an, dass sich der Landesverein entschloss, die Heilstätte dem Staat zu überlassen. Am 14. September 1923 erfolgte die entschädigungslose Übernahme der Heilstätte durch das Land Mecklenburg-Schwerin. Trotz der bis dahin gezahlten Vorschüsse von insgesamt ca. 1,15 Mrd. Mark betrugen die Außenstände der Heilstätte im September 1923 mehr als 1 Mrd. Mark, da auch der Staat aufgrund seiner inflationsbedingten Zahlungsunfähigkeit letztlich nicht mehr in der Lage war, die Betriebskosten aufzubringen. So musste das Genesungsheim schließlich den Betrieb am 1. Oktober 1923 erneut einstellen.

Die beiden Schließungen zeigten, dass die Heilstätte zwar unter medizinischen Gesichtspunkten offensichtlich gut geführt wurde, ihr jedoch eine weitsichtige und durchsetzungsfähige Leitung fehlte, die auch in der Lage war, die Heilstätte ökonomisch stärker zu entwickeln, um solche Krisen und finanziell schwierigere Phasen besser bewältigen und zukünftigen Anforderungen frühzeitig begegnen zu können. Das sollte sich jedoch bald ändern. Nach Abschwellen der Inflation und neuen Pflegesatzvereinbarungen zwischen Staat und LVA als Hauptzuweiser begann mit der Wiedereröffnung der Heilstätte auch ein neuer Chefarzt seine Tätigkeit in Waldeck - Dr. Hans-Walther Giercke. Er sollte der Chefarzt mit der bis heute längsten Dienstzeit in Waldeck werden. Unter Gierckes Führung wurde die Heilstätte erstmals baulich deutlich vergrößert und fachlich erweitert, u.a. wurde die „kleine Lungenchirurgie“ in Waldeck etabliert. Bei der Erweiterung Waldecks zeigte Giercke eine große Zielstrebig- und Hartnäckigkeit und nutzte geschickt alle sich ihm gebotenen

Möglichkeiten. So nahm er dankbar die Anfrage der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock nach einer Zusammenarbeit auf und entwickelte dazu sehr zügig verschiedene Erweiterungsmodelle, die nicht nur zusätzliche Räumlichkeiten für chirurgische Behandlungen boten, sondern v.a. auch eine deutliche Kapazitätserweiterung für die eigene Patientenbetreuung bedeuteten. Parallel dazu erwirkte er sich die schriftliche Zusicherung der LVA, im Falle einer deutlich kapazitätserweiterten Heilstätte auch mehr Patienten zuzuweisen, und konnte durch geschickte Argumentation bei den verantwortlichen Ministerien in Schwerin letztlich die Bereitstellung der entsprechenden Gelder für das Modell der größten Ausbaustufe erreichen. Nachdem Giercke auch einen raschen Baubeginn durchgesetzt hatte, konnte der Erweiterungsbau schließlich am 17. Februar 1929 feierlich eingeweiht werden. Damit hatte er Waldeck von der reinen „Liegekur“-Heilstätte in eine moderne Tuberkulose-Behandlungsstätte umgewandelt.

Aufgrund der Hauptnutzung Waldecks durch die LVA unterbreitete diese dem Staat ein Kaufangebot für die Heilstätte und erwarb sie schließlich am 1. Oktober 1929.

Als der Nationalsozialismus über Deutschland hereinbrach, verließ Giercke die Heilstätte. Die Gründe sind nicht bekannt, sehr wahrscheinlich hat dieser Sachverhalt mit der sich aus den Nürnberger Rassegesetzen ergebenden Unvereinbarkeit Gierckes Beamtenstatus mit der jüdischen Herkunft seiner Mutter zu tun. Anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen arbeitete Giercke während der Nazizeit als niedergelassener Pulmologe in Berlin, war aber ab April 1943 zumindest zeitweise Patient einer Suchtklinik, sehr wahrscheinlich aufgrund einer Rauschgiftsucht.

Ansonsten ergeben die vorhandenen Unterlagen bis zum Kriegsende keine Hinweise auf Einschränkungen des Heilstättenbetriebes durch den Nationalsozialismus. Die Chefarzte wechselten aus verschiedenen Gründen mehrmals, ein zusätzlicher Erweiterungsbau wurde geplant, kam jedoch bis auf erste Vorarbeiten nicht mehr zur Ausführung. Das Kriegsende wurde relativ unbeschadet überstanden, bis auf einen Assistenzarzt flüchteten jedoch alle Waldecker Ärzte, auch einige Schwestern. Die ersten Monate nach Kriegsende waren besonders entbehrungsreich und wurden noch durch eine Typhus- und Fleckfieberepidemie in Mecklenburg verschärft. Die Heilstätte wurde daraufhin vom Land Mecklenburg-Vorpommern von Februar bis April 1946 als Seuchenkrankenhaus beschlagnahmt. Während dieser Epidemien starben ungezählte Patienten sowie einige Schwestern und zwei Ärzte.

In der Folgezeit normalisierte sich der Heilstättenbetrieb schrittweise. Insbesondere die Sicherstellung der Versorgung mit Nahrungsmitteln und Heizmaterial blieb aber bis Anfang der fünfziger Jahre schwierig.

Doch auch in dieser schwierigen Zeit versuchte Giercke, der ab Oktober 1945 wieder im Amt war, das Profil der Heilstätte weiter zu schärfen. Nach einer interdisziplinären Fachtagung zur Behandlung tuberkulöser Schwangerer im Jahr 1949 wurde beschlossen, diese stationär zu betreuen, um eine Exazerbation der Erkrankung durch die Schwangerschaft und das sich daraus möglicherweise ergebende Erfordernis eines Abbruchs zu verhindern und die Austragung der Schwangerschaft zu ermöglichen. Giercke, der an der Beschlussfassung maßgeblich mitgearbeitet hatte, ließ daraufhin das ehemalige Chefarzt-Wohnhaus als Außenstation der Heilstätte zur Betreuung 15 Schwangerer mit geschlossener und fünf mit offener Tuberkulose umbauen. Die Patientinnen kamen, kurz vor der Niederkunft stehend, von den anderen Stationen der Heilstätte oder durch Einweisung ambulanter Mecklenburger Gynäkologen auf die Station, um dort zu entbinden. Etwa sechs Wochen nach der Entbindung wurden die Mütter zur weiteren Behandlung der Tuberkulose wieder auf eine der Stationen im Haupthaus verlegt und die Säuglinge bis zur Entlassung der Mutter zu ihrer Familie, zu Verwandten oder in ein Kinderheim gegeben.

Durch diese Form der stationären Betreuung wurde es vielen tuberkulösen Schwangeren ermöglicht, gesunde Kinder auszutragen. Die Vorteile und der Erfolg der in dieser Form ersten Einrichtung in der DDR sprach sich schnell herum, so dass die Station bereits ein Jahr später ständig ausgelastet war. Erst Ende der sechziger Jahre wurde sie aufgrund des starken Rückgangs der Tuberkulose und der damit fehlenden Auslastung geschlossen.

Ebenfalls in diesem Zeitraum wurden in Waldeck Frauen mit Genital-Tuberkulose, also nach primärer pulmonaler Tuberkulose-Infektion entstandener sekundärer extrapulmonaler Tuberkulose behandelt. Dabei handelte es sich hauptsächlich um tuberkulöse Manifestationen im Bereich der Adnexe, des Endometriums, der Gebärmutter oder der Scheide, seltener des Gebärmutterhalses. Auch an Genital-Tuberkulose erkrankte Schwangere wurden zur Entbindung auf die oben genannte Station aufgenommen.

Aufgrund der hohen Auslastung der Schwangerenstation plante Giercke erneut eine Erweiterung der Heilstätte, diese wurde jedoch nicht realisiert.

