

Diagnosen, die Geschichte schreiben: fern- und retrospektive Diagnosen am Beispiel Wilhelms II. und Adolf Hitlers im medialen und (erinnerungs-)politischen Diskurs

Mathias Schmidt, David Freis, Saskia Wilhelmy

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Schmidt, Mathias, David Freis, and Saskia Wilhelmy. 2026. "Diagnosen, die Geschichte schreiben: fern- und retrospektive Diagnosen am Beispiel Wilhelms II. und Adolf Hitlers im medialen und (erinnerungs-)politischen Diskurs." *Medien & Zeit: Kommunikation in Vergangenheit Und Gegenwart* 41 (1): 19–31. <https://doi.org/10.25365/mz-2026-41-1-3>.

Diagnosen, die Geschichte schreiben

Fern- und retrospektive Diagnosen am Beispiel Wilhelms II. und Adolf Hitlers im medialen und (erinnerungs-)politischen Diskurs

MATHIAS SCHMIDT, DAVID FREIS & SASKIA WILHELMY

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen

Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Universität Augsburg

Institut für Geschichte der Medizin, TU Dresden

Abstract

Der vorliegende Beitrag analysiert kritisch die Praxis retrospektiver und Ferndiagnosen historischer Persönlichkeiten am Beispiel von Kaiser Wilhelm II. und Adolf Hitler. Ausgangspunkt ist die methodische Kritik, dass solche Diagnosen auf fragmentarischen, subjektiven und kontextabhängigen Quellen beruhen und moderne Krankheitskonzepte unzulässig in die Vergangenheit projiziert werden. Medizinische Diagnosen sind zeitgebunden und spiegeln nicht nur den Stand des medizinischen Wissens, sondern auch politische, kulturelle und gesellschaftliche Deutungsmuster wider. Anhand der vielfältigen Diagnosen Wilhelms II. und Adolf Hitlers wird gezeigt, dass diese häufig zur Klärung der Kriegsschuldfrage, zur Legitimation politischer Positionen, zur „Dämonisierung“ oder auch zur Entlastung der eigenen Person oder der deutschen Gesellschaft herangezogen wurden. Grundlage bilden hierbei oftmals Gerüchte oder ideologisch geprägte Interpretationen, wodurch widersprüchliche Narrative entstanden sind. Letztlich bieten retrospektive und Ferndiagnosen keinen belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Vielmehr vereinfachen sie komplexe historische Prozesse und fördern monokausale Erklärungen, wodurch Verantwortung relativiert wird. Aus methodischer und ethischer Perspektive sind sie daher als problematisch und unwissenschaftlich abzulehnen.

Keywords: Retrospektive Diagnose, Ferndiagnose, Goldwater Rule, Krankheitskonzepte, Psychopathologisierung, Deutsches Reich, Nationalsozialismus, Medizingeschichte, Medizinethik

Veröffentlichungen und Expertenmeinungen über die Krankheiten verstorbener historischer Persönlichkeiten oder das vermeintlich psychisch auffällige Verhalten von Personen des öffentlichen Lebens erregen oftmals große öffentliche Aufmerksamkeit. Solche „Gutachten“ werden herangezogen, um beispielsweise, die Genialität oder Bösartigkeit von (historischen) Personen zu erklären. Heilige, Helden, römische Caesaren, Politiker, Diktatoren, Dichter, Komponisten und sogar mythische Gestalten werden dabei argumentativ erhöht, erklärbar gemacht oder politische wie militärische Gegner als amtsunfähig gebrandmarkt. Diese Fern- wie auch retrospektive Diagnosen werden seit einigen Jahren von der medizinhistorischen Forschung aufgrund ihrer unwissenschaftlichen Methodik erheblich kritisiert.

Vor dem Hintergrund des sich verstärkenden Rechtspopulismus und den wirtschaftlichen wie militärischen Krisen weltweit erleben auch die Ferndiagnosen neuen Aufwind. Zahlreiche Journalist:innen und Intellektuelle greifen auf psychiatrische und psychoanalytische Konzepte zurück, um die Entscheidungen und das Handeln von autoritären Herrschern und Diktatoren versteh- bzw. erklärbar zu machen und Politiker:innen nutzen diese Konzepte zur Abwertung ihrer politischen Gegner:innen oder Konkurrent:innen (Pomerantsev, 2015). So fanden bereits in der ersten Amtszeit von Donald Trump Spekulationen über seinen mentalen Zustand Eingang in große US-Zeitungen und -Magazine sowie in zahlreiche Bestseller (Frances, 2017; Lee, 2017; McCarthy, 2017). Dabei gibt es eigentlich hinreichend Gründe, weder eine retrospektive noch

eine Ferndiagnose zu stellen.

Dieser Beitrag widmet sich in einem ersten Abschnitt kritisch der retrospektiven bzw. Ferndiagnose und zeigt die damit verbundenen Probleme und Grenzen auf. Beispielformhaft werden anschließend die gängigen Theorien über den Gesundheitszustand von Kaiser Wilhelm II. und Adolf Hitler skizziert sowie die damit verbundenen Intentionen der jeweiligen Urheber:innen und Autor:innen. Dabei sollen die aus diesen fragwürdigen Diagnosen resultierenden Konsequenzen bewertet werden sowie die politischen und ethischen Implikationen. Die Diskussionen um die Krankheiten und die Zurechnungsfähigkeit der beiden Herrscher Wilhelm und Adolf Hitler sagen weniger über deren tatsächliche Gesundheit aus als vielmehr über den politischen Standpunkt der jeweiligen Autor:innen sowie die zeitgenössischen erinnerungskulturellen Praktiken und Konzepte (Schivelbusch, 2003; Freis, 2018a; Schmidt et al., 2019).

