

»Die Arbeit des Arztes wird durch den Kriegsruf umgestaltet.«

Physische und psychische Belastungen von Ärzten¹ im Ersten und Zweiten Weltkrieg

Sebastian Wenger

Einleitung: Medizinischer Nationalismus und Kriegsbegeisterung

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand unter dem Eindruck der militärischen Siege der Bismarck-Ära und der Professionalisierung der Ärzteschaft ein »medizinischer Nationalismus«.² Dieser basierte auf einem biologistischen Weltbild sowie der Annahme der eigenen Überlegenheit und ging mit den imperialistischen Expansionsbestrebungen des Deutschen Reichs einher. Darüber hinaus äußerte er sich in einer neuen, auf das Kollektiv gerichteten »sozialen« Ethik. »Der Gedanke, es habe sich jeder Deutsche für seine Nation zu opfern«,³ wurde zur neuen Norm. In der Folgezeit breitete sich diese Geisteshaltung innerhalb des ärztlichen Berufsstandes aus. Doch

- 1 Lediglich zu Beginn des Ersten Weltkriegs war eine geringe Anzahl an Frauen als Ärztinnen im Heeresdienst tätig. Vgl. dazu Wolfgang U. Eckart, *Medizin und Krieg. Deutschland 1914–1924*, Paderborn 2014, S. 103. Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschieden, ausschließlich die männliche Form »Arzt« in diesem Aufsatz zu verwenden. Handelt es sich explizit um Frauen, wird die weibliche Form »Ärztinnen« verwendet.
- 2 Michael Hubenstorf, *Von der Medizinischen Reform zum »Leibregiment des Hauses Hohenzollern« – Ärzte, Krieg und Frieden im Jahre 1870/71*, in: Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 45–89, hier S. 56.
- 3 Esther Fischer-Homberger, *Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik*, in: Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 122–132, hier S. 128.

nicht nur der Nationalismus, sondern auch der Militarismus hinterließ in der Ärzteschaft seine Spuren. Dies artikulierte sich sowohl in einer uniformartigen Berufskleidung als auch in der Aus- und Weiterbildung der Mediziner. Nach der Einführung des hierarchischen Prinzips des Ober- und Unterarztes an der Preußischen Militärakademie Pépinière Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Ausbildung junger Ärzte auch in Deutschland nach militärischem Vorbild organisiert. Anfänglich nur in Berlin vorzufinden, verbreiteten sich diese militäranaloge Strukturen und Einstellungen zur ärztlichen Ausbildung rasch im ganzen Reich.⁴ In der Folge entstand ein spezifischer ärztlicher Habitus, der große Parallelen zu dem zur damaligen Zeit vorherrschenden Konzept hegemonialer Männlichkeit⁵ aufwies und von der Dominanz militärischer Wertvorstellungen geprägt war.⁶ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatten sich die Mediziner zu einer »politisch-ideologisch geeinten«⁷ Profession entwickelt. Ihre Haltung zum Ersten Weltkrieg war in den Worten des Medizinhistorikers Heinz-Peter Schmiedebach durch eine »rückhaltlose Kriegsbegeisterung charakterisiert«.⁸ Und auch nach dessen Ende blieb das militaristisch-nationalistische Wertesystem innerhalb der Ärzteschaft intakt.⁹ Gerade in Bezug auf die Erklärungsversuche für die Niederlage im

-
- 4 Sebastian Wenger, *Arzt – ein krank machender Beruf? Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert*, Stuttgart 2020, S. 41.
 - 5 Martin Dinges, Wandel der Herausforderungen an Männer und Männlichkeit in Deutschland seit 1930, in: Lothar Weißbach/Matthias Stiehler (Hg.), *Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit*, Bern 2013, S. 31–62.
 - 6 Sonja Levsen, *Elite, Männlichkeit und Krieg. Tübinger und Cambrider Studenten 1900–1929*, Göttingen 2006, S. 176ff.; George L. Mosse, *Das Bild des Mannes. Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit*, Frankfurt a.M. 1997, S. 185; Robert A. Nye, *The Legacy of Masculine Codes of Honor and the Admission of Women to the Medical Profession in the Nineteenth Century*, in: Ellen S. More/Elizabeth Fee/Manon Parry (Hg.), *Women Physicians and the Cultures of Medicine*, Baltimore 2009, S. 141–159, hier S. 143.
 - 7 Heinz-Peter Schmiedebach, Sozialdarwinismus, Biologismus, Pazifismus – Ärztstimmen zum Ersten Weltkrieg, in: Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 93–121, hier S. 93.
 - 8 Ebd.
 - 9 Livia Prüll, *Die Fortsetzung des Krieges nach dem Krieg oder: die Medizin im Ersten Weltkrieg und ihre Folgen für die Zwischenkriegszeit in Deutschland 1918 bis 1939*, in: Dies./Philipp Rauh (Hg.), *Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945*, Göttingen 2014, S. 126–152, hier S. 143ff.

Ersten Weltkrieg gingen Militarismus und Rassenhygiene in ärztlichen Debatten Hand in Hand. Infolgedessen wurden der Sozialdarwinismus und die »Ausmerze« schwacher Glieder des »Volkskörpers« (Sozialrassismus) in der Zeit der Weimarer Republik salonfähig.¹⁰ Im Jahr 1933 wandte sich schließlich in Form der »Selbstgleichschaltung« ein Großteil der Ärzte den neuen Macht-habern zu.¹¹ Fortan wollten und sollten sie nicht nur »Ideologielieferanten für sozialdarwinistisches und biologisches Gedankengut«¹² sein, sondern auch »aktive Träger der neuen Gesundheitspolitik«¹³ – dem Arzt sollte im NS-Staat die Rolle als »Gesundheitsführer« zukommen.¹⁴

Im Zuge der Wiedereinführung der allgemeinen Wehrpflicht im Jahr 1935 förderte die nationalsozialistische Regierung den Aufbau der Wehrmedizin und trieb die Militarisierung des Zivilarztes voran.¹⁵ Das Ziel war die Schaffung eines neuen Medizintypus, des »Arztsoldaten«.¹⁶ Diese Entwicklungen führten letztlich dazu, dass die Ärzte im Zweiten Weltkrieg ihr Handeln den »ideologisch und militärisch bedingten Leistungs- und Effizienzkriterien des Nationalsozialismus«¹⁷ weitgehend unterordneten.