Nach Gierckes altersbedingtem Ausscheiden 1961 übernahm Dr. Heinz Meyer die Ärztliche Leitung der Heilstätte. Meyer, durch die als Wehrmachts-Truppenarzt erlebte Grausamkeit des Krieges und die in sowjetischer Kriegsgefangenschaft gesammelten Erfahrungen nachhaltig geprägt, galt einerseits als strenger Chefarzt mit hoher fachlicher Kompetenz, andererseits begegnete er den Problemen der Mitarbeiter mit großer Menschlichkeit und hatte ein sehr gutes Verhältnis zu den Patienten. Aufgrund dessen genoss er hohen Respekt und Wertschätzung unter Mitarbeitern und Patienten.

Aufgrund des Alters der Klinikgebäude zeigte sich im Laufe der Jahre natürlich zunehmender Verschleiß am Baukörper und den technischen Anlagen der Heilstätte. Insbesondere die Heizungsanlage war aufgrund von während der Nachkriegszeit verfeuerten, für diese Anlage ungeeigneten Brennstoffen wie Torf vorfristig verschlissen und hätte schon Anfang der sechziger Jahre erneuert werden müssen. Schornsteine wiesen Risse auf und konnten nur noch mit ständig einzuholenden Sondergenehmigungen betrieben werden, die Kesselanlage und das bereits völlig überalterte Rohrsystem führten immer häufiger zu Havarien und Heizungsausfällen. Bereits 1969 berief Meyer deshalb die verantwortlichen Vertreter des Rates des Bezirkes und zuständige Baufachleute zu einer Grundsatzberatung zusammen, auf der letztlich der Bau einer komplett neuen Gas-Heizungsanlage beschlossen wurde. Aus verschiedenen Gründen, hauptsächlich verschuldet durch den ausführenden Baubetrieb, kam es jedoch zu jahrelangen Verzögerungen. 1978, kurz vor Fertigstellung der Anlage, wurde jedoch von der Regierung der DDR beschlossen, aufgrund fehlender Gelder zum Einkauf der bisher erforderlichen Erdgasmengen aus der Sowjetunion die Heizungsanlagen sämtlicher Betriebe, staatlichen Einrichtungen und Institutionen der DDR auf Braunkohlebetrieb umzustellen. Die bereits installierte Ausrüstung mussten wieder demontiert und verkauft werden. 1986 konnte dann endlich eine neue Heizungsanlage auf Braunkohlebasis in Betrieb genommen werden. Ihre Betriebszeit war jedoch nur kurz. Anfang der neunziger Jahre wurde sie stillgelegt und eine neue moderne Heizungsanlage installiert.

Als Meyer die Leitung der Heilstätte übernahm, hatte die Tuberkulose aufgrund des Einsatzes wirksamer Antibiotika-Therapien ihren Charakter als Volksseuche bereits verloren, und die Patientenzahlen gingen immer weiter zurück. In der Folge wurden immer mehr Tuberkulose-Heilstätten geschlossen bzw. umgenutzt. Waldeck war 1978 die letzte Tuberkulose-Heilstätte in den drei Nordbezirken der DDR. Doch auch in Waldeck ging die Auslastung mit Tuberkulosepatienten immer weiter zurück, und es war abzusehen, dass die Heilstätte allein als Tuberkulose-Fachkrankenhaus keine Perspektive haben würde. Nach einer von der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin im Oktober 1980 erstellten Analyse würde sich zukünftig aber ein erhöhter Bedarf an Infektionsbehandlungseinrichtungen einschl. Einrichtungen für tropenmedizinische Tauglichkeitsuntersuchungen sowie die Behandlung erkrankter Tropenreise-Rückkehrer für den Bezirk Schwerin ergeben. Da Meyer außerdem in den Ruhestand gehen wollte und einen Nachfolger suchte, wurde dem potentiellen Nachfolger die reizvolle Aufgabe in Aussicht gestellt, perspektivisch die

Heilstätte schrittweise in eine Infektionsklinik mit tropenmedizinischer Abteilung umzuwandeln. Zu den angefragten Kandidaten gehörte auch Dr. Jürgen Uerckwitz, der zu dieser Zeit als Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin der Medizinischen Klinik Schwerin tätig war. Ihn reizte die Aussicht, in einer Klinik, die allein schon durch ihre reizvolle Architektur einen krassen und wohltuenden Gegensatz zu den Plattenbau-Klinikneubauten des Beton-Brutalismus der siebziger und achtziger Jahre bildete, etwas bewegen und neu gestalten zu können. Uerckwitz sagte zu und wurde am 1. Oktober 1979 Oberarzt in der Heilstätte.

Nach Uerckwitz' Beginn in Waldeck wurden die Planungen für eine zusätzliche Infektionsklinik der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin jedoch eingestellt, da sich perspektivisch wohl doch kein erhöhter Bedarf an Infektionsbehandlungseinrichtungen mit tropenmedizinischen Abteilungen ergeben würde, zumal die Heilstätte nur etwa 20 km von der Rostocker Universitätsklinik entfernt lag, die über solche Einrichtungen verfügte.

Es hatte sich im Laufe der letzten Jahre jedoch unter anderem ein gänzlich anderer Bedarf entwickelt: Aufgrund der sich immer weiter verbessernden Lebensbedingungen und des immer größeren medizinischen Fortschritts nahm die Lebenserwartung der Menschen zu, außerdem konnten immer mehr Patienten nach schweren Erkrankungen oder Unfällen gerettet und vor dem Tod bewahrt werden. Eine zunehmende Anzahl dieser Patienten war aber aufgrund von Folgeschäden oder irreversiblen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage, sich selbst zu versorgen. Andererseits waren diese Patienten noch nicht bzw. nicht mehr in der Lage, eine Kur in den vorhandenen Kurheimen anzutreten. Die heute im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung übliche medizinische Rehabilitation existierte zu dieser Zeit noch nicht, Rehabilitation entwickelte sich weltweit erst in den siebziger Jahren. Die in der DDR bereits vorhandenen wenigen Rehabilitationseinrichtungen gingen hauptsächlich auf das persönliche Engagement der dort tätigen Ärzte zurück, wie beispielsweise dem Orthopäden Wolfgang Presber, der bereits seit den 1960er Jahren in der Orthopädischen Klinik in Berlin-Buch mit großer Eigeninitiative Rehabilitation von Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen betrieb. In Treuenbritzen beschäftigte sich der Internist Dr. Günther Müller ab Mitte der siebziger Jahre mit der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten.

Diese ersten Rehabilitationseinrichtungen konnten natürlich nur einen geringen Teil der Patienten aufnehmen und rehabilitieren, die zwar operativ austherapiert waren, aber noch die natürlichen postoperativen funktionellen Defizite aufwiesen, welche ein wieder normales und

selbständiges Alltagsleben unmöglich machten. Die Mehrzahl dieser Patienten konnte also nur ohne entsprechende Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen untergebracht werden. Außerdem bestand aber, wie bereits erwähnt, aufgrund der steigenden Lebenserwartung auch ein wachsender Bedarf an Altersheimplätzen. Die in den Archiven vorhandenen Unterlagen zeigen, dass auf Bezirksebene dafür geeignete Unterbringungsmöglichkeiten benötigt wurden. Tatsächlich stand die Perspektive für Waldeck als Alten- und Pflegeheim beim Bezirksarzt bis 1981 im Raum.

Uerckwitz suchte jedoch nach einer anderen Alternative. Dabei half ihm, dass er auf Fachtagungen und Kongressen Dr. Zippel, einem Arzt aus dem DDR-Regierungskrankenhaus Berlin-Buch, begegnete. Zippel beschäftigte sich seit 1978 mit der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Die ersten Anregungen dafür erhielt Zippel durch den bereits erwähnten Internisten Dr. Günther Müller aus Treuenbritzen, der bei der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten unter anderem nach einem Therapiekonzept arbeitete, das bereits in den vierziger Jahren von dem Neurologen Karl Bobath und seiner Frau, der Physiotherapeutin Berta Bobath entwickelt wurde. Dieses bisher noch nicht wissenschaftlich belegte Konzept beruht auf der Annahme der Plastizität des Gehirns, dass also gesunde Hirnregionen die Funktionen der durch einen Schlaganfall geschädigten Hirnregionen durch Vernetzung mit diesen übernehmen können.