Das Problem von retrospektiven und Ferndiagnosen

Die Aufgabe der Geschichtswissenschaft ist die bestmögliche Rekonstruktion und Analyse vergangener Ereignisse, Gesellschaften und Biografien anhand der historisch-kritischen Methode. Zu diesem Zweck greift sie auf überlieferte Originalunterlagen, Artefakte und zeitgenössische Darstellungen zurück, die einer quellenkritischen Analyse unterzogen und vor dem historischen Kontext verortet

werden. Insbesondere die Möglichkeit zur Rekonstruktion von Krankengeschichten und des Krankheitsverlaufs sind dabei aber beschränkt: Für Infektionskrankheiten gilt seit Ende des 19. Jahrhunderts, dass ein bestimmter nachweisbarer Erreger eine bestimmte Infektionskrankheit auslösen kann (sogenannte Erreger- bzw. Henle-Koch Postulate)¹ (Cunningham, 1992). Aber es ist heute in der Regel nicht mehr möglich, herauszufinden, an welcher Krankheit eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt gelitten hat bzw. woran diese genau verstorben ist – und wenn überhaupt können wir anhand der Quellenlage lediglich bestimmen, welche Diagnose die Zeitgenoss:innen stellten. Eine Diagnose ist deshalb immer vor dem Kontext ihrer Entstehung und dem Wissensstand der jeweiligen Zeit zu betrachten. Relevant sind hier erstens die Schilderungen der erkrankten Person, zweitens die Möglichkeiten und Kompetenzen des Diagnostikers inklusive der Qualität der Untersuchung, drittens die zu der Zeit bekannten und definierten Krankheiten mit den zugeordneten Symptomen und schließlich viertens die uns überlieferten Informationen. Nicht alles wird aufgeschrieben und die Niederschrift in einer Akte spiegelt immer das subjektive Empfinden und Beobachten des Diagnostikers wider. Insbesondere Beschreibungen von menschlichem Verhalten und von Symptomen hängen immer von den wissenschaftlichen Standards sowie vorherrschenden Werten, Normen und Begriffen ab. Besonders psychische Erkrankungen sind also vielmehr als „soziale Konstruktionen“ und Zuschreibungen zu betrachten (Tighe, 1992; Brown, 1995; Kleinman, 1988a; McNeill, 1986; Kleinman, 1988b). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Kultur, Umwelt, Hygiene, Ernährung, das Selbstverständnis und Menschenbild und viele andere Faktoren Einfluss auf die Entstehung, Zuschreibung und Verbreitung von Krankheiten nehmen können (Kohut, 1986, 340; Hardy, 2009).

Krankheit muss also nicht nur als ein biologisches, sondern auch als ein soziales Ereignis betrachtet werden, das durch die Deutungsmacht der Medizin zu einem behandlungswürdigen Zustand wird. Die Diagnose selbst ist eine Festlegung innerhalb dieses Systems und ist bezogen auf ein Krankheitsbild oder eine nosologische Krankheitseinheit – sie bestimmt, ob der individuelle Zustand einer Person behandlungsbedürftig ist und nimmt die konkrete Bestimmung von Krankheit bzw. die Trennung von krank und gesund vor (Schramme 2013; Hess, 1993; Dross & Metzger 2018). Diese Feststellung sagt jedoch nichts über den individuell empfundenen oder nach außen wahrnehmbaren Krankheitswert sowie über die Beeinträchtigung der betroffenen Person aus (Hucklenbroich, 2013). Es ist selbst mit Aussagen der Erkrankten schwierig bis unmöglich nachzuvollziehen und zu beurteilen, wie sich

eine Krankheit auf die Person, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung, ihr Denken, Handeln und Fühlen auswirkt. Nicht nur die Schwere der Symptome, sondern auch der Umgang mit der Erkrankung ist stets subjektiv und darüber hinaus von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Bei psychischen Erkrankungen ist dies noch wesentlich schwieriger als bei Infektionskrankheiten. Dies macht sie umso anfälliger für Spekulationen, Legendenbildung und Verschwörungstheorien. Bei psychischen Erkrankungen ist zudem zu beachten, dass erst mit der Einführung der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-6, 1948) international einheitliche Diagnosekriterien etabliert wurden – allerdings ohne dass diese in ihrer Genauigkeit mit laborgestützten Diagnosen vergleichbar wären (Shorter, 2005, 9–10; Berrios & Porter, 1995, 17; Frances, 2013). Grundsätzlich gilt deshalb, dass Krankheitsbeschreibungen und auch Diagnosen subjektiv sowie zeit- und kontextabhängig sind.

Die psychische Konstitution und den Krankheitswert bei einem verstorbenen Menschen zu rekonstruieren, setzt deshalb voraus, Diagnosen vor dem Hintergrund der jeweiligen Epoche und des sozialen Umfelds zu interpretieren und damit das Feld der Spekulation zu betreten. Das schließt Ex-post-Diagnosen nicht unbedingt aus – stellt aber die Interpretationen unter einen gewissen Vorbehalt (Manuel, 1971). Darüber hinaus kann die Identifizierung einer Krankheit anhand von Quellen bestenfalls so gut sein wie die Quelle selbst. Alle Aspekte historischer Texte und Bilder müssen kritisch hinterfragt werden: der:die Autor:in, sein:ihr Hintergrund, der Zweck des Textes, die Konsistenz der Beschreibung von Symptomen usw. (Karenberg, 2009; Leven, 2004, 373; Jones & Nevell, 2016; Goubert, 1987; Goodey, 2011; Jones, 2006; Leven, 1998; Arrizabalaga, 2002; Karenberg, 2009, 142). Geschriebene Texte, v.a. aber Erinnerungsliteratur und Memoiren sind keine objektiven Quellen für die Rekonstruktion von Krankheiten bzw. die Diagnosestellung – ganz abgesehen davon, dass Texte auch in bewusst manipulativer Absicht verfasst sein können. So dienten beispielsweise die Beschreibungen von Wunderheilungen häufig dazu, religiöse Überzeugungen zu stärken oder finanzielle Interessen zu verfolgen. Die Beschreibung von Leiden konnte einerseits als Zeichen der Sünde, andererseits aber auch als Zeichen der christlichen Spiritualität und Heiligkeit verwendet werden (Bynum, 1997; Rüth, 2011; Finucane, 1975). Daher sind insbesondere historische Beschreibungen von Symptomen und Diagnosen mit Vorsicht zu interpretieren.

Eine Projektion der heutigen Krankheitskategorien und Definitionen in die Vergangenheit ist daher eine unzulässige Vereinfachung und ein Anachronismus (Karenberg, 2009; Leven, 2004; Goubert, 1987; Krischel, 2019). Deshalb sollte in der Regel die Frage, die unser Wissen über Geschichte und historische Ereignisse erweitert, nicht lauten: „Hat er es getan, weil er krank war?“, sondern: „Was hat er getan?“, „Wie hat er es getan?“ und „Was sind die Konsequenzen?“ (Trevor-Roper, 1953; Novak, 2006, 161).