Forschungsstand, zeitliche und räumliche Eingrenzung, Fragestellung und Quellen

Die deutsche Militärgeschichtsschreibung war jahrzehntelang auf das Erforschen von Feldzügen und militärischen Taktiken beschränkt. Erst zu Beginn

10 Babette Quinkert/Philipp Rauh, Philipp/Ulrike Winkler, Einleitung, in: Dies. (Hg.), *Krieg und Psychiatrie 1914–1950*, Göttingen 2010, S. 9–28, hier S. 18f.

11 Aaron Pfaff, *Geschichte der verfassten Ärzteschaft auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Baden-Württemberg von 1920 bis 1960*, Stuttgart 2024, S. 853.

12 Heinz-Peter Schmiedebach, *Der Arzt als Gesundheitsoffizier – die systematische Militarisierung der Medizin von 1933 bis zum Zweiten Weltkrieg*, in: Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 191–210, hier S. 195.

13 Ebd.

14 Ebd., S. 201f.

15 Prüll, Fortsetzung, S. 147ff.

16 Ebd., S. 137.

17 Peter Steinkamp, *Patientenschicksale und ärztliches Handeln im Zweiten Weltkrieg*, in: Livia Prüll/Philipp Rauh (Hg.), *Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945*, Göttingen 2014, S. 153–233, hier S. 229.

der 1990er Jahre fand ein Wandel statt. Das Feld öffnete sich für neue Themen, Methoden und Theorien. Im Vordergrund stand nunmehr eine »Militär-geschichte von unten«, die sich vermehrt mit der Geschichte der teilnehmenden Soldaten sowie der Zivilisten in der Heimat auseinandersetzte. Der Fokus lag zunächst auf dem Ersten Weltkrieg und dem Alltag der handelnden Akteure. Im Zuge dessen wurden neue Quellen wie etwa Feldpostbriefe erschlossen und es kam zum Aufbau neuer Forschungsbereiche. Dies führte dazu, dass in militärhistorischen Studien vermehrt kultur-, mentalitäts-, sozial-, alltags- und medizinhistorische Aspekte Eingang fanden. Diese Entwicklungen lassen sich etwas verzögert auch für die Forschung zum Zweiten Weltkrieg beobachten.¹⁸

Die Medizingeschichtsschreibung löste sich ebenfalls nur zögerlich von traditionellen Ansätzen. Erst in den ausgehenden 1980er Jahren befasste sich erstmals eine kritische Medizingeschichte mit dem Themenbereich »Medizin und moderner Krieg«.¹⁹ Hierbei wiesen Johanna Bleker und Heinz-Peter Schmiedebach insbesondere auf die »ethische Problematik einer potentiellen Unterstützung der Kriegsführung durch Mediziner«²⁰ hin. Im Zuge dessen entwickelte sich in den 1990er Jahren eine deutsche Militärmedizin-geschichte, die sich an kulturhistorischen Themenfeldern orientierte und die Ansätze einer »Militär-geschichte von unten« vielfach rezipierte.²¹ Eine der wichtigsten Arbeiten hierzu ist der von Wolfgang Uwe Eckart und Christoph Gradmann im Jahr 1996 herausgegebene Sammelband »Die Medizin und der Erste Weltkrieg«.²² Die darin enthaltenen Beiträge berücksichtigten neue Ansätze wie etwa die Mentalitätsgeschichte oder auch die historische Anthropologie und bildeten den Auftakt zu zahlreichen Studien aus unterschiedlichen Forschungsgebieten. Eine Analyse der militärmedizinischen Behandlungspraxis im Ersten und Zweiten Weltkrieg liefert die von Livia Prüll und Philipp Rauh im Jahr 2014 herausgegebene Veröffentlichung »Krieg und

18 Livia Prüll/Philipp Rauh, Militär und medikale Kultur in Deutschland 1914–1945. Eine Einleitung, in Dies. (Hg.), Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945, Göttingen 2014, S. 7–29, hier S. 16ff.

19 Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt a.M. 1987.

20 Prüll/Rauh, Einleitung, S. 20.

21 Ebd., S. 19f.

22 Wolfgang U. Eckart/Christoph Gradmann (Hg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg. Zweite Auflage, Herbolzheim 2003.

medikale Kultur«.²³ In dieser werden sowohl die Schicksale der Patienten als auch das ärztliche Handeln näher untersucht. Ein Desiderat der Forschung ist hingegen, wie sich die ärztliche Tätigkeit infolge moderner Kriege veränderte, welchen physischen und psychischen Belastungen Mediziner in der Heimat sowie an der Front ausgesetzt waren und wie sich diese auf die Gesundheit der Ärzte auswirkten.²⁴ Im Zentrum des Beitrages stehen deutsche Ärzte und ihre Tätigkeit im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Das Ziel ist es, unter Zuhilfenahme der Ansätze, Methoden und Fragestellungen aus der neueren Militärmedizin- und Militärgeschichtsschreibung einen ersten Überblick über die Ärztesundheit²⁵ im Zeitalter der Weltkriege zu geben und dadurch eine intensivere Auseinandersetzung mit einem bis dato in der Forschung kaum berücksichtigten Themenbereich anzustoßen.

Die Quellen für diesen Aufsatz setzen sich aus veröffentlichten und unveröffentlichten Selbstzeugnissen von Ärzten zusammen. Hierzu zählen Tagebücher, Autobiographien und Briefe. Diese stammen sowohl aus der Bibliothek des Institutes für Geschichte der Medizin (Bosch Health Campus) in Stuttgart als auch aus dem Deutschen Tagebucharchiv in Emmendingen (Dta Em). Ferner ergänzen Rundschreiben der Reichsärztekammer aus dem Archiv der Landesärztekammer Westfalen-Lippe (AdLÄKW) sowie Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt (DÄBl.) den Quellenkorpus.