Uerckwitz erkannte sofort das Potential und den bestehenden Bedarf dafür, vor allem aber die Chance, die die Schlaganfall-Rehabilitation als Möglichkeit zur fachlichen Neuausrichtung der Heilstätte bot. Das war jedoch nicht ohne die Zustimmung des Bezirksarztes des Rates des Bezirkes Schwerin möglich. Dieser wandte sich bei neurologischen Fachfragen an den beratenden Neurologen für die drei Nordbezirke, Prof. Klaus Giercke. Der wiederum war ein strikter Vertreter der Lehrmeinung des spanischen Hirnforschers und Nobelpreisträgers Santiago Ramon y Cajal, der bereits in seinem Verdikt von 1928 postulierte, dass im erwachsenen Gehirn die Nervenbahnen starr und unveränderlich wären, Regeneration sei nicht möglich, nur die Kompensation durch die nicht betroffenen Körperteile. Demzufolge wären derartige angestrebte Rehabilitationsbemühungen völlig sinnlos. Um diese zu erwartenden Schwierigkeiten zu umgehen, musste eine Form der Einführung gefunden werden, der auch der Bezirksarzt zustimmen könnte. Uerckwitz schwebte dabei der Aufbau einer Rehabilitationsabteilung im Rahmen einer Neurer-Initiative vor. Es gelang ihm, zunächst vor allem junge Schwestern und Physiotherapeuten für die Idee der Schlaganfall-Rehabilitation zu gewinnen, weshalb das Thema zur „Jugendforscherkollektiv“-Aufgabe deklariert wurde. Noch im Dezember 1981 schlug Uerckwitz dem Bezirksarzt diese

Neuausrichtung der Heilstätte vor, der den Vorschlag genehmigte und zusicherte, dass eine Nutzung als Pflegeheim nun nicht mehr vorgesehen sei, außerdem solle der Anteil der Rehabilitationsbetten 50 % betragen. Bis dahin in der DDR nur spärlich vorhandene Fachliteratur konnte durch Literaturkäufe bei Privatreisen in die BRD erweitert werden.

Die bauliche Trennung der Tuberkulose- von der Rehabilitationsabteilung war trotz fehlender Investitionsmittel aufgrund der zweckmäßigen Architektur des alten Gebäudes einfach zu realisieren. Im Ergebnis wurde die Heilstätte ab dem 1. April 1982 von der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes Schwerin als Fachkrankenhaus für Tuberkulose und Rehabilitation eingestuft. Der offizielle Name der Heilstätte lautete nun: „Tbc-Heilstätte Waldeck - Fachkrankenhaus für Tuberkulose und Rehabilitation“.

Hilfe in der weiteren Entwicklung der Rehabilitationsbehandlung erhielt das Waldecker Team von den beiden schon in der DDR bestehenden Rehabilitationseinrichtungen in Berlin-Buch unter Zippel und Treuenbritzen unter Müller. Zippel kam sogar selbst mit seinem Rehabilitationsteam Mitte der achtziger Jahre nach Waldeck, um Hinweise und Hilfen zu therapeutische Maßnahmen und Hilfsmitteln zu geben.

Mit der im November 1989 begonnenen „Wende“ und des mit ihr einhergehenden Verlustes bisheriger Werte und Autoritäten, verbunden mit der zunehmenden Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes, wurde auch die Stimmung in Waldeck unruhiger. Und wie fast jedem Leiter eines Betriebes, einer Einrichtung oder einer staatlichen Institution in der DDR wurde auch Uerckwitz ein unangemessener Führungsstil und diverse persönliche Vorteilsnahmen vorgeworfen, die sich jedoch als haltlos erwiesen. In dieser Zeit des Umbruchs war es Uerckwitz' Aufgabe, gegen die Unsicherheit und Unruhe in der Belegschaft anzukämpfen, obwohl er selbst noch nicht wusste, wie sich die Perspektive des Hauses weiter entwickeln würde, denn es zeichnete sich ab, dass der Landkreis Bützow als neuer Eigentümer das Haus perspektivisch nicht dauerhaft betreiben wollte.

In dieser Situation kam Uerckwitz jedoch ein glücklicher Umstand zu Hilfe. Bei bereits Anfang der achtziger Jahre erfolgten Reisen seiner Frau sowie vom Ehepaar Uerckwitz 1989 zu Verwandten in die BRD lernten sie in deren Bekanntenkreis Mitarbeiter der Klinik Geesthacht kennen, unter anderem deren leitende Physiotherapeutin. Bei der Geesthachter Klinik handelte es sich ebenfalls um eine ehemalige Lungenheilstätte, die einige Jahre zuvor zum Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen umstrukturiert wurde. Der Mann, der das Konzept dazu erstellte und diese Klinik danach geschäftsführend leitete, gehörte ebenfalls zu diesem Bekanntenkreis – Thomas von Lieven. Von Lieven verfügte beim Aufbau und der Leitung großer Klinikeinheiten sowie

als beratender Referent zur Krankenhausfinanzierung im Bundesministerium für Gesundheit, leitender Mitarbeiter des Hamburger AOK-Landesverbandes usw. über umfangreiche Erfahrungen und Kontakte auf diesem Gebiet. Uerckwitz' Bekanntschaft mit von Lieven sollte sich schon bald als großer Glücksfall für das Fortbestehen und den weiteren Ausbau der Klinik Waldeck erweisen.

Die LVA als Rechtsnachfolger des früheren Eigentümers forderte die Klinik erwartungsgemäß zurück, und der Landkreis wollte sie nicht weiter betreiben, konnte sie jedoch nicht sofort verkaufen, da sie sich noch Krankenhausbedarfsplan des Landes befand. Bis zu ihrer Herauslösung musste also schnellstmöglichst ein Weg für eine weitere Perspektive des Hauses gefunden werden. In dieser Not erinnerte sich Uerckwitz an von Lieven und bat ihn um Hilfe. Dieser besichtigte die Klinik, erkannte ihr Potential und erstellte mit der Klinikleitung ein erstes Konzept. Dieses sah unter anderem die Beendigung der Behandlung von Tuberkulosepatienten und die völlige Konzentration auf Rehabilitation vor. Von Lieven fand außerdem einen geeigneten Kaufinteressenten, die TMG, mit der 1992 die Übernahmeverhandlungen unter seiner Führung begannen. Darin wurde vereinbart, die als Akutkrankenhaus im Landesbettenplan befindliche Klinik aus diesem herauszulösen und in ein reines Fachkrankenhaus für Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Erkrankungen bzw. Zustand nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma usw. sowie nach endoprothetischer Versorgung umzuwandeln. Außerdem sollte das Klinikgebäude saniert und die Bettenkapazität durch einen Neubau neben dem Altgebäude von 130 auf 210 Betten erweitert werden. Aufgrund der vertraglich vereinbarten weiteren Vertiefung der Rehabilitationsmöglichkeiten würde Waldeck damit auch als erste Fachklinik in Mecklenburg-Vorpommern in der Lage sein, Rehabilitation in einer sehr frühen Phase für schwerst-schädel-hirn-verletzte Patienten unmittelbar nach ihrer Entlassung aus der Akutbehandlung (Phase B) durchzuführen. Aufgrund der tieferen neurologischen Ausrichtung verlangten die Kassen auch die Schaffung einer neurologischen Facharztstelle in Waldeck. So wurde unter der Ärztlichen Leitung durch Uerckwitz als gleichzeitigem internistischen Chefarzt die Stelle des neurologischen Chefarztes mit Dr. Matthias Roth als ersten Chefarzt für Neurologie geschaffen.