Als ebenso methodisch kritisch wie unethisch gilt die so-

¹ Damit ein bestimmter Erreger als Ursache einer bestimmten Krankheit gelten kann, sollte er 1) mikroskopisch nachweisbar und identifizierbar sein, 2) nach Entnahme aus dem erkrankten Körper in einer Kultur oder einem Versuchstier zu züchten sein, 3) bei der Übertragung der so gezüchteten Mikroorganismen in einen neuen Wirt diese Krankheit wieder auslösen und 4) nach einer erneuten Entnahme aus dem selbst infizierten Wirt erneut nachweisbar, d.h. zu züchten sein.

genannte Ferndiagnose. 1964 befragte das US-Magazin „Fact“ Psychiater:innen zu ihrer Einschätzung des psychischen Zustands des umstrittenen republikanischen Senators und Präsidentschaftskandidaten Barry Goldwater (1909–1988) und erklärte ihn für nicht geeignet, das Präsidentenamt auszuüben – Goldwater verlor die Wahl. Die American Psychiatric Association (APA) legte deshalb in ihrem ersten Ethikkodex von 1973 in Abschnitt 7.3, inoffiziell als „Goldwater-Regel“ bekannt, fest, dass es als unethisch gelte, ohne persönliche Untersuchung und Genehmigung fachliche Stellungnahmen zu Personen des öffentlichen Lebens abzugeben (Martin-Joy, 2015; Martin-Joy, 2020). In Großbritannien mahnte das Herausgeber:innengremium des „Lancet Psychiatry“ 2016 explizit, keine psychiatrischen Konzepte zu verwenden, um politische Gegner anzugreifen (Lancet Psychiatry, 2016).

Kaiser Wilhelm II.: Kriegsschuld und die Psyche der Nation

Als Übersetzung von Tacitus' „*furor principum*“ antiker römischer Cäsaren kursierte der Begriff des „Caesarenwahnsinns“ schon ab Mitte des 19. Jahrhunderts in der Geschichtswissenschaft als Beschreibung charakterlich ungeeigneter Herrscher. Weite Verbreitung fand das Konzept jedoch erst durch eine kurze Schrift über den römischen Kaiser Caligula, die der linksliberale Pazifist und Historiker Ludwig Quidde (1858–1941) 1894 veröffentlichte (Quidde, 1894; Blank et al., 2021). Quiddes Zeitgenoss:innen durchschauten schnell, dass mit dem cäsarenwahnsinnigen und von der Macht korrumpierten Caligula eigentlich Kaiser Wilhelm II. gemeint war. Es folgte einer der größten Skandale des Kaiserreichs, in dem auch die Medien, die das Thema immer wieder aufgriffen, eine wesentliche Rolle spielten (Kohlrausch, 2009, 122). Obwohl Quidde Wilhelm II. eine Form von Wahnsinn unterstellte, hatte er kein Interesse an medizinischen bzw. psychiatrischen Kategorien und Diagnosen im engeren Sinne. Der „Caesarenwahnsinn“ war kein medizinisches, sondern ein moralisches und politisches Problem. Quiddes Schrift wurde jedoch zur Vorlage für spätere, deutlicher medikalisierte Herrscher:innendiagnosen (Freis, 2018a).

Ferndiagnosen während des Ersten Weltkriegs

Nach Ausbruch des Ersten Weltkriegs begannen Spekulationen über den Geisteszustand des deutschen Kaisers in gedruckter Form erneut zu zirkulieren. Sigmund Freud (1856–1939), Begründer der Psychoanalyse, beklagte 1915, dass sogar „die Wissenschaft ihre nüchterne Unparteilichkeit verloren habe; ihre (...) Diener versuchen, Waffen daraus zu extrahieren, um zum Kampf gegen den Feind beizutragen. Der Anthropologe muss den Feind als minderwertig und degeneriert erklären, der Psychiater muss die Diagnose seiner geistigen Defekte verkünden.“ (Freud, 2007, 135)

Die Diagnose des Kaisers wurde Teil eines Propagandakriegs, mit dem europäische Intellektuelle die kämpfenden Truppen an der Front unterstützten.

Eine der ersten und am weitesten verbreiteten diagnostischen Schriften war Augustin Cabanès' (1862–1928) „*Folie d'empereur*“. Darin sollte nicht nur ein „medizinisches Urteil“ über den deutschen Kaiser gefällt, sondern auch die gesamte Blutlinie der Hohenzollern als „Dynastie von Degenerierten“ diagnostiziert werden (Cabanès, 1915a; Cabanès, 1915b). Der Autor war ein französischer Arzt, Medizinhistoriker und Populärwissenschaftler, dessen Werk sich um die Rolle von Medizin und Krankheit in der politischen Geschichte drehte. Cabanès wandte seinen historischen Ansatz auf die Hohenzollern an und erzählte die gesamte Geschichte der Dynastie seit dem Mittelalter entlang ausführlicher Beschreibungen der angeblichen physischen und psychischen „Abnormitäten“ der Protagonist:innen. Zur Ferndiagnose Wilhelms II. stützte sich Cabanès auch auf Quiddes Caligula-Pamphlet, das im Dezember 1914 in französischer Übersetzung veröffentlicht worden war. Zugleich ging er jedoch weit über Quidde hinaus, denn Cabanès interessierte sich nicht nur für Wilhelms Verhalten, sondern insbesondere auch für dessen linken Arm, der aufgrund geburtlicher Komplikationen beeinträchtigt war – ein Aspekt, der bemerkenswerterweise bei den Diagnosen nach dem Ende des Krieges in Deutschland keine große Rolle mehr spielen würde (Cabanès, 1915a, 414–428; Hinzpeter, 1888; Röhl, 1998). Cabanès fehlte jedoch die Möglichkeit, körperliche und geistige Deformation argumentativ zu verbinden, da der Arm des Kaisers als erworbener Defekt nicht in das zeitgenössische Konzept der „Degeneration“ passte. Das „imperiale Ohr“ hingegen war vielversprechender: das angewachsene Ohrläppchen galt der Anthropologie Ende des 19. Jahrhunderts als eines der „anatomischen Zeichen der Degeneration“ (Cabanès, 1915a, 427; Pick, 1989). Cabanès hatte insgesamt nur wenig aussagefähige Beweise und spekulierte deshalb stattdessen über eine Reihe von Infektionen, die Wilhelms angebliches Ohrenleiden verursacht haben könnten. Ohne eine Verbindung zu Wilhelms Psyche jedoch konnte er durch rein physische Merkmale keine Erklärung für Entscheidungen und Charakterzüge Wilhelms II. liefern. Cabanès' Darstellung hatte sicherlich mehr mit medizinischem Sensationalismus als mit einer strengen psychopathologischen Diagnose zu tun (Cabanès, 1915a, 450) und war damit typische Kriegspropaganda, die im Gewand historischer und medizinischer Wissenschaftlichkeit auftrat.