Ärzte in der Heimat – Dauerbereitschaft und Personalmangel

Wie Wolfgang U. Eckart festgestellt hat, war »der Erste Weltkrieg [...] als moderner Massenkrieg auch der erste Krieg mit einer so großen ärztlichen Beteiligung bei allen Kriegsparteien, dass man fast schon von einem Krieg der Ärzte sprechen kann«.²⁶ Zwischen 1914 und 1918 befanden sich im Deutschen Reich von den etwa 34.000 Ärzten durchschnittlich 24.000 Ärzte jährlich im Heeresdienst. Davon standen zwei Drittel im Feld und ein Drittel arbeitete in der Hei-

23 Livia Prüll/Philipp Rau (Hg.), *Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945*, Göttingen 2014.

24 Lediglich bei Wenger, *Arzt*, finden sich Hinweise auf die Arbeitsbelastungen von Ärzten in Kriegszeiten.

25 Zu den unterschiedlichen Themenfeldern der Disziplin Ärztesundheit vgl. Wenger, *Arzt*.

26 Eckart, *Medizin*, S. 100.

mat. Hinzu kamen ca. 3.000 Ärzte, die für das Rote Kreuz tätig waren.²⁷ Die Einberufung eines Großteils der z.T. notapprobierten Ärzte führte im Ersten und in gesteigerter Form auch im Zweiten Weltkrieg dazu, dass sich die Zahl der niedergelassenen Mediziner in Deutschland verringerte, ihre Praxen geschlossen oder sie von jungen Assistenten aus den umliegenden Kliniken vertreten wurden.²⁸ Exemplarisch kann hier der Fall Heinz Reuters herangezogen werden. Im Alter von 26 Jahren hatte er aufgrund des kriegsbedingten Mangels an Ärzten in der Heimat sowie des damit verbundenen flächendeckenden Ausfalls des ärztlichen Notdienstes²⁹ zu jeder Tages- und Nachtzeit eine Vielzahl an Patienten zu behandeln und zu versorgen. Dies führte zu einer Überlastung des Mediziners.³⁰ Hinzu kam, dass sich der junge Arzt – wie viele seiner Kollegen auch – aufgrund seiner Unerfahrenheit im Umgang mit den Patienten und dem Mangel an medizinischen Kenntnissen überfordert fühlte.³¹ Im Jahr 1940 appellierte der stellvertretende Reichsärztführer Kurt Blome bei einer Kundgebung der niedersächsischen Ärzte in Hannover an die Bevölkerung, Rücksicht auf die niedergelassenen Ärzte zu nehmen: »Die Wartezimmer der Ärzte dürfen in Kriegszeiten nur von Patienten aufgesucht werden, die der Hilfe tatsächlich bedürfen.«³² Neben solchen Appellen an die Bevölkerung stellte die Reichsärztekammer den niedergelassenen Ärzten in der Heimat auch praktische Unterstützung in Form von Sprechstundenhelferinnen zur Seite. Dennoch erhöhte sich auch in den weiteren Kriegsjahren die Zahl der (Kassen-)Patienten aufgrund der Luftangriffe sowie der Hinzuziehung von Frauen und ungelernten Arbeitskräften zum Produktionsprozess stetig. Des Weiteren war es Ärzten möglich, eine Zusatzernährung aufgrund einer Erkrankung

-
- 27 Ebd., S. 101. Vgl. dazu Johanna Bleker, Einleitung. Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin, in: dies./Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 13–25, hier S. 15: Im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 gehörten dem ursprünglichen Sanitätscorps der deutschen Armee etwa 1.500 Ärzte an. Weitere 5.500 Zivilärzte wurden im Laufe des Krieges in die militärische Organisation integriert.
- 28 Eckart, *Medizin*, S. 102. Vgl. dazu Karl M., *Dta. Em* 2196,1, S. 25; Christian F., *Dta. Em* 1411,1, S. 5.
- 29 Zum ärztlichen Notfalldienst vgl. Gerhard Vogt, *Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein*, Köln 1998, S. 610.
- 30 Heinz R., *Dta Em*, 546,1, S. 29f.
- 31 Wenger, *Arzt*, S. 51.
- 32 Kurt Blome, Rücksicht auf die Belastung des Arztes nehmen, in: *Deutsches Ärzteblatt* (1940), S. 227.

zu gewähren. Dies war bei der Bevölkerung bekannt und führte dazu, dass die Wartezimmer häufig überfüllt waren. Die Versuche, den Patientenandrang in der Sprechstunde zu verringern, beispielsweise durch die Reglementierung von Attesten, scheiterten.³³ Die berufsspezifischen Belastungsfaktoren, die in den Sprechstunden sowie durch Hausbesuche in der Zeit des Ersten und Zweiten Weltkrieges entstanden, wurden von niedergelassenen (praktischen) Ärzten als hoch beschrieben. Die Entstehung von physischen oder psychischen Erkrankungen verbanden sie damit jedoch nur selten. Lediglich die Dauerbereitschaft in Form des nächtlichen Notfalldienstes sowie die Unerfahrenheit und der Mangel an Kenntnissen im Umgang mit Patienten fanden in diesem Zusammenhang Erwähnung. Diesbezüglich taten sich insbesondere Ärzte in ländlichen und strukturschwachen Regionen hervor, da diese die Versorgung der Patienten zumeist allein übernahmen.³⁴

Der Einsatz technischer und chemischer Waffen, der Schützengrabenkrieg sowie die Ausweitung des Krieges auf die »Heimatfront«³⁵ führten bereits zwischen 1914 und 1918 dazu, dass die Krankenhäuser in Kriegszeiten stark belegt und die Patienten zumeist schwer verwundete oder an psychischen Störungen (»Kriegsneurosen«) erkrankte Soldaten waren.³⁶ Durch die Einberufung einer Vielzahl an Assistenten stieg die Arbeitsbelastung für die in Deutschland verbliebenen Ärzte stetig an.³⁷ Die (Rahmen-)Bedingungen ärztlicher Tätigkeit waren auch im Zweiten Weltkrieg in vielen Krankenhäusern von Mangel geprägt. In der Frauenklinik der Universität Tübingen fehlte es beispielsweise an Kohle, um zu heizen. In der geburtshilflichen Abteilung musste daher zeitweise bei Temperaturen von zehn Grad Celsius operiert

33 Hans Löllke, Die Tätigkeit des Arztes in der Heimat als kriegsentscheidender Faktor, in: Deutsches Ärzteblatt (1943), S. 82: Die Atteste sollten nach den Angaben Löllkes nur dann ausgestellt werden, wenn sich der behandelnde Arzt in der gleichen Situation selbst als arbeitsunfähig einstufen würde.