Seit der Wiedervereinigung erhielt die Klinik übergangsweise Pauschalbeträge von den Kassen, spätestens nach der Übernahme sollte sich die Klinik durch noch mit den Kassen auszuhandelnde Pflegesätzen finanzieren. Das erwies sich jedoch als äußerst schwierig, da diese zunächst nicht bereit waren, einen dem erhöhten Pflegeaufwand von Rehabilitationspatienten angemessenen Pflegesatz zu zahlen. Das den Kassen vorgestellte

neue Konzept der Klinik einer qualitativ hochwertigen zeit- und sachgerechten sowie wohnortnahen neurologischen Rehabilitation stieß bei diesen auf Ablehnung. So wurde eine entsprechende Vereinbarung unter Vorgabe verschiedenster Gründe durch die Krankenkassen unter Federführung der AOK Mecklenburg-Vorpommern immer wieder hinausgezögert, so dass zwei Monate vor der geplanten Privatisierung noch keine Pflegesätze vereinbart waren. Damit entstand ein ernster finanzieller Engpass, erste Mitarbeiter mussten entlassen und einige Klinikbereiche geschlossen werden. In dieser Notsituation bat Uerckwitz die frühere Ehefrau des damaligen Bundeskanzlers, Hannelore Kohl, von deren „Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e.V.“ er in einer neurologischen Fachzeitschrift gelesen hatte, um Hilfe. Kohl sagte spontan Hilfe zu, erschien am 4. November 1993 in Waldeck und überreichte nach kurzer Ansprache und Klinikbesichtigung einen Spenden-Scheck in Höhe von 182.795,04 DM zur weiteren Unterstützung der Klinik. Mit Kohl war auch Christian Peugeot, Mitglied der französischen Automobilbau-Familie Peugeot und damaliger Marketing-Direktor des Peugeot-Konzerns angereist und übergab ein dringend benötigtes Peugeot-Behinderten-Transportfahrzeug. Uerckwitz hatte zu diesem Besuch aber auch die Vertreter der Krankenkassen eingeladen, die sich davon erwartungsgemäß sehr beeindruckt zeigten. Sie waren nun auch von der Zukunft der Klinik überzeugt und stimmten endlich auskömmlichen Pflegesätzen für die Klinik zu. Damit war die ernste finanzielle Notlage der Klinik beseitigt, die bereits entlassenen Mitarbeiter konnten wieder eingestellt werden und alle Klinikbereiche ihre Arbeit in vollem Umfang wieder aufnehmen. Damit stand der geplanten Übernahme durch die TMG nichts mehr im Weg, diese erfolgte am 1. Januar 1994.

1995 geriet die TMG jedoch in eine schwere finanzielle Notlage, als das milliarden schwere Firmenimperium des Immobilienunternehmers Jürgen Schneider zusammenbrach und die TMG als eine Schneider-Beteiligung in Mithaftung geriet. Aufgrund dessen war die TMG nicht mehr in der Lage, den vertraglich vereinbarten Neubau zu realisieren und musste die Klinik an die Futura Med Gesellschaft für Modernes Management im Gesundheitswesen mbH, einer Tochter der Conle-Firmengruppe aus Sonthofen, verkaufen. Nach der Übernahme durch den neuen Besitzer wurde 1996 mit der Errichtung des Erweiterungsneubaus begonnen, der im Dezember 1997 fertiggestellt werden konnte. Nach der Sanierung des Altgebäudes 1999 verfügte die Klinik nun über die geplante Bettenkapazität von 210 Betten in modern eingerichteten Patientenzimmern, außerdem auch über weitere Behandlungs- und Therapieräume und vor allem über ein langersehntes Therapie-Bad.

Zwischenzeitlich, am 10. Januar 1999, verließ Dr. Roth die Klinik. Seine Nachfolge trat Frau Dr. Heike Mach an.

In Waldeck wurden seitdem verschiedene moderne wohnortnahe Rehabilitations- und Anschlussheilbehandlungskonzepte entwickelt, die von den Kassen jedoch leider nicht mitgetragen wurden.

Nach über 23 Jahren ärztlicher Tätigkeit in Waldeck, davon 21 Jahre als Ärztlicher Direktor, ging Uerckwitz am 12. Januar 2004 in den Ruhestand. Er konnte ähnlich Giercke auf mehr als 2 Jahrzehnte bewegter und letztlich erfolgreicher Jahre in Waldeck zurückblicken. Seine Nachfolge trat die neurologische Chefärztin Frau Dr. Mach an. Sie war damit nach 93-jährigem Bestehen der Klinik Waldeck die erste Frau in der Ärztlichen Leitung des Hauses. Unter der neuen Ärztlichen Leitung Machs und der auch schon bisher erfolgreichen Geschäftsleitung unter Frau von Lieven gelang die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern für die Rehabilitationsphase B mit zunächst 30 Betten, diese Zahl konnte bis 2018 auf 56 Betten gesteigert werden. Mit der Zertifizierung als Weaning-Zentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) am 24. April 2017 konnte ein weiterer Erfolg im Ausbau der neurologischen Frührehabilitation erzielt werden.

Daneben besteht mit der Universitätsklinik Rostock eine enge vertragliche Zusammenarbeit, insbesondere natürlich mit der Universitätsklinik für Neurologie und dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universitätsklinik zur Teleradiologie für die Befundung von in Waldeck durchgeführten bildgebenden Diagnostiken, wie Röntgen- oder computertomografische Aufnahmen. Weiterhin besteht ein Vertrag mit dem Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene der Universitätsklinik zur krankenhaushygienischen und infektiologischen Betreuung Waldecks.

Neben der stationären Betreuung verfügt die Fachklinik auch über eine Tagesklinik. Weiterhin besteht in Waldeck nach entsprechender kassenärztlicher Verordnung die Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Therapien wie Physiotherapie, gerätegestützter Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie.

Außerdem befindet sich auf dem Gelände der Fachklinik eine nicht zur Klinik gehörende Pflegeeinrichtung, das „Haus der Betreuung und Pflege“. In dieser Einrichtung werden Patienten der Rehabilitationsphase F betreut, also Patienten mit schweren Hirnschäden einschließlich Wachkoma, z.B. nach Schädel-Hirn-Verletzungen, Sauerstoffmangel-Zuständen, gefäßbedingten bzw. entzündlichen Hirnerkrankungen wie Hirnhautentzündungen

oder Hirntumoren. Die fachliche Betreuung erfolgt durch die Ärztliche Direktorin Frau Dr. Mach, die dafür eine kassenärztliche Ermächtigung besitzt.

Um die hohe Leistungsfähigkeit im Rehabilitationsbereich zu halten und weiter auszubauen, wird außerdem kontinuierlich in neue Rehabilitationstechnik investiert. Daneben wird die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt, wofür 2017 eigens eine Mitarbeiterin eingestellt wurde.

Vor dem Hintergrund des bundesweiten Pflegekräftemangels stehend sieht die Klinikleitung neben der Gewinnung von Pflegekräften als wichtigstes Ziel für die Zukunft die Stabilisierung und Festigung des hohen fachlichen und materiellen Niveaus der Klinik.

5. Quellen- und Literaturverzeichnis

5.1 Ungedruckte Quellen

5.1.1 Mündliche Quellen

Aussagen von Fritz Luckmann, Ortschronist der Stadt Schwaan, Bützower Str. 55b, 18258 Schwaan im Interview mit dem Autor, Interview vom 20.09.2011 in Schwaan, Notat im Besitz des Autors.