Der italienische Psychiater Ernesto Lugaro (1870–1940) war skeptischer gegenüber den politischen Implikationen einer Diagnose Wilhelms II. (Armocida & Birkhoff, 2006; Scartabellati, 2011). Zwei Monate, nachdem Italien Ende August 1916 auf Seiten der Entente-Mächte in den Krieg eingetreten war, nutzte er einen umfangreichen Leitartikel in der „*Rivista di Patologia nervosa e mentale*“, um darüber nachzudenken, ob die deutsche sowie die österreichisch-ungarische Politik durch individuellen „Wahnsinn“ des Kaisers oder eine kollektive „nationale Aberration“ verursacht worden sei (Lugaro, 1915). Dabei diagnostizierte er nicht nur den deutschen Kaiser

als physisch, psychisch und moralisch defekt, sondern auch den österreichisch-ungarischen Kaiser Franz Josef I. (1830–1916). Dass Lugaro neben den Hohenzollern auch die Habsburger einschloss, ist nicht überraschend, denn italienische Truppen standen entlang der hart umkämpften Isonzo-Front der k.u.k. Armee gegenüber. Die Diagnose Franz Josefs unterschied sich jedoch erheblich von jener Wilhelms II. Ersterer galt eher als stumpf denn als impulsiv, zudem erlaubte sein hohes Alter Spekulationen über eine Demenz. Darüber hinaus bot sich – im Gegensatz zu Wilhelms Arm – das für die Habsburger charakteristische hervorstehende Kinn als diagnostisches Zeichen erblicher „Degeneration“ geradezu an. Cabanès' argumentativen Sprung von der medizinischen Diagnose zu politischen Schlussfolgerungen wies Lugaro jedoch zurück und stellte in Frage, ob die Blutlinien der Habsburger sowie der Hohenzollern tatsächlich Einfluss auf historische Abläufe gehabt haben könnten (Lugaro, 1915, 409). Er fürchtete, dass eine Fixierung auf individuelle charakterliche Mängel der beiden Kaiser möglicherweise die wahren Kriegsursachen verschleiern könnten und zur Exkulpation gegnerischer Nationen führen könnten (Lugaro, 1915, 410). Obwohl er damit vom Individuum zum Kollektiv wechselte, blieb Lugaro dennoch innerhalb des Bereichs der psychiatrischen Diagnostik. Wie viele Psychiater seiner Zeit ging er dabei von kollektiven Neurosen aus, die von charismatischen Individuen durch einen Prozess der Suggestion übertragen werden konnten (Le Bon, 1896; Bechterev, 1905). Aber dies reichte nicht aus, um das Zeitgeschehen hinreichend zu erklären (Lugaro, 1915, 410). Die deutsche Nation habe, so Lugaro, über Generationen wechselseitiger Suggestion einen Drang zur Hegemonie entwickelt, der alle Merkmale einer kollektiver „Geisteskrankheit“ trage. Und so wie psychisch Kranke eine Bedrohung für die Gesellschaft seien, sei das Deutsche Reich eine Gefahr für seine Nachbarn (Lugaro, 1915, 412–413).

Diagnosen Wilhelms nach der Flucht ins Exil 1918

In Deutschland kamen die Fragen nach dem Geisteszustand des Kaisers in dem Moment wieder auf, als Wilhelm II. am 10. November 1918 nach Ausrufung der Republik ins Exil ging. In den Wochen und Monaten nach dem Waffenstillstand wurden zahlreiche Abhandlungen veröffentlicht, die sich mit der Gesundheit des geflohenen Kaisers beschäftigten. Die These, dass Wilhelm II. psychisch krank sei, wurde in Zeitungen, Fachzeitschriften, auflagenstarken Büchern und obskuren Broschüren diskutiert. Im Hintergrund standen dabei stets die zentralen politischen Fragen der Nachkriegszeit: Wer war schuld am Krieg? Wer war schuld an der Niederlage? Wie sollten die Sieger mit den Besiegten umgehen? Die Krankheit Wilhelms II. wurde zur Metapher für Deutschlands politische Situation.

Die erste Kaiser-Diagnose, die in Deutschland nach Kriegsende erschien, war tatsächlich in der neutralen Schweiz verfasst worden. Am 22. und 23. November

1918 veröffentlichte Auguste Forel (1848–1931) einen zweiteiligen Artikel (Forel, 1918a; Forel, 1918b; Forel, 1918c) in der sozialdemokratischen Zeitung „Vorwärts“ (Schueler, 2006). Dass Forel, der internationale Bekanntheit als Psychiater, Myrmekologe und Sozialreformer erlangt hatte, sich entschied, seine Gedanken über den Geisteszustand Wilhelms II. und die deutsche Politik in „Vorwärts“ zu veröffentlichen, war eine logische Konsequenz aus den langjährigen Konflikten der deutschen Sozialdemokratie mit dem Kaiser sowie Forels eigener antimonarchistischer und sozialistischer Einstellung (Forel, 1914; Forel, 1935; Leist, 2006). Forel war überzeugt, dass wissenschaftliche Objektivität und insbesondere das Verständnis des menschlichen Gehirns den Weg zu einer besseren, aufgeklärten Gesellschaft weisen könnten (Bugmann, 2015). Eine ähnliche Übertragung psychiatrischer Autorität in politische Deutungsansprüche zeigte sich auch in seiner Diagnose Wilhelms II. Diese basierte weniger auf tatsächlichen medizinischen Beweisen, als auf seinem Status als renommiertem Psychiater. Da eine körperliche oder psychologische Untersuchung nicht möglich war, zog Forel Gerüchte und Anekdoten ebenso heran wie Karikaturen (Forel, 1918a). Auf dieser Basis verkündete er, dass Wilhelm II. „unausgeglichen, impulsiv, psychisch abnormal“ sei, unter „affektiver Megalomanie“ leide und „als kongenital abnormaler Mensch, jedoch unheilbar“ bedauert werden müsse. Statt in der Blutlinie der Hohenzollern sah Forel die hereditäre Pathologie jedoch bei Wilhelms Mutter Victoria (1840–1901), was ihm erlaubte, die Diskussion um Wilhelms Krankheit von der Dynastie der Hohenzollern zu lösen und die Ursache im britischen Ausland zu vermuten.