34 Wenger, Arzt, S. 67f.

35 Susanne Michl, »Invaliden der Tapferkeit«. Kriegsangst in den Debatten deutscher und französischer Mediziner im Ersten Weltkrieg, in: Ute Caumanns/Fritz Dross/Anita Magowska (Hg.), Medizin und Krieg in historischer Perspektive. Beiträge der XII. Tagung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Düsseldorf 18.-20. September 2009, Frankfurt a.M. 2012, S. 312–320, hier S. 313.

36 Arthur B., Dta Em 726,3, S. 367. Vgl. dazu Hans-Georg Hofer, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien u.a. 2004, S. 382.

37 Wenger, Arzt, S. 74.

werden. Fließend warmes Wasser gab es nicht. Hinzu kam, dass die Operationen und Entbindungen immer wieder durch Luftalarme gestört wurden.³⁸ Darüber hinaus waren die in den Kliniken verbliebenen Mediziner bei der Versorgung der Kranken oftmals auf sich allein gestellt.³⁹ Zu ihrer Unterstützung standen ihnen lediglich Medizinstudierende zur Seite. Letztere ordinierten z.T. selbstständig und ohne Aufsicht. Der hohen Verantwortung fühlten sich viele von ihnen »keineswegs gewachsen«, ⁴⁰ so Werner Meinel, der zu Beginn des Zweiten Weltkrieges selbst als Medizinstudent in einem Klinikum in Dresden tätig war und später an der Ostfront als Truppenarzt fungierte. Berichte über die Entwicklung physischer und psychischer Krankheiten finden sich in diesem Zusammenhang – ähnlich wie bei ihren Kollegen in den Arztpraxen – kaum. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist, dass sich das soziale Feld der Klinik innerhalb des Untersuchungszeitraums als ein Ort mit beständigen hierarchischen Strukturen und begrenzten Handlungsmöglichkeiten für die einzelnen Akteure darstellte. Die Verhaltensweisen und Handlungsmuster der einzelnen Ärzte waren stark von dem innerhalb der professionellen Sozialisation verinnerlichten Habitus sowie den Erwartungen und Ansprüchen der Vorgesetzten, der Kollegen und der Patienten geprägt. Die Überschreitung von physischen und psychischen Grenzen in der Ausübung des Berufes, das Ignorieren von aufkommenden Krankheitssymptomen sowie die Aufrechterhaltung der Fassade der eigenen Unverwundbarkeit stellten zentrale Elemente dieses Selbstverständnisses dar und galten innerhalb der Klinikstrukturen – insbesondere in Kriegszeiten – als Norm.⁴¹

Ärzte an der Front – Der Krieg als »emotionale Extremerfahrung«⁴²

In einem seiner Briefe aus dem Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 schrieb der Chirurg Ernst von Bergmann: »Die Arbeit des Arztes wird durch den Kriegsruf umgestaltet. Schon sein verändertes Äußeres deutet das an.

38 August Mayer, 50 Jahre selbst erlebte Gynäkologie, München 1961, S. 35f.

39 Oswald Bumke, Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters. Zweite Auflage, München 1953, S. 76.

40 Werner M., Dta Em, 796,1, S. 143f.

41 Wenger, Arzt, S. 83f.

42 Michl, Kriegsangst, S. 313.

Der Frack des Medizinalrats ist in den Waffenrock des Oberstabsarztes verwandelt.«⁴³ Diese Transformation lässt sich in gesteigerter Form auch im Ersten und Zweiten Weltkrieg beobachten. Anders als in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden Berichte über eine »erholende Tätigkeit«⁴⁴ an der Front im Gegensatz zur anstrengenden ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis jedoch abgelöst von Schilderungen über hohe physische und psychische Belastungen. Diese sollten ab 1914 die Erzählungen über ärztliches Handeln an der Front prägen. Dort sahen sich Mediziner sowohl im Ersten als auch im Zweiten Weltkrieg vor z.T. neue, teilweise auch unlösbare Aufgaben gestellt.⁴⁵ Die medizinischen Versorgungseinrichtungen für Soldaten wurden in frontnahe Verbandplätze (»Orte des Grauens«),⁴⁶ Lazarette der Primärversorgung, Etappenlazarette und Heimatlazarette eingeteilt.⁴⁷ An den Verbandplätzen in unmittelbarer Nähe zur Front durften Frauen weder als Ärztinnen noch als Krankenschwestern tätig sein. Die Erstbehandlung der Verwundeten übernahmen somit ausschließlich Männer.⁴⁸ Nach dem »Sanitätsbericht über das Deutsche Heer im Weltkriege 1914/18« behandelten die Ärzte in allen Versorgungseinrichtungen etwa 13 Millionen Soldaten. Der Einsatz der Ärzte – diese waren als Sanitätsoffiziere Teil der militärischen Hierarchie⁴⁹ – richtete sich sowohl im Ersten als auch im Zweiten Weltkrieg am Bedarf aus und berücksichtigte nur selten die Fähigkeiten der jeweiligen Mediziner. Benötigt wurden zumeist Fachärzte, insbesondere Chirurgen. In beiden Weltkriegen wurden v.a. Schussverletzungen und Verwundungen durch Granatsplitter behandelt. Nicht alle Ärzte waren für die anfallenden Operationen hinreichend

43 Arend Buchholtz, Ernst von Bergmann. Mit Bergmanns Kriegsbriefen von 1866, 1870/71 und 1877, Leipzig 1911, S. 267.

44 Vgl. dazu die Aussagen Eduard Lehmanns zu seinem Einsatz im Deutschen Krieg von 1866 in Eduard L., Dta Em 3388,1, S. 9ff.: »Da die Strapazen des Krieges leicht wa Miren [mir leicht waren] im Vergleiche zu den übermenschlichen Anstrengungen, welche ich im Frieden Jahre hindurch gehabt hatte, so erholte ich mich in diesem Kriege zusehends und kehrte rüstig an Körper und Geist aus demselben [...] zurück.«

45 Eckart, Medizin, S. 100.

46 Ebd., 123.

47 Ebd.

48 Karlheinz Schneider-Janessen, Arzt im Krieg. Wie deutsche und russische Ärzte den zweiten Weltkrieg erlebten, Frankfurt a.M. 1993, S. 45.