Aussagen der Eheleute Fritz und Gisela Wolbrink aus Schwaan, Bützower Straße 4 im Interview mit dem Autor, Interview vom 20.09.2011 in Schwaan.

Aussagen der ehemaligen Waldecker Krankenschwester Hanni Gallinat aus Schwaan im Interview mit dem Autor, Interview vom 12.04.2012 in Schwaan, Notat im Besitz des Autors.

Aussagen von Frau Dr. Erika Klie, der Tochter Heinz Meyers im Interview mit dem Autor, Interview vom Mai 2012 in Schwaan einschl. Einsichtnahme in private Dokumente Meyers (Reife-, und Studienzeugnis, Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Auszeichnungen, Zeitungsartikel der Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9), Notat und Kopien im Besitz des Autors.

Aussagen der ehemaligen Ökonomischen Direktorin der Heilstätte Waldeck, Inge Rodust im Interview mit dem Autor, Interview vom 16.04.2012 in Dummerstorf, Notat im Besitz des Autors

Aussagen der Geschäftsführerin der Fachklinik Waldeck, Silke von Lieven im Interview mit dem Autor, Interview vom 24.08.2018 in Waldeck; Notat im Besitz des Autors

Aussagen des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Dr. Jürgen Uerckwitz im Interview mit dem Autor, Interview vom 28.06.2015 in Besitz, Notat im Besitz des Autors.

Aussagen der Zeitzeugin Thea Ziemann, Interview vom September 2011 in Schwaan, Notat im Besitz des Autors.

Aussagen von Christian Zippel im Interview mit dem Autor, Interview vom 27.04.2013 in Berlin, Notat im Besitz des Autors.

5.1.2 Schriftliche Quellen

Erinnerungen der ehemaligen Waldecker Laborantin Johanna Haese, Notat im Besitz von Fritz Wolbrink, Notatkopie im Besitz des Autors.

Erinnerungsnotizen des ehemaligen Ärztlichen Direktors der Heilstätte, Jürgen Uerckwitz; Kopie im Besitz des Autors.

Erinnerungsnotizen des ehemaligen Bevollmächtigten der TMG für das Fachkrankenhaus Waldeck, Thomas von Lieven, Kopie im Besitz des Autors.

Fachklinik Waldeck: Bildmaterial der Fachklinik Waldeck zum Vortrag „100 Jahre Fachklinik Waldeck“ vom 03.09.2011 und zu Wandtafeln zur einhundertjährigen Geschichte der Fachklinik Waldeck 2011, Tafel 4.

Mach, Heike: Tabellarischer beruflicher Werdegang; Rostock, November 2018

Roth, Matthias: Tabellarischer Lebenslauf; Rostock, 03.12.2018.

5.1.3 Archivalien

Bundesarchiv Berlin

Reichsarztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands; ScanFile Retrieval v7.3;

Giercke, H., 1893

Hornig, Fritz, 1901

Mende, Heinrich, 1902.

Mitgliederkartei der Reichsärztekammer; ScanFile Retrieval v7.3;

Giercke, H., 1893.

Landeshauptarchiv Schwerin

5.2-1: Großherzogliches Kabinett III / Großherzogliches Sekretariat, Nr. 5907.

5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,...,

Nr. 10679, 10680, 10685, 10692, 10700, 10701, 10702.

5.12-7/9, Medizinalkommission zu Rostock, Nr. 144.

7.11-1, Bezirkstag / Rat des Bezirkes Schwerin, Nr. 168.

7.11-1, Bezirkstag / Rat des Bezirkes Schwerin, Nr. 35508 b.

7.11-1, Bezirkstag / Rat des Bezirkes Schwerin, Nr. 35663.

Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106,

Akte 3150, 3151, 3152, 3153, 3155, 3156, 3157, 3158.

Stadtarchiv Wismar

Kastenarchiv Techen, Aufruf zur Bildung eines Lungenheilstättenvereins, Rostock, Juli 1900.

Landesbibliothek Mecklenburg-Vorpommern Günther Uecker

Kreutzkamp, Hans: Die Strangdurchtrennung nach Jacobaeus, ihre Wirkung und Nebenwirkung;; Gütersloh i. Westf., 1939; in: Schwerin, Landesbibliothek Mecklenburg-Vorpommern, Sign.: Med. Diss Rostock

Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen

Hornig, Friedrich: Die Nebenwirkungen bei der Pneumencephalographie, Lebenslauf zur Dissertationsschrift; Breslau 1928; in: Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek, Sign. 8 Diss Med Breslau 1929, H-L, 28.

Mende, Heinrich: Ueber Polycythaemie mit myeloischer Leukaemie, Lebenslauf zur Dissertationsschrift; Breslau 1929; in: Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek, Sign. 8 Diss Med Breslau 1930, 37.

Universitätsbibliothek Rostock

Universitätsbibliothek Rostock, Mk-5398, Geschäftsbericht des Mecklenburgischen Landesvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Schwerin für das Jahr 1924, Schwerin 1925.

Universitätsarchiv Tübingen der Eberhard Karls Universität Tübingen

Plieniger, Theodor: Ein Fall von multipler Sklerose mit dem Zustandsbilde der Friedreichschen Ataxie, Lebenslauf zur Dissertationsschrift; Tübingen 1925; in: Studenten- und Promotionsakte der Eberhard Karls Universität Tübingen, Universitätsarchiv Tübingen, Sig. UAT 258/14257; UAT 126/86,11 Nr. 101; UAT 155/4507.

5.2 Gedruckte Quellen

Grundbuch von Niendorf, Blatt 29, Flurbuch-Abt. II, Nr. 1.

Klinikinformation Nr. 7 des Fachkrankenhauses Waldeck: Die flexibilisierte Rehabilitation durch eine komplexpauschalisierte Anschlussheilbehandlung im Reha-Zentrum Waldeck; Schwaan 31.01.2000.

Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur zeitgerechten, sachgerechten und wohnortnahen Rehabilitation, Waldeck 1993.

Konzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Vorbereitung der Privatisierung vom 01.08.1993.

Vorkonzept des Fachkrankenhauses Waldeck zur Schaffung einer vernetzten Rehabilitationskette im Rahmen des bestehenden, nicht vernetzten, sozialen Versorgungssystems, Schwaan 23.06.1996.

5.3 Forschungsliteratur

5.3.1 Printmedien

Beddies, Thomas und Dörries Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919 – 1960 (Abhandlungen der Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 91), Husum 1999.

Blanck, Georg, Wilhelmi, Axel, Willgeroth, Gustav: Die mecklenburgischen Aerzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Schwerin 1929.

Bobath, Berta: Die Hemiplegie Erwachsener. Befundaufnahme, Beurteilung und Behandlung. Stuttgart 1983.

Börner, Paul: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1929.

Ders: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1932.

Ders: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1935.

Ders: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 50. Jahrgang, Leipzig 1937.