Den politischen Implikationen seiner Diagnose wandte Forel sich im zweiten Teil des Artikels zu: Wilhelm II. sei ebenso suggestiv wie suggestibel. So könne er die Massen blenden und verführen, sei aber gleichzeitig willensschwach genug, um seinerseits gelenkt zu werden. Wer laut Forel hinter den Kulissen die Fäden zog, sei bereits während des Eulenburg-Skandals (1906–09) bekannt geworden (Kohlrausch, 2005, 186–201; Domeier, 2010; Hull, 1982). Ein Jahrzehnt später verband Forel dieses Narrativ mit der Kriegsschuldfrage. Die tatsächlichen Schuldigen seien die Eliten hinter dem Kaiser (worunter Forel eine lange Liste politischer Gegner:innen subsumierte). Diese hätten den Kaiser für eine „megalomaniische affektive Suggestion“ benutzt und die gehorsame deutsche Bevölkerung in Fantasien weltweiter Dominanz und aggressiver Expansion gestürzt. Die pauschale Beschuldigung der deutschen Eliten exkulperte die deutsche Nation, die Monarchie und schließlich auch den Kaiser, denn Wilhelm II. habe dies aufgrund seiner Psychopathologie nicht erkennen können. Die Entente-Mächte sollten daher auf eine Bestrafung des deutschen Volkes verzichten und stattdessen zusammenarbeiten, um eine solche Katastrophe in Zukunft zu verhindern (Forel, 1918b).

Diagnosen Wilhelms II. entwickelten sich rasch zu einem kurzlebigen, aber erfolgreichen Genre. Unter den vielen Büchern, Artikeln und Broschüren, die in schneller Folge gedruckt wurden, sticht ein dünnes Heft hervor: „Die Krankheit Wilhelms II.“ verkaufte schnell über 18.000

Exemplare in vier Auflagen und zog so viel öffentliche Aufmerksamkeit auf sich, dass der Autor Paul Tesdorpf (1858–1936) bald darauf eine zweite Broschüre mit Briefen veröffentlichte, um einige der Kritiken zu adressieren. Tesdorpf war ein ansonsten unbekannter Arzt und dilettierender Dichter aus München, dem die Qualifikationen eines renommierten Psychiaters wie Forel fehlten. Wilhelm II. sei, so Tesdorpf, ein typischer Fall von „erblicher geistiger Degeneration“ und leide an „periodischem Irresein“, oszillierend zwischen „Normalität“ und Phasen intensiver Erregung oder Depression. Der wahrscheinlich eher nationalliberale (Tesdorpf, 1919) Tesdorpf hatte ein anderes Publikum im Sinn als Forel. Der Verlag von Julius Friedrich Lehmann (1864–1935), in dem beide seiner Broschüren erschienen sind, stellte die Verbindung zwischen Deutschlands medizinischem Establishment und dem völkisch-rechtsnationalen Lager dar. Lehmann veröffentlichte medizinische Fachliteratur wie die „Münchener Medizinische Wochenschrift“, aber auch nationalistische und antisemitische Schriften und nutzte seine Rolle als medizinischer Verleger zur Popularisierung von Eugenik und Rassenhygiene sowie zur Subventionierung anderer nationalistischer Werke. Tesdorpf's Diagnose fügte sich nahtlos in die politischen Diskurse der nationalistischen Rechten in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg ein, da sie den Vorwurf der Kriegsschuld des Deutschen Reich entkräften und die Schuld für die Niederlage von Militär und Generalität ableiten konnte, indem die Verantwortung für beides Wilhelm II. als krankem und damit nicht voll zurechnungsfähigen Individuum zugeschrieben wurde (Tesdorpf, 1919, 3–4).

Was die psychiatrischen Diagnosen Wilhelms II. politisch so brisant machte, war der Umstand, dass sie am Schnittpunkt der beiden zeitgenössischen Diskurse über Genealogie lagen. Während des „langen neunzehnten Jahrhunderts“ koexistierten zwei Vorstellungen von Vererbung. Die ältere war aristokratisch, wobei jahrhundertalte Blutlinien die Identität und Legitimität adliger Dynastien begründeten. Für die moderne Medizin hingegen waren Blutlinien Übertragungswege von erblichen Pathologien von einer Generation zur nächsten (Foucault, 1976, 164–165; Godsey, 2004, 190–197, 226–239). Die Diskussion über eine psychische Krankheit Wilhelms II. warf Fragen über die Erbllichkeit dynastischer Legitimität und pathologische Degeneration in einer Situation auf, in der monarchistische, liberale, sozialistische und rechtsautoritäre Vorstellungen von Herrschaft um die Gestaltung des politischen Systems konkurrierten. Vor dem Hintergrund des politischen Umbruchs nach dem Ersten Weltkrieg wurde die Diagnose des exilierten Kaisers zu einem Mittel, um über Deutschlands unsichere und umstrittene politische Zukunft sowie über die richtige Form der Führung und die Eigenschaften eines „wahren Führers“ zu sprechen. Wohin diese Entwicklung führte, wurde in einer Schrift des Arztes Ernst Müller über den Gesundheitszustand Wilhelms II. von 1927 deutlich (Müller, 1927). Müllers Vorwurf, die schwachen Nerven Wilhelms hätten den verlorenen Krieg zu verschulden, spiegelte den zeitgenössischen Diskurs über die seelische Stärke der deutschen Nation als Voraussetzung für einen siegreichen Krieg wider