49 Petra Peckl, Ärzte, Pflegekräfte, Soldaten – eine Skizze zu den Hauptakteuren in den deutschen Lazaretten im Ersten Weltkrieg, in: Caumanns/Dross/Magowska (Hg.), Medizin, S. 59–68, hier S. 68.

ausgebildet.⁵⁰ Dennoch wurde ein Großteil von ihnen für diese Behandlungen eingesetzt.⁵¹ Die Folge davon war eine medizinische Versorgung, die als »mitunter mangelhaft«⁵² beschrieben werden kann. Feldröntgengeräte, Medikamente und Wasser zum Waschen (der Hände)⁵³ gab es an der Front nur selten.⁵⁴ Daher war häufig Improvisation gefragt. Aus Baumstämmen und einer Zeltplane wurden Krankentragen gebaut, auf denen zuweilen auch die Operationen stattfanden. Die Möglichkeiten, die den Medizinern bei der Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung standen, bezeichnete der aus Dresden stammende Truppenarzt Werner Meinel als »lächerlich dürftig«.⁵⁵ Daran änderte nach seinen Worten auch »der kurze Leitfaden der Kriegschirurgie, den ich mir in Leipzig besorgt [hatte]«,⁵⁶ nichts. Ein Austausch über die Erfahrungen an der Front mit den Kollegen aus der Division war ebenfalls nur selten möglich. »Man war auf sich selber angewiesen, von den wenigen Merkblättern, vom Armeearzt übersandt, abgesehen.«⁵⁷ In den Lazaretten – diese befanden sich z.T. in Fabriken oder leer stehenden Gebäuden – sah die Situation nur bedingt anders aus. Der Krankentransport dorthin fand mit Zügen, Autos, Panzern und Flugzeugen statt und dauerte je nach Lage mehrere Tage.⁵⁸ Dies führte bei den Verletzten häufig zu Wundbrand und Wundliegen. Angekommen in den Sammelstellen war eine chirurgische Versorgung der Patienten – der Lazarettarzt Peter Stoll spricht hier rückblickend von einem Durchgang von etwa 1.000 Mann pro Tag⁵⁹ – in den meisten Fällen nicht möglich. Lediglich der Verband wurde gewechselt, da diese häufig von Parasiten, insbesondere Läusen, befallen waren.⁶⁰ Die Hauptaufgabe der Ärzte bestand im Ersten und insbesondere im Zweiten Weltkrieg in der Triage. Den Patienten mit Bauchschüssen wurde Morphinum verabreicht, um

50 Anita Magowska, Die berufliche Praxis polnischer Ärzte im Ersten Weltkrieg und der wissenschaftliche und organisatorische Fortschritt der Medizin in Polen 1918–1939, in: Caumanns/Dross/Magowska (Hg.), *Medizin*, S. 408–411, hier S. 408.

51 Peckl, *Ärzte*, S. 60ff.

52 Magowska, *Praxis*, S. 408.

53 Schneider-Janessen, *Arzt*, S. 394f.

54 Ebd., S. 45f.

55 Werner M., *Dta Em*, 796,1, S. 157f.

56 Ebd.

57 Ebd.

58 Schneider-Janessen, *Arzt*, S. 261.

59 Ebd., S. 222.

60 Magowska, *Praxis*, S. 408; Schneider-Janessen, *Arzt*, S. 120ff.

ihnen einen schmerzloseren Tod zu ermöglichen. Die Operation hätte, so die Begründung, bei der Vielzahl an Verwundeten zu lange gedauert und zu geringe Erfolgsaussichten gehabt. Im Zweiten Weltkrieg sollten Patienten mit Kopfverletzungen ausgeflogen werden.⁶¹ Im Sommer wurden die Verwundeten und Schwerverletzten auf den Verbandplätzen sowie in den Lazaretten z.T. »im Freien auf Stroh gelagert«.⁶² Im Winter war dies nicht möglich. Infolgedessen verbreitete sich in den Räumen ein Gestank »nach Blut und Schweiß, nach Medikamenten und Essensdunst«,⁶³ der nur schwer zu ertragen war. Darüber hinaus berichten einige Ärzte über den Lärm der Geschütze, den sie als besonders schlimm empfanden und der sie »mürbe«⁶⁴ machte.

Eine Folge davon war, dass gerade junge, z.T. notapprobierte Ärzte, die erstmalig an der Front eingesetzt wurden, psychische Störungen entwickelten. Der Mangel an medizinischen Kenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrung im Umgang mit den z.T. schwerverletzten Patienten löste bei vielen von ihnen – manche hatten noch nicht einmal das klinische Semester absolviert⁶⁵ – ein Gefühl der eigenen Ohnmacht aus.⁶⁶ Dies führte oft zu einem inneren Konflikt mit ihrem in der Sozialisation erworbenen Habitus und den dazugehörigen ärztlichen Leitbildern. Während einige von ihnen im Laufe des Krieges abstumpften, resignierten und einen Pragmatismus im täglichen Umgang mit Leid, Verlust und Tod entwickelten,⁶⁷ kam es in Kombination mit der Dauerbelastung, dem Platz- und Ärztemangel, dem Gestank, dem Lärm sowie der Angst, jederzeit selbst verwundet zu werden bzw. sterben zu können, bei vielen Ärzten zu einer »Zunahme und einer spezifischen Ausformung von psychischem Stress und Angstzuständen«.⁶⁸ Für die Zeit des Ersten Weltkrieges galt der »nervöse Erschöpfungszustand«, die »Neurasthenie«, bei Sanitätsoffizieren als »absolut nachgewiesen«.⁶⁹ Diese hatte sich seit den späten 1870er Jahren zu einem Massenphänomen bürgerlicher Schichten entwickelt und war zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch bei Ärzten und Offizieren häufig

61 Schneider-Janessen, Arzt, S. 120ff.

62 Ebd., S. 34.

63 Ebd., S. 394f.

64 Ebd., S. 138.

65 Ebd., S. 36.

66 Ebd., S. 50.

67 Ebd., 408.

68 Michl, Kriegsangst, S. 313.

69 Gundula Gahlen, Nerven, Krieg und militärische Führung. Psychisch erkrankte Offiziere in Deutschland (1890–1939), Frankfurt a.M. 2022, S. 348.

verbreitet. Die Diagnose der »Neurasthenie« nahm nach Hans-Georg Hofer eine »exkulpierende Funktion«⁷⁰ ein und sollte »die psychische Überforderung von Medizinstudenten, Ärzten und Offizieren«⁷¹ rechtfertigen, indem sie sich auf kollektive statt auf individuelle Erklärungsansätze für das Entstehen der Krankheit – anders als etwa bei der »Kriegsneurose«⁷² – konzentrierte.⁷³ Der ärztliche Umgang mit der Neurasthenie basierte in dieser Zeit auf der Vorstellung von der Endlichkeit der »Nervenkraft«, die u.a. durch eine Kur⁷⁴ wieder aufgefüllt werden könne.⁷⁵ Phasen der Erholung oder Pausen von der ärztlichen Tätigkeit gab es auf den Verbandplätzen und in den Lazaretten jedoch nur selten.