- Condrau, Flurin: Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: Kritische Studien zur Gesellschaftswissenschaft, Band 137. Hrsg. von Helmut Berding, Jürgen Kocka, Hans-Peter Ullmann, Hans-Ulrich Wehler. Göttingen 2000.
- Doßmann, Wenzel: Architektur auf Zeit. Baracken, Pavillons, Container, Berlin 2006.
- Fürst, Moritz u. Windscheid, Franz: Handbuch der Sozialen Hygiene, Jena 1903-06.
- Grotjahn, Alfred, Kaup, Ignaz: Handwörterbuch der sozialen Hygiene. Leipzig 1912.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Beiheft 14. Hrsg. von Robert Jütte. Stuttgart 2000.
- Heller, Hiltrud: Die in der Heilstätte Waldeck von 1955-1966 behandelten Fälle von weiblicher Genital-Tuberkulose. Medizinische Dissertation, Rostock 1969.
- Herold, Gerd u. Mitarbeiter: Innere Medizin. Eine vorlesungsorientierte Darstellung unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges für die Ärztliche Prüfung. Köln 2015.
- Hommel, Gabriele, von Miquel, Marc (Hrsg.): Die vergessene Krankheit – Tuberkulose gestern und heute. Bochum 2010.
- Informationsheft der Tbc-Heilstätte Waldeck: Zur Verbesserung der Rehabilitation von Patienten mit Behinderungen nach Schlaganfällen; Anlage zum MMM-Objekt 1985 des Jugendkollektives der Station II; Schwaan 1985.
- Jaffke, Günter: Aus dem Leben des Dr. Heinz Meyer. Schweriner Volkszeitung Nr. 289 vom 7. Dezember 1979, S.9.
- Leistungsübersichts-Prospekt der Fachklinik Waldeck, Hrsg FuturaMed Gesellschaft für modernes Management im Gesundheitswesen mbH Sonthofen, Schwaan 1998.
- Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München 2004.
- Loddenkemper, Robert, Konietzko, Nikolaus, Seehausen, Vera (Hrsg.): Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus. Berlin 2018.
- Meyer, Beate: „Jüdische Mischlinge“. Rassenpolitik und Verfolgungserfahrungen 1933-1945. Hamburg 2002.
- Mosse, Max, Tugendreich, Gustav: Krankheit und soziale Lage. München 1913.
- Müller, Werner: Die Geschichte der SPD in Mecklenburg und Vorpommern. Bonn 2002.

- Planert, Ute: Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität. Göttingen 1998.
- Presber, Wolfgang: Rehabilitation in der DDR 1957–1984. 2. Teil – 1965–1984. Berlin 2001.
- Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage, Berlin 1998.
- Rössler, Rudolf et al.: Schätzung und Ermittlung von Grundstückswerten. Neuwied 1990.
- Sayk, Johannes: Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit: Ergebnisse vergleichender Untersuchungen. Jena 1960.
- Schacht, Alexander: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan. Mitteilungsblatt des Landkreises Bad Doberan, Heft 11 vom 05.11.2002.
- Ders.: Aus der Geschichte der Heilstätte Waldeck bei Schwaan. In: Bad Doberaner Jahrbuch, 8. Jahrgang 2001, Bad Doberan 2000.
- Ders.: Aus der Geschichte der Stadt Schwaan, Pkt. 68.1: 90 Jahre Fachklinik Waldeck – Ehrung von Sanitätsrat Dr. Friedr. Dittmann, Schwaan 2001.
- Schettler, Gotthard: Innere Medizin. Ein kurzgefasstes Lehrbuch. Band I. 7. Auflage. Stuttgart 1987.
- Schwalbe, Julius: Gesammelte Werke von Robert Koch. Unter Mitwirkung von G. Gaffky und E. Pfuhl. Bd. 1, Leipzig 1912.
- Sieber, Horst: Kampf der weißen Seuche. Zur Geschichte des Mecklenburgischen Landesvereins zur Gründung von Lungenheilstätten. In: Mecklenburgische Jahrbücher. 124. Jahrgang 2009.
- Steiniger, Gerhard: Der Regierungsbaumeister Paul Ehmig. In: Baumeister in Mecklenburg aus acht Jahrhunderten. Schwerin 1998, S. 210-214.
- Uerckwitz, Jürgen: Die Entwicklung der Tuberkulose-Heilstätte Waldeck zwischen dem VIII. und XI. Parteitag der SED, Bericht vom 08.12.1987 zum Stand der Arbeit zu Ehren des XI. Parteitages, Kopie im Besitz des Autors.
- Ders.: Vortrag zum 100-jährigen Bestehen der Klinik Waldeck; Waldeck 2011. Kopie im Besitz des Autors.
- Wilderotter, Hans, Dormmann, Michael (Hrsg.): Das große Sterben – Seuchen machen Geschichte. Ausstellung Deutsches Hygiene-Museum Dresden. 8.12.1995 bis 10.3.1996. Dresden 1995.
- Wolbrink, Fritz: Ein Leben für die Kranken in der Tbc-Heilstätte, Bützower Zeitung, Ausgabe Ostern 2011.

5.3.2 Internetseiten

Deutsche Wachkoma Gesellschaft: Neurologische Reha-Phasen.

In: Internetseite Deutsche Wachkoma Gesellschaft:

<https://www.schaedel-hirnpatienten.de/phasenmodell.html>. Abruf am 21.11. 2018.

Die Geschichte der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.

In: Internetseite Gesetzliche Krankenkassen

https://www.gesetzliche-krankenkassen.eu/geschichte_krankenversicherung.htm.

Abruf am 12.11. 2016.

DRG-Abrechnung neurologischer Frührehabilitation.

In: mydrg Fachportal – DRG-Forum Medizincontrolling

<https://www.mydrg.de/forum/index.php?thread/17364-neurologische-fruehrehabilitation-phase-b-8-552-x-anrechnung-von-administrativen/>. Abruf am 03.12. 2018.

Eppmann, Ralf: Rubrik Gesetzliche Krankenversicherung. Geschichte der Krankenversicherung.

In: Internetseite der IMV Internet Marketing Vertrieb. www.gesetzliche-krankenkassen.eu/geschichte_krankenversicherung.htm.

Abruf am 22.11.2016.

Guther, Max. Architekt.

In: Stadtlexikon Darmstadt; Rubrik G.

<https://www.darmstadt-stadtlexikon.de/g/guther-max.html>. Abruf am 12.09. 2018.

Statista GmbH: Entwicklung der Gesamtbevölkerung Deutschlands von 1871 bis 2015.

In: Internetseite Statista.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/>. Abruf am 12.11. 2016.

VAMED Klinik Geesthacht: Unsere Klinik im Portrait.

In: Internetseite: VAMED Klinik Geesthacht

<https://www.vamed-gesundheit.de/reha/geesthacht/unsere-klinik/geschichte/>. Abruf am 15.10.2018.

6. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Hauptgebäude - unmaßstäbliche Vorderansicht (Südansicht) sowie Grundrisse des Keller-, Erd- und Obergeschosses.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10679, Neunter Jahresbericht des MLV-LH vom 07.05.1910, Rostock 1910, S. 8-9
- Abbildung 2: Lungenheilstätte Waldeck - Ansicht Eingangseite (Südansicht), Stand 1911.
Quelle: Bildmaterial der Fachklinik Waldeck zum Vortrag „100 Jahre Fachklinik Waldeck“ vom 03.09.2011.
- Abbildung 3: Genesungsheim Waldeck nach Erweiterung 1929 – Teil der Südansicht mit Haupteingang.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 4: Genesungsheim Waldeck nach Erweiterung 1929 – Teil der Südansicht des Erweiterungsbaus mit Liegehallenanbau.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 5: Hauptgebäude, Liegehalle – Vorderansicht (Südseite) um 1930.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.
- Abbildung 6: Hauptgebäude, Eingangshalle des Haupteingangs mit Treppenhaus um 1930.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.
- Abbildung 7: Hauptgebäude, Kellergeschoss – Küchentrakt um 1930.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.
- Abbildung 8: Hauptgebäude – Speiseraum um 1930.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.
- Abbildung 9: Hauptgebäude – Patientenzimmer um 1930.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.
- Abbildung 10: Hauptgebäude – Patientenzimmer der Privatstation um 1930.
Quelle: LHA-SN, 5.12-7/1, Meckl.-Schwerinsches Ministerium für Unterricht, Kunst,..., Nr. 10702, Fotodokumentation Waldeck-Ausbau.
- Abbildung 11: Chefarzt-Wohnhaus, Erweiterungsplanung 1938 – Ansichten und Grundrisse.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.