(Freis, 2020). Implizit machte Müller den Kaiser zum prominentesten der hunderttausenden „Kriegsneurotiker“, die angesichts der Schrecken an der Front einen mentalen Zusammenbruch erlitten hatten. Nach dem Krieg hatten rechte Psychiater diesen „willensschwachen“ Soldaten die Schuld an der Niederlage zugeschrieben (Lerner, 2003; Hofer, 2004; Crouthamel, 2009). Nach dem Versagen Wilhelms II. brauche die Nation nun aber einen „wahren Führer“, um sie aus dem Elend zu retten. Müllers Kandidat war Paul von Hindenburg (1847–1934), der während des Krieges Chef des Generalstabs und seit 1925 Reichspräsident war. Eine Gefahr sah Müller hingegen in den traditionellen, „degenerierten“ Eliten des deutschen Adels. Eine zukünftige deutsche Führungsschicht sollte stattdessen nach Hans F.K. Günthers „Adel und Rasse“ (1926) biologisch und eugenisch begründet sein, mit „blondem Haar, schmalem Kopf, blauen Augen [...]“. Er zeichnet als Idealtypus des neuen deutschen Adels einen Menschen nordischer Rasse“ (Müller, 1927, 80; Günther, 1927; Gerstner, 2008). Es ist eine Ironie der Geschichte, dass nicht Hindenburg dieser neue „Führer“ wurde, sondern dieser mit Adolf Hitler jemanden einsetzte, der sich dem Projekt der Schaffung einer neuen, „rassisch“ definierten Herrschaftselite verschrieben hatte.

Adolf Hitler und der „Führer-Mythos“

Über Hitlers Gesundheitszustand kursierten schon zu seinen Lebzeiten zahlreiche unterschiedliche Gerüchte und nach seinem Tod steigerten sich diese Spekulationen noch weiter. Hitler und das „Dritte Reich“ im Allgemeinen sind bis heute beliebte Ausgangspunkte für Verschwörungstheorien, „alternative Fakten“ und Geschichtsrevisionismus aller Art (Evans, 2021; Novak, 2006). Bereits 1953 kritisierte der Historiker und britische Nachrichtendienstler Hugh Trevor-Roper (1914–2003), dass die Geschichtswissenschaft diesbezüglich eine Teilschuld habe, da sie das Feld der „Hitler Studies“ nach 1945 den Nicht-Historiker:innen überlassen hat – Journalist:innen, Reporter:innen, Militärs, Psycholog:innen usw. (Trevor-Roper, 1953; Novak, 2006, 161). Ian Kershaw war 1998 nach Alan Bullock (1952) erst der zweite Historiker, der eine Hitler-Biografie vorlegte. Und weil er Hitler nicht vollständig erklären konnte, erklärte er stattdessen „die Macht des Führers“ (Kershaw, 1998).

Was alle für Hitler vorgeschlagenen Diagnosen verbindet ist, dass es – wie im Falle Wilhelms II. – keine ausreichenden oder teilweise gar keine Belege dafür gibt. Die meisten Diagnosen bleiben Vermutungen, sind teils abstrus konstruiert oder basieren nachweislich auf Falschaussagen. Die Schriften hierzu lassen sich grob in drei unterschiedliche Zeitphasen einteilen: 1) Ferndiagnosen zu Lebzeiten Hitlers, 2) Zeugenaussagen, Erinnerungsschriften und Memoiren von Zeitgenossen:innen, und 3) retrospektive Diagnosen. Die so gestellten Diagnosen dienten hierbei zur Abwertung von politischen bzw. weltanschaulichen Gegner:innen bzw. Konkurrent:innen, zur Erklärung der Ereignisse im Allgemeinen oder der Exkulpation. Durch die medizinischen Zweifel an der Schuldfähigkeit der

maßgeblichen Akteur:innen und insbesondere Hitlers wird deren Handeln erklärbar gemacht und ihre Verantwortung in Frage gestellt, was einher geht mit einer Entlastung des Einzelnen, aber auch „der Deutschen“ – ohne hier weiter auf die breit diskutierte „Kollektivschuld“ einzugehen (Klaska, 2007; Frei, 2005). Anders als bei Wilhelm II. nach 1918 ging es nach 1945 um mehr als nur die Kriegsschuldfrage und die Gründe für den verlorenen Krieg – mit Holocaust, „Euthanasie“, Vernichtungskrieg im Osten und Endphaseverbrechen war die Hypothek ungleich größer als 1918, wobei sich Hitler durch seinen Suizid selbst der Verantwortung entzogen hatte.

Ferndiagnosen und Gerüchte

Für die langlebigste Diagnose lieferte Hitler in „Mein Kampf“ ungewollt selbst den Anlass. Am 21. Oktober 1918 wurde Hitler als Soldat nach einem feindlichen Gasangriff bei Ypern in das Reservelazarett Pasewalk eingeliefert, da seine „Augen in glühende Kohlen verwandelt“ (Hartmann et al., 2014, 549) worden seien. Es wurde die Diagnose „Gasvergiftung“ im Krankenblatt verzeichnet. Als Hitlers Sehkraft zurückkehrte, wurde er am 13. November 1918 als wieder einsatzfähig eingestuft. Eine psychiatrische Untersuchung ist nicht überliefert und hat zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich auch nicht stattgefunden (Armbruster & Theiss-Abendroth, 2018, 322). Erst in den 1930er Jahren berichtete der aus einer jüdischen Familie stammende Schriftsteller Ernst Weiss (1882–1940) in seinem Roman „Der Augenzeuge“ (Weiss, 1963) davon und behauptete, Hitler sei hypnotisiert worden und habe dadurch seine Sehfähigkeit durch reine Willenskraft wiedererlangen können. Diese Willenskraft zu aktivieren habe Hitler erst zu der Persönlichkeit gemacht, die später die Massen mobilisieren konnte – die Schuld daran sei dem Psychiater Edmund Forster (1878–1933) zuzuschreiben, der ihn hypnotisiert habe (Binion, 1978; Lewis, 2003, 239f.; Post, 1998; Horstmann, 2004; Köpf, 2005). Jedoch stand die zeitgenössische Psychiatrie der Methode der Hypnose ablehnend gegenüber und die Anwesenheit Forsters vor Ort ist darüber hinaus nicht belegt (Armbruster & Theiss-Abendroth, 2018, 323–324). In „Mein Kampf“ berichtet Hitler später außerdem, dass ihm, nachdem er von den Ereignissen des 9. und 10. November 1918 (Ausrufung der Republik und Flucht des Kaisers) erfahren hatte, „um die Augen wieder schwarz“ wurde und er „den brennenden Kopf in Decke und Kissen“ vergrub (Hartmann et al., 2014, 553). Seit dem Tod seiner Mutter 1907 habe er nicht mehr geweint, jetzt jedoch habe er nicht mehr anders gekonnt beim Gedanken an das sinnlose Opfer seiner Kameraden auf dem Schlachtfeld, während der Hass auf die Revolutionäre in ihm gewachsen sei. So sei ihm auch sein Schicksal bewusst geworden: nämlich Politiker zu werden (Hartmann et al., 2014, 553–557). Im ursprünglichen Manuskript ist diese Passage so noch nicht enthalten, insbesondere nicht das Ziel, Politiker zu werden (Hartmann et al., 2014, 556). Es handelt sich bei seinen Aussagen demnach um einen Aufopferungs- und Berufungstopos, der darüber