Die Belastungsspitzen – z.T. wurde »vierundzwanzig Stunden am Tag [...] operiert«⁷⁶ – waren auch für erfahrene Ärzte neu. Um ihre ärztliche Rolle dennoch zu erfüllen, ihre Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten und anfängliche Angstzustände zu unterdrücken, griffen viele Mediziner zu psychoaktiven Substanzen wie Koffein, Nikotin sowie Rauschgiften. Heinz Ott, der 1941 in einem Reservelazarett in Brest-Litowsk tätig war, berichtet: »Es gab Zeiten, in denen ich mehrere Nächte – tagsüber sowieso – durchgearbeitet hatte. Ich habe dann zeitweise mit gutem Erfolg Pervitin [Methamphetamin, S. W.] eingenommen. Manchmal ergab sich einfach keine Möglichkeit zu schlafen.«⁷⁷ Über die Situation von betäubungsmittelabhängigen Ärzten im Ersten Weltkrieg ist bislang nur wenig bekannt. In der zeitgenössischen Literatur findet sich lediglich der Hinweis, dass der Morphinismus während des Krieges zunahm. Dies lag v.a. an der häufigen Anwendung des Betäubungsmittels bei Verwundeten und an »der vermehrten Zahl der mit der Abgabe des Morphiums befaßten Personen«⁷⁸ sowie der damit verbundenen einfachen

70 Hofer, Nervenschwäche, S. 380.

71 Ebd.

72 Quinkert/Rauh/Winkler, Einleitung, S. 17.

73 Hofer, Nervenschwäche, S. 380.

74 Zu Genesungs- und Kurheimen für Ärzte vgl. Wenger, Arzt, S. 196ff.

75 Hofer, Nervenschwäche, S. 384; vgl. dazu auch Nils Löffelbein/Heiner Fangerau, Blitze, Funken, Sensationen. Sinnüberschuss und Sinnreduktion elektrischer Heilapparate in Deutschland 1750–1930. Stuttgart 2023.

76 Schneider-Janessen, Arzt, S. 37.

77 Ebd., S. 41.

78 Karl Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathologie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, in: Karl Bonhoeffer, Geistes- und Nervenkrankheiten, Erster Teil 1914/1918, hg. v. Karl Bonhoeffer (= Handbuch der Ärzt-

Verfügbarkeit. Im Zweiten Weltkrieg hingegen wurden rauschgiftsüchtige Ärzte im Sanitätsdienst der Wehrmacht zu einem derart großen Problem, dass sich die Leitung der Reichsärztekammer ihm annehmen musste. In einem Rundschreiben von 1941 wurde die sofortige Entlassung der »Sanitätsoffiziere d. B. [des Beurlaubtenstandes, S. W.], die innerhalb der letzten Jahre rauschgiftsüchtig gewesen sind«, ⁷⁹ gefordert, da rauschgiftsüchtige Ärzte, »selbst wenn sie mehrere Jahre suchtfrei gewesen sind, unter den besonderen Verhältnissen des Sanitätsdienstes bei der Wehrmacht in der Regel versagen«. ⁸⁰ Die aus der Wehrmacht entlassenen Ärzte sollten fortan in die zivilärztliche Versorgung eingegliedert werden. ⁸¹ Nur ein Jahr später, im November 1942, wurden die Leiter der Ärztekammern in einem Schreiben des Reichsgesundheitsführers Leonardo Conti dazu angehalten, »dem Morphinismus unter den Ärzten weiterhin ihre besondere Aufmerksamkeit zu schenken«. ⁸² In einem Rundschreiben der Reichsärztekammer vom 1. November 1943 finden sich schließlich explizit auf die Behandlung betäubungsmittelabhängiger Ärzte abzielende Richtlinien. Diese geben über die Art und die Dauer der Behandlung, die Möglichkeiten der Wiedereingliederung der Ärzte in ihren Beruf und deren Kontrolle durch die Reichsärztekammer Aufschluss. ⁸³

Ein standardisiertes Verfahren für Entziehungskuren gab es bereits seit den 1920er Jahren. Innerhalb der Heilanstalt wurde der Konsum zunächst vollständig unterbunden. Die Entziehung erfolgte durch eine Dauerschlafbehandlung mit »Luminal, Dial oder Pernocton unter Zugabe von Skopolamin«. ⁸⁴ Die Leberfunktionen sollten durch die tägliche Zufuhr von Traubenzucker und Insulin aufrechterhalten werden. Im Anschluss an diese Behandlung folgte eine Beschäftigungstherapie. Eine Substitution des Morphiums durch andere Präparate, wie beispielsweise Eukodal oder Eumekon, galt seit den 1930er Jahren als Kunstfehler. ⁸⁵ Die Entziehungskuren blieben

lichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918 4, hg. v. Otto von Schjerning), Leipzig 1922, S. 3–44, hier S. S. 23.

79 AdLÄKWL, Rundschreiben der Reichsärztekammer vom 26.08.1941.

80 AdLÄKWL, Rundschreiben der Reichsärztekammer vom 26.08.1941.

81 Ebd.

82 AdLÄKWL, Schreiben des Reichsgesundheitsführers vom 09.11.1942.

83 Ebd., Rundschreiben der Reichsärztekammer vom 01.11.1943.

84 Detlef Briesen, Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA. Ein historischer Vergleich, Frankfurt a.M./New York 2005, S. 76.