- Abbildung 12: Ehemaliges Chefarzt-Wohnhaus – Nordansicht, Stand 2011.
Quelle: Fotodokumentation des Verfassers, Bilddatei in seinem Besitz.
- Abbildung 13: Ehemaliges Chefarzt-Wohnhaus – Nordostansicht, Stand 2011.
Quelle: Fotodokumentation des Verfassers, Bilddatei in seinem Besitz.
- Abbildung 14: Oberarzt-Wohnhaus, Erweiterungsplanung 1938 – Ansichten.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 15: Ehemaliges Oberarzt-Wohnhaus – Südostansicht, Stand 2011.
Quelle: Fotodokumentation des Verfassers, Bilddatei in seinem Besitz.
- Abbildung 16: Erweiterungsplanung 1938 – Ansicht von Südwesten.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 17: Erweiterungsplanung 1938 – Südansicht.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 18: Erweiterungsplanung 1938 – Südansicht mit einskizziertem Querflügel.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 19: Erweiterungsplanung 1938 – Grundriss Erdgeschoss.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 20: Erweiterungsplanung 1938 – Grundriss 1. Obergeschoss.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 21: Erweiterungsplanung 1938 – Grundriss 2. Obergeschoss.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 22: Erweiterungsplanung 1938 – Grundriss Kellergeschoss.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 23: Erweiterungsplanung 1938 – Schnitt Querflügel.
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.
- Abbildung 24: Erweiterungsplanung 1938: Wäschereigebäude mit 2 Wohnungen – Ansicht von Süden (oben) und Norden (unten).
Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.

Abbildung 25: Erweiterungsplanung 1938: Wäschereigebäude mit 2 Wohnungen – Ansicht von Osten (oben) und Westen (unten).

Quelle: LHA-SN, Mikrofilm LHAS 180012010002.87415.2 G1106, Akte 3150.

Abbildung 26: Hans-Walter Giercke (Aufnahme um 1961).

Quelle: Bildmaterial der Fachklinik Waldeck zum Vortrag „100 Jahre Fachklinik Waldeck“ vom 03.09.2011.

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Hans-Uwe Lammel für die Überlassung des Themas. Außerdem danke ich ihm und Herrn Dr. Jürgen Uerckwitz für die sehr hilfreiche Betreuung der Arbeit und die gezeigte große Geduld in der Zusammenarbeit mit mir.

Ein besonderer Dank gilt meinem Freund und ehemaligem Geschäftspartner Dr. Ing. Rudolf Strate, mit dem ich viele Jahre eng und erfolgreich zusammengearbeitet habe und den ich mit meinem Wechsel in die Medizin „alleingelassen“ habe.

Thesen

Bei der Bearbeitung des Themas der vorliegenden Arbeit, der Entstehung und Entwicklung der Fachklinik Waldeck von der Tuberkulose-Heilstätte zur Fachklinik für Rehabilitation neurologischer Erkrankungen, standen, wie bereits in der Einleitung erwähnt, neben den Punkten zur Gründung der Heilstätte usw. vor allem zwei Aspekte besonders im Fokus.

Der erste Aspekt beinhaltete natürlich den Prozess der völligen Neuorientierung der Klinik von der Tuberkulose-Heilstätte zur Fachklinik für neurologische Rehabilitation als bedeutender Schritt für die weitere Existenz der Klinik.

Der zweite Aspekt betraf die Situation der Heilstätte während des Nationalsozialismus und dabei insbesondere den Verbleib des dienstältesten Chefarztes der Heilstätte, Dr. Hans-Walther Giercke, der nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten die Heilstätte verließ und erst wieder im Oktober 1945 in seine Stellung zurückkehrte.

Ein dritter Aspekt beschäftigt sich mit der Frage einer möglichen Verstrickung der Heilstätte in die „Aktion T4“ während der Zeit des Nationalsozialismus.

Mit der Anfang der achtziger Jahre beginnenden Neuorientierung der Klinik von der Tuberkulose-Heilstätte zur Rehabilitationsklinik wurde schrittweise ein zweites therapeutisches „Standbein“ geschaffen, mit dem das Fortbestehen der Klinik gesichert werden konnte. Dazu, dass Waldeck ohne diesen Schritt tatsächlich zu einem Alten- bzw. Pflegeheim umgenutzt worden wäre, fanden sich in den genutzten Archiven keine Belege. Es bestand jedoch aufgrund mehrerer Faktoren tatsächlich ein zunehmender Bedarf an solchen Plätzen. Vor allem stieg die Lebenserwartung aufgrund des medizinischen Fortschritts einerseits und der immer besseren medizinischen Versorgung andererseits immer weiter an. Außerdem nahm die Anzahl alleinlebender Rentner aufgrund der in modernen Industriegesellschaften immer weniger existierenden Mehrgenerationsfamilien immer weiter zu. Durch die zunehmende Industrialisierung der Landwirtschaft nahm auch der Bedarf an landwirtschaftlichen Arbeitskräften ab, was zu einer zunehmenden Abwanderung junger Menschen in die Städte und Industriezentren und damit zu einer immer stärkeren Vergreisung der Dörfer führte.

Der bereits erwähnten medizinischen Fortschritt führte außerdem dazu, dass immer schwerere Erkrankungen und Verletzungen zunächst überlebt wurden, ohne dass jedoch die Gesundheit wieder so weit hergestellt werden konnte, dass ein anschließendes eigenständiges Leben und eine Selbstversorgung dieser Patienten wieder möglich war. Für solche Fälle entstand ebenfalls ein rasch zunehmender Bedarf an Pflegeheimen.

Die Möglichkeit, dass Waldeck aufgrund des immer weiter sinkenden Bedarfs an spezialisierten Tuberkulose-Krankenhäusern tatsächlich zu einem solchen Alten- bzw. Pflegeheim umgenutzt werden würde, war also tatsächlich gegeben. Belege dazu ließen sich jedoch, wie bereits erwähnt, nicht finden.

Aufgrund der ab Mitte der achtziger Jahre zunehmenden totalendoprothetischen Versorgung bei Hüft- und Kniegelenken erfolgte auch in Waldeck im Zuge der beginnenden Neuorientierung als anfängliche Erweiterung des Leistungsspektrums der Klinik die anschließende Rehabilitation solcher Patienten. Eine stärkere Fokussierung auf solche orthopädische Rehabilitation anstelle der neurologischen Rehabilitation wie beispielsweise bei den SANA Kliniken Sommerfeld bei Berlin, die aus der Tuberkulose-Heilstätte „Waldhaus Charlottenburg“ hervorgingen, wäre ebenfalls eine reale Option gewesen.

Die Ursache, dass es dazu letztlich nicht gekommen ist, wird hauptsächlich darin gelegen haben, dass Waldeck als einzige Klinik in den damaligen drei Nordbezirken Rostock, Schwerin und Neubrandenburg mit dem Leistungsangebot neurologischer Rehabilitation allein bereits ein so hohes Patientenaufkommen zu bewältigen hatte, dass für orthopädische Rehabilitations-Patienten schlichtweg keine Bettenkapazitäten mehr zur Verfügung standen.

Auch bei der Privatisierung der Klinik Anfang der neunziger Jahre wurde zwar die orthopädische Rehabilitation nach endoprothetischem Gelenkersatz in das anzubietende Leistungsspektrum aufgenommen, aufgrund des hohen Bedarfs an neurologischen Rehabilitationsbetten erfolgten jedoch keine orthopädischen Rehabilitationen mehr, so der ehemalige Ärztliche Leiter der Klinik, Uerckwitz, in einem Interview mit dem Autor. Außerdem habe sich schnell „herumgesprochen“, dass Waldeck ein Zentrum für neurologische Rehabilitation sei. Daneben habe sich auch schon früh eine enge Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Bad Doberan und dessen damaligen langjährigen Leiter Dr. Kupatz entwickelt, so Uerckwitz weiter. Man habe dann vor allem in der Anfangszeit nach der Privatisierung noch eintreffende Anfragen nach Aufnahme orthopädisch zu rehabilitierender Patienten weiter nach Bad Doberan verwiesen, da die dortige Reha-Klinik sich im Gegensatz zu Waldeck auf diese Rehabilitationen spezialisiert hatte. Im Gegenzug habe die Moorbadklinik Anfragen nach neurologischer Rehabilitation nach Waldeck verwiesen.