hinaus retrospektiv von Hitler selbst formuliert worden ist, nachdem er 1923/1924 in Festungshaft saß. Zudem ist die Darstellung Hitlers in der Gedankenwelt seiner Zeit durchaus nachvollziehbar, sodass man dies als verständliches „schockiert sein“ bezeichnen könnte, wie es Alan Bullock in der ersten Nachkriegsbiografie Hitlers beschrieb (Bullock, 1952, 33; Armbruster & Theiss-Abendroth, 2018, 319). Und selbst wenn dies mit zu dem Entschluss beigetragen hat, Politiker zu werden, sollte die Bedeutung dieser Episode für den Verlauf der Geschichte nicht überschätzt werden.

Nichtsdestotrotz wurden seine Aussagen anders interpretiert und es machten Gerüchte die Runde, Hitlers Blindheit resultiere aus einer „Hysterie“ bzw. sei „hysterisch“ bedingt (Langer, 1973, 168). Die Symptome der „Hysterie“ – die zunehmend als Reaktion des Individuums statt als Entität betrachtet wurde – waren vielfältig und konnten sowohl körperliche als auch psychische Symptome umfassen. Körperliche Symptome waren beispielsweise Lähmungen, Blindheit, Taubheit oder Epilepsie-ähnliche Anfälle, psychische Symptome konnten Gefühlsausbrüche, Unbeherrschtheit, Unruhe, Egozentrik und ein massives Geltungsbedürfnis sein. Tatsächlich hätte die Diagnose „Hysterie“, insbesondere als Folge der Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg, erhebliche negative Folgen für Hitler haben können. Psychische Versehrtheit infolge von Kriegererlebnissen passte nicht in das völkische bzw. rechtskonservative Bild von Krieg und Männlichkeit – entweder galt man demnach als Simulant oder als „schwach“ bzw. von „minderwertiger Konstitution“. Darüber hinaus war insbesondere die „Hysterie“ immer noch – wenn auch nicht mehr ausschließlich – weiblich konnotiert (Eckart, 2014, 138–148; Lerner, 1996, 98f.; Lerner, 2003; Hofer, 2004; Crouthamel, 2009; Crouthamel 2010). Auch bot die verhasste Weimarer Republik versehrten Veteranen Sozialleistungen und erkannte damit die Auswirkungen des Krieges auf Körper und Geist an, was nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten bereits 1934 geändert wurde (Crouthamel, 2010; Neuner, 2011).

Darüber hinaus bestanden bereits zu Lebzeiten Hitlers zahlreiche Gerüchte über Erkrankungen, sexuelle Vorlieben und alle Arten von „Abnormalitäten“. Gesichert ist, dass bei Hitler während der ärztlichen Untersuchung im Gefängnis 1923 ein „rechtsseitiger Kryptorchismus“ diagnostiziert wurde (Aufnahme-Buch, 1919, 416f.). Hitler fehlte also der rechte Hoden. Dies allein hat gesundheitlich und sexuell aber in der Regel keine Auswirkungen, es beeinträchtigt weder die Zeugungsfähigkeit noch die Erektion. Damit bekommt das britische Spottlied „Hitler has only got one Ball“ aus dem Jahr 1939, das Hitlers Männlichkeit infrage stellte, eine neue Bedeutung, denn offensichtlich ist die Aussage nicht ganz falsch. Das ist aber neben einer Granatsplitterwunde am Oberschenkel, der Gasvergiftung 1918 und der Schulterverletzung beim „Hitler-Putsch“ 1923 auch die einzige Diagnose bzw. Quelle, die überhaupt glaubwürdig erscheint. Hitlers Gefolgsleute, sogar Angehörige seines engsten Kreises, aber auch politische Gegner heizten hingegen die Gerüchteküche an: Hitler sei homosexuell, impotent, verzichte wie

ein Asket auf die Auslebung von Sexualität (sowie auf Fleisch), habe anatomische Fehlbildungen des Penis, habe einen unehelichen Sohn aus dem Jahr 1917, sei hypersexuell und habe 40 Kinder oder habe ein Verhältnis mit seiner Nichte Geli Raubal (1908–1931) und nach ihrem Suizid selbst auch Suizidgedanken gehabt (Neumann & Eberle, 2009; Schenck, 1989). Die Liste ließe sich noch beliebig fortsetzen und bis heute kommen immer neue Aussagen und Vermutungen hinzu. Allerdings wird deutlich, dass damit stets positive oder negative zeitgenössische Zuschreibungen bzw. Erwartungen verbunden sind, etwa des starken „Führers“, von Männlichkeit, Disziplin oder „Genie“.