85 Ebd., S. 77.

jedoch in den meisten Fällen erfolglos. Die abhängigen Ärzte erlitten nicht selten einen Rückfall.⁸⁶

Inwieweit Ärzte infolge der Erfahrungen und Erlebnisse im Krieg Suizid begingen, lässt sich nur schwer beurteilen. Sebastian Wenger zeigt jedoch auf, dass Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen mit einem ähnlichen sozio-ökonomischen Status eine Prävalenz für den Suizid aufweisen.⁸⁷ Eine Statistik aus dem Ersten Weltkrieg – eine vergleichbare Auflistung für die Zeit von 1939 bis 1945 liegt nicht vor – weist darauf hin, dass von 24.798 Ärzten im Krieg 1.720 starben. Hiervon begingen wiederum 71 einen Suizid.⁸⁸ Im bereits oben erwähnten Sanitätsbericht wurde hierzu angemerkt, dass die Zahlen für einen Vergleich der einzelnen Dienstgrade zwar zu klein seien, eine größere Neigung zu Selbsttötungen aber bei Offizieren, Sanitätsoffizieren und Beamten gegenüber Unteroffizieren und Mannschaftssoldaten festzustellen sei. Insgesamt ist von einer hohen Dunkelziffer an Suiziden auszugehen, da die Todesfälle an der Front oft als Folge von Verwundungen oder Krankheiten ausgegeben wurden.⁸⁹

»Kontrollierte« Selbstverletzungen als letzter Ausweg?

Der Erste und der Zweite Weltkrieg waren ein wesentlicher Faktor für den Anstieg der Arbeitsbelastungen von Ärzten in den Praxen und Kliniken in Deutschland. Inwieweit diese Entwicklung mit einer Zunahme physischer und psychischer Erkrankungen bei Medizinern assoziiert werden kann, lässt sich anhand des vorliegenden Quellenmaterials nicht abschließend beurteilen, da kaum Aussagen von Ärzten zu diesen Themen existieren. Einiges deutet jedoch daraufhin, dass Ärzte aufgrund ihres Habitus gerade in Kriegszeiten ihre physischen und psychischen Grenzen überschritten und die Fassade der Unverwundbarkeit aufrechterhielten. Dies lässt sich auch auf die Ausübung ärztlicher Tätigkeit auf den Verbandplätzen und in den Lazaretten an der Front übertragen. Der Krieg war eine »emotionale Extremerfahrung«,⁹⁰ die sich bei vielen Ärzten in der Entwicklung psychischer Störungen und/oder

86 Wenger, Arzt, S. 142f.

87 Ebd., S. 162ff.

88 Schneider-Janessen, Arzt, S. 391.

89 Gahlen, Nerven, S. 467f.

90 Michl, Kriegsangst, S. 313.

einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen äußerte. Um weiteren Erlebnissen an der Front zu entgehen und als untauglich für den Wehrdienst eingestuft zu werden, waren Ärzte daher sogar bereit, ihre medizinischen Kenntnisse gezielt zur »kontrollierten« Verletzung/Manipulation ihres eigenen Körpers (Automutilation) einzusetzen und damit gegen ihre ethischen und moralischen Leitbilder zu verstoßen.⁹¹ Ein Beispiel hierfür war der oben bereits erwähnte Arzt Werner Meinel. Während eines Heimaturlaubes von der Ostfront im September 1943 löste er gemeinsam mit seiner Frau absichtlich eine Staphylokokkeninfektion in seinem Knie aus, mit dem Ziel ausgemustert zu werden. Die damit verbundenen Risiken waren hoch. So hatte die »Staphylococcus-aureus-Kultur [...] eine absolut reine«⁹² zu sein und es musste steril gearbeitet werden. Hinzu kam, dass sich »der Stichkanal beim Herausziehen der Nadel«⁹³ auf keinen Fall infizieren durfte. »Eine Mischinfektion oder eine sichtbare Stichstelle hätte uns beide dem Henker ausgeliefert.«⁹⁴ Bei dem Vorgehen handelte es sich um Hochverrat, der mit dem Tod bestraft wurde. Die Unternehmung glückte und Meinel wurde als untauglich eingestuft. Dadurch entging er einem weiteren Einsatz an der Ostfront und damit dem Tod.⁹⁵ Die gesundheitlichen Folgen des Eingriffs waren jedoch gravierend. Nach anfänglichem Fieber und einem Erguss am Knie musste Meinel mehrere Wochen im Krankenhaus verbringen. Erst Monate später war es ihm wieder möglich, mit seinem »steifen rechten Bein«⁹⁶ zu stehen und auf Krücken zu gehen. Zu diesem Zeitpunkt wog Meinel nur noch 43 Kilogramm. Darüber hinaus entwickelte er in Folge seiner Behandlung eine Sucht nach Morphinum, die ihn auch die folgenden Jahre begleiten sollte.⁹⁷ Erst als diese überwunden war, hatte er »den ganzen Preis dafür entrichtet«⁹⁸, dass er und seine Frau »zusammen überleben konnten«.⁹⁹

91 Innerhalb der Truppe war die Selbstverstümmelung, der sogenannte »Heimatschuss«, ebenfalls ein bewährtes Mittel, um sich der weiteren Teilnahme am Krieg zu entziehen.