Der zweite Aspekt, die Situation der Heilstätte während des Nationalsozialismus, war vor allem aufgrund der schwierigen Quellensituation besonders interessant. Für die genauen Gründe, weshalb der damalige Chefarzt Dr. Hans-Walther Giercke, der nach den Nürnberger

Rassegesetzen aufgrund der jüdischen Herkunft seiner Mutter als „Mischling ersten Grades“ galt, seine Tätigkeit als Chefarzt der Heilstätte Waldeck aufgab, konnten, wie in der Arbeit beschrieben, in den zur Verfügung stehenden Archiven keine Hinweise gefunden werden. „Mischlinge ersten Grades“, die mit Juden verheiratet waren oder in einer jüdischen Gemeinde lebten, galten nach den Rassegesetzen zudem als „Geltungsjude“. Da jedoch Giercke wie sein Vater evangelischer Konfession war, nicht in einer jüdischen Gemeinde lebte und nicht mit einer Jüdin verheiratet war, galt er als „Halbjude“ bzw. als „jüdischer Mischling“. „Jüdischer Mischlinge“ waren weniger staatlichen Repressalien, wie beispielsweise hinsichtlich der Berufsausübung, ausgesetzt und konnten auch Anträge auf Besserstellung bzw. Befreiung von solchen, durch die Rassegesetze, insbesondere dem Reichsbürgergesetz bestehenden Einschränkungen stellen. Dabei wurden besondere Leistungen, wie die Teilnahme für Deutschland am Ersten Weltkrieg, besonders gewürdigt. Dazu kam, dass die gesamten Nürnberger Rassegesetze und die Vielzahl der ihnen folgenden Verwaltungsverordnungen auch in der Naziführung umstritten waren, da von vielen „Rassekundlern“ im Dritten Reich befürchtet wurde, bei einer zu strengen Definition bzw. Gesetzesauslegung insbesondere bei „Halb-“, und „Vierteljuden“, zuviel „arisches Blut“ und „rassisch wertvolles“ Erbmaterial an die „jüdische Rasse“ zu verlieren, was außerdem die Gefahr bergen würde, diese damit auch noch zu stärken. Zudem wurde aufgrund der Vielzahl der Verwaltungsverordnungen die Anwendung der Rassegesetze im Einzelfall oft schwierig, und es kam teilweise zu Widersprüchen bei der letztlichen Anwendung.

Der Vermerk in Gierckes Reichsarztregister-Auszug lautet „Mischling I. Gr. Li. A-R. Berlin v. 18.10.39“. Offenbar galt Giercke erst ab diesem Zeitpunkt amtlich als „Mischling“. Weiterhin ist er als Kriegsteilnehmer und Kriegsbeschädigter mit Rentenanspruch und evangelischer Konfession vermerkt. Ob diese Einträge, wie bereits in Abschnitt 2.6. erwähnt, als zumindest zusätzliche Gründe dafür anzusehen sind, dass Giercke die Zeit des Nationalsozialismus ganz offensichtlich ohne größere Repressalien überstand, kann, wie gesagt, nur vermutet werden.

Dazu kommt, dass er zwar im Laufe der Jahre in Berlin während der Nazi Herrschaft von der Kassenpraxis ausgeschlossen wurde, aber laut dem Reichsarztregister-Auszug aufgrund einer Rauschgiftsucht. Hinweise auf einen Kassenausschluss aufgrund der Rassengesetzgebung finden sich nicht. Gierckes Rauschgiftsucht ist im Abschnitt 2.6. weiter thematisiert. Dort ist auch weiter aufgeführt, dass Giercke ab dem 15. April 1943 Patient der Wittenauer Heilstätten in Berlin Reinickendorf gewesen war, wo u.a. auch Suchtkrankheiten behandelt wurden. Sehr wahrscheinlich wurde er dort wegen seiner Rauschgiftsucht behandelt. Ob er

eingewiesen wurde oder sich selbst eingewiesen hatte, ist nicht ersichtlich. Giercke hatte also offenbar nicht nur kaum unter den Rassegesetzen zu leiden, ihm wurde sogar noch eine Heilbehandlung zuteil, obwohl ab 1942 auch die Sanktionen gegen „jüdische Mischlinge“ verschärft wurden. Außerdem erfolgte diese Heilbehandlung auch noch in einer Anstalt, die in die Nazi-Mordaktion T4 verstrickt war und damit auch eng mit der Gestapo zusammengearbeitet haben muss, da die T4-Aktionen von dieser überwacht wurden. Es ist also auch sehr unwahrscheinlich, dass Giercke durch das staatliche Überwachungsnetz gefallen wäre.

Dass Giercke letztlich Waldeck verließ, wird aber dennoch höchstwahrscheinlich mit dem Inkrafttreten der Nürnberger Rassegesetze in Verbindung stehen. Möglicherweise wurde Giercke, der noch vor dem Verkauf der Heilstätte an die LVA aufgrund seiner Leistungen verbeamtet wurde, aufgrund des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“, das Juden und „jüdischen Mischlingen“ verbot, ein öffentliches Amt zu bekleiden, genötigt, seine Arbeit als verbeamteter Chefarzt in Waldeck nicht weiter auszuüben. Andererseits konnte wiederum kein Hinweis darauf gefunden werden, dass Giercke in der Folge in seiner Arbeit als niedergelassener Lungenfacharzt in Berlin aus „rassischen“ Gründen behindert wurde. Die wahrscheinlich einzige Einschränkung, die er dort erfuhr, lag wohl in seiner offensichtlichen Rauschgiftabhängigkeit begründet.

Eine dritte These beschäftigt sich mit einer Frage, die von verschiedenen Seiten an den Autor herangetragen wurde: Ob es Verbindungen zwischen der bereits erwähnten Nazi-Mordaktion „T4“ und der Heilstätte Waldeck gegeben hat.

Dazu kann gesagt werden, dass keine der zahlreichen, für die vorliegende Arbeit genutzten Quellen (Archivmaterial, Zeitzeugen usw.) irgendeinen Hinweis auf Verbindungen der Heilstätte zur „Aktion T4“ ergab. Dieses war ohnehin sehr unwahrscheinlich, da diese Aktion hauptsächlich in psychiatrischen Kliniken bzw. Einrichtungen durchgeführt wurde. Die „Aktion T4“, die übrigens zu keiner Zeit gesetzlich legitimiert war, konnte nie völlig geheim gehalten werden. Das hatte mit zunehmender Dauer auch eine Zunahme von Protesten von Angehörigen der Betroffenen und Kirchenvertretern zur Folge, so dass die Aktion im August 1941 beendet wurde. Die Ermordung geistig oder körperlich behinderter Kinder sowie die dezentrale Tötung einzelner Erwachsener wurde jedoch bis Kriegsende fortgeführt.

Es darf also angenommen werden, dass deshalb alle anderen Kliniken und Heilstätten allein schon aus Gründen der Reputation sehr darauf geachtet haben werden, dass sie nicht auch schon dem Verdacht ausgesetzt werden konnten, in irgendeiner Verbindung mit der „Aktion T4“ zu stehen.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass ich diese der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Rostock als Inauguraldissertation vorgelegte Arbeit

„Die Geschichte der Klinik Waldeck von der Tuberkulose-Heilstätte
zur Fachklinik für Medizinische Rehabilitation“

selbständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Die Arbeit ist weder in dieser noch in ähnlicher Form bei einer anderen Abteilung oder entsprechenden Einrichtung einer Hochschule eingereicht worden.

Henry Dethloff

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.