Die Symptome einer „Hysterie“ erkannte aus der Ferne auch der Psychoanalytiker Walter C. Langer (1899–1981) bei Hitler. Langer fertigte 1943 für das Office of Strategic Services (OSS, den Vorgänger der Central Intelligence Agency) ein Psychogramm Hitlers an. Eine militärische Analyse des Gegners, der Kriegsführung oder auch von Staatsoberhäuptern war zwar zu dieser Zeit nichts ungewöhnliches und die Psychiatrie wurde bereits während des Ersten Weltkriegs politisiert und als militärisches Mittel genutzt (Freis, 2018b), aber ein Psychogramm durch einen Psychoanalytiker anfertigen zu lassen war ein Novum. Bezogen auf Hitler war insbesondere seine Vereinnahmung der Massen und die Wirkung der Propaganda von Interesse, was Aufschluss über die Kampfmoral der Deutschen und die Möglichkeiten der „Denazifizierung“ nach dem Krieg geben sollte (Pick, 2012, 108–114; Martin-Joy, 2020, 16–28). Die Einschätzung Langers verblüfft letztlich aber nicht, denn trotz potentiell größtmöglicher Objektivität, mit der er seine Analyse vornahm, stand das Ergebnis bereits im Vorhinein fest: Hitler musste in der Rolle des politischen wie militärischen Gegners als „das Böse“ betrachtet und eingeschätzt werden (Martin-Joy, 2020, 28). Langer interviewte für seine Arbeit zahlreiche aus dem Deutschen Reich Geflüchtete und wertete einschlägige Literatur, Zeitschriften und Zeitungen aus. Die Ärzte, die Hitler 1918 behandelt haben sollen, seien sich darüber einig gewesen, dass es sich um „Hysterie“ gehandelt habe und hätten den Fall als Lehrbeispiel in ihren Unterricht übernommen, weil er so eindeutig gewesen sei. Um welche Ärzte es sich dabei genau handelte bzw. von wem diese Informationen stammen, ist nicht explizit angegeben (Langer, 1973, 169). Es werden in der Forschung zwar immer wieder bestimmte Personen genannt, die jedoch nachweislich nicht in Frage kommen bzw. nicht als verlässliche Quelle gelten können (Armbruster & Theiss-Abendroth, 2018).

Zeitzeugen berichten

Bereits im Hitler-Prozess 1924 soll laut Hans-Dietrich Röhrs (geb. 1901) die Frage einer „hysterischen“ Blindheit diskutiert worden sein. Röhrs war stellvertretender Reichsgesundheitsführer und zu Kriegsende Divisionsarzt in der Waffen-SS. Nach Kriegsende behauptete er, von Reichsärztführer Gerhard Wagner (1888–1939) die Information erhalten zu haben, dass dieser das Kranken-

blatt Hitlers aus dem Kriegsarchiv der Bayrischen Armee entfernt habe (Röhrs, 1965, 59). Heinrich Himmlers Masseur Felix Kersten (1898–1960) hingegen berichtete nach dem Krieg, dass bei der Untersuchung in Pasewalk eine bestehende Syphilis festgestellt worden sei, die spätestens ab 1942 zu einer progressiven Paralyse geführt haben soll. Diese Information habe Kersten aus einem Geheimdossier, das Himmler ihm im Dezember 1942 zur Einschätzung gegeben haben soll mit der Frage, ob der Masseur Hitler erfolgreich behandeln könne (Kersten, 1952; Besgen, 1961, 174f.; Schenck, 1989). Mittlerweile ist jedoch unbestritten, dass Kerstens Memoiren in weiten Teilen ein reines Fantasieprodukt sind und er auch Dokumente gefälscht hat (Longerich, 2010, 394).

Gleiches gilt auch für die „Erinnerungen“ von Walter Schellenberg (1910–1952), dem Leiter des Auslandsnachrichtendienstes der SS. Er habe mit dem Reichsführer-SS versucht, Hitler verhaften zu lassen oder gar zu beseitigen, da dieser gesundheitlich nicht mehr in der Lage sei, sein Amt auszufüllen. Diese Schilderung machte sich Schellenberg letztlich auch zu Nutze, um seine eigene Rolle im nationalsozialistischen System zu kaschieren (Schellenberg, 1986, 81–83, 357f.; Paehler, 2017; Neumann & Eberle, 2009, 74–76; Schmidt et al., 2018, 12; Schenck, 1989, 415). Eine ähnliche Strategie verfolgte der HNO-Arzt Erwin Giesing (1907–1977), der Hitler nach dem Stauffenberg-Attentat 1944 behandelt hat. Er habe festgestellt, dass Hitler kokainabhängig sei und sogar überlegt, den schlafenden Hitler zu töten. Seine Aussagen sind jedoch nicht zu belegen und ihnen wurde von Zeug:innen aus dem Umfeld Hitlers vehement widersprochen (Irving, 1980, 101; Neumann & Eberle, 2009, 77–81). Auch weitere Zeitgenoss:innen Hitlers, wie Ernst Günther Schenck (1904–1998), Ernährungsinspekteur der Waffen-SS und verantwortlich für Ernährungsversuche im KZ Mauthausen (Schenck, 1989), Johann Recktenwald (1882–1964), Leiter der „Euthanasie“-Zwischenanstalt Andernach (Kaiser et al., 2024), oder Anton von Braunmühl (1901–1957), Anstaltsarzt in Eglfing-Haar (Braunmühl, 1954), gehören in diese Gruppe der Zeitzeugen. Als Ärzte attestierten sie sich – häufig verbunden mit einem Bescheidenheitstopos – neben dem Besitz entsprechenden medizinischen Fachwissens, geeigneterer „historische Interpretieren“ zu sein als Historiker:innen und quasi gezwungen zu sein, ihr Wissen zu verschriftlichen, da sich niemand anderes dafür finde (Röhrs, 1965, 11–16; Röhrs, 1966, 7–14; Schenck, 1989; Recktenwald, 1963, 7–8, 166–118). Dabei greifen sie teilweise die von vielen NS-Täter:innen und Angehörigen der Waffen-SS nach 1945 verbreiteten Narrative der „Siegerjustiz“ und Erlebnisgeneration auf: Wer nicht dabei gewesen ist, könne nicht verstehen und kein gerechtes Urteil fällen. Durch ihre Darlegungen aber könnten zukünftige Generationen einen sachlicheren und gerechteren Blick auf die Ereignisse werfen (Westemeier, 2013, 466–476).

Etwas anders gelagert sind die Zeug:innenaussagen zu Hitlers Gesundheitszustand aus dessen direktem Umfeld. Alle Angehörigen von Hitlers „Hofstaat“ hatten nach Kriegsende guten Grund, zur eigenen Verteidigung Informationen auszulassen oder dazu zu erfinden. Hatte

Hitlers Leibarzt Theodor Morell (1886–1948) – abgesehen von schlechten Manieren, Adipositas, mangelnder Körperhygiene und gutem Geschäftssinn