92 Werner M., Dta Em, 796,1, S. 171.

93 Ebd.

94 Ebd.

95 Ebd., S. 173. Im Sommer 1944 starben alle aus seiner Division an der Beresina.

96 Ebd.

97 Ebd., S. 173.

98 Ebd.

99 Ebd.

Literaturverzeichnis

- Anonym, Chronik der Familie Lehmann, zusammengetragen, abgeschrieben, erläutert und nach Dokumenten ergänzt von Hermann Walther-Lehmann, Heidelberg 2014.
- Bleker, Johanna, Einleitung. Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin, in: Bleker/Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg*, S. 13–25.
- Bleker, Johanna/Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987.
- Blome, Kurt, Rücksicht auf die Belastung des Arztes nehmen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 70 (1940), S. 227.
- Bonhoeffer, Karl, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathologie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, in: *Geistes- und Nervenkrankheiten, Erster Teil 1914/1918*, hg. v. Karl Bonhoeffer (= *Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914/1918* 4, hg. v. Otto von Schjerning), Leipzig 1922, S. 3–44.
- Briesen, Detlef, Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA. Ein historischer Vergleich, Frankfurt a.M./New York 2005.
- Buchholtz, Arend, Ernst von Bergmann. Mit Bergmanns Kriegsbriefen von 1866, 1870/71 und 1877, Leipzig 1911.
- Bumke, Oswald, *Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters*. 2. Auflage, München 1953.
- Caumanns, Ute/Dross, Fritz/Magowska, Anita, *Medizin und Krieg in historischer Perspektive*. Beiträge der XII. Tagung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Düsseldorf 18.–20. September 2009, Frankfurt a.M. 2012.
- Dinges, Martin, Wandel der Herausforderungen an Männer und Männlichkeit in Deutschland seit 1930, in: *Männergesundheitsbericht 2013*. Im Fokus: Psychische Gesundheit, hg. v. Lothar Weißbach und Matthias Stiehler, Bern 2013, S. 31–62.
- Eckart, Wolfgang U./Gradmann, Christoph (Hg.), *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*. 2. Auflage, Herbolzheim 2003.
- Eckart, Wolfgang U., *Medizin und Krieg. Deutschland 1914–1924*, Paderborn 2014.
- Eckelmann, Christine/Hoesch, Kristin, Ärztinnen – Emanzipation durch den Krieg?, in: Bleker/Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg*, S. 153–170.
- Fischer-Homberger, Esther, Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, in: Bleker/Schmiedebach (Hg.), *Medizin und Krieg*, S. 122–132.

- Gahlen, Gundula, Nerven, Krieg und militärische Führung. Psychisch erkrankte Offiziere in Deutschland (1890–1939), Frankfurt a.M. 2022.
- Hofer, Hans-Georg, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien u.a. 2004.
- Hubenstorf, Michael, Von der Medizinischen Reform zum »Leibregiment des Hauses Hohenzollern« – Ärzte, Krieg und Frieden im Jahre 1870/71, in: Bleker/Schmiedebach (Hg.), Medizin und Krieg, S. 45–89.
- Laufs, Bernd P., Dr. Ottmar Kohler 1908–1979 – Der Arzt von Stalingrad, in: Caumanns/Dross/Magowska (Hg.), Medizin und Krieg, S. 222–228.
- Levsen, Sonja, Elite, Männlichkeit und Krieg. Tübinger und Cambridger Studenten 1900–1929, Göttingen 2006.
- Löffelbein, Nils/Fangerau, Heiner, Blitze, Funken, Sensationen. Sinnüberschuss und Sinnreduktion elektrischer Heilapparate in Deutschland 1750–1930, Stuttgart 2023.
- Löllke, Hans, Die Tätigkeit des Arztes in der Heimat als kriegsentscheidender Faktor, in: Deutsches Ärzteblatt 73 (1943), S. 82.
- Magowska, Anita, Die berufliche Praxis polnischer Ärzte im Ersten Weltkrieg und der wissenschaftliche und organisatorische Fortschritt der Medizin in Polen 1918–1939, in: Caumanns/Dross/Magowska (Hg.), Medizin und Krieg, S. 408–411.
- Mayer, August, 50 Jahre selbst erlebte Gynäkologie, München 1961.
- Michl, Susanne, »Invaliden der Tapferkeit«. Kriegsangst in den Debatten deutscher und französischer Mediziner im Ersten Weltkrieg, in: Caumanns/Dross/Magowska (Hg.), Medizin und Krieg, S. 312–320.
- Mosse, George L., Das Bild des Mannes. Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit, Frankfurt a.M. 1997.
- Nye, Robert A., The Legacy of Masculine Codes of Honor and the Admission of Women to the Medical Profession in the Nineteenth Century, in: Ellen S. More/Elizabeth Fee/Manon Parry (Hg.), Women Physicians and the Cultures of Medicine, Baltimore 2009, S. 141–159.
- Payr, Erwin, Am Wege. Erinnerungen und Betrachtungen eines Chirurgen. Aus dem Nachlass, hg. von Joachim Krebs, Leipzig/Berlin/Heidelberg 1994.
- Peckl, Petra, Ärzte, Pflegekräfte, Soldaten – eine Skizze zu den Hauptakteuren in den deutschen Lazaretten im Ersten Weltkrieg, in: Caumanns/Dross/Magowska (Hg.), Medizin und Krieg, S. 59–68.
- Pfaff, Aaron, Geschichte der verfassten Ärzteschaft auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Baden-Württemberg von 1920 bis 1960, Stuttgart 2024.

- Prüll, Livia, Die Fortsetzung des Krieges nach dem Krieg oder: die Medizin im Ersten Weltkrieg und ihre Folgen für die Zwischenkriegszeit in Deutschland 1918 bis 1939, in: Prüll/Rauh (Hg.), Krieg und medikale Kultur, S. 126–152.
- Prüll, Livia/Rauh, Philipp (Hg.), Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945, Göttingen 2014.
- Prüll, Livia/Rauh, Philipp, Militär und medikale Kultur in Deutschland 1914–1945. Eine Einleitung, in: Prüll/Rauh (Hg.), Krieg und medikale Kultur, S. 7–29.
- Quinkert, Babette/Rauh, Philipp/Winkler, Ulrike, Einleitung, in: dies. (Hg.), Krieg und Psychiatrie 1914–1950, Göttingen 2010, S. 9–28.
- Schmiedebach, Heinz-Peter, Der Arzt als Gesundheitsoffizier – die systematische Militarisierung der Medizin von 1933 bis zum Zweiten Weltkrieg, in: Bleker/Schmiedebach (Hg.), Medizin und Krieg, S. 191–210.
- Schmiedebach, Heinz-Peter, Sozialdarwinismus, Biologismus, Pazifismus – Ärztstimmen zum Ersten Weltkrieg, in: Bleker/Schmiedebach (Hg.), Medizin und Krieg, S. 93–121.
- Schneider-Janessen, Karlheinz, Arzt im Krieg. Wie deutsche und russische Ärzte den zweiten Weltkrieg erlebten, Frankfurt a.M. 1993.
- Steinkamp, Peter, Patientenschicksale und ärztliches Handeln im Zweiten Weltkrieg, in: Prüll/Rauh (Hg.), Krieg und medikale Kultur, S. 153–233.
- Vogt, Gerhard, Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein, Köln 1998.
- Wenger, Sebastian, Arzt – ein krank machender Beruf? Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert, Stuttgart 2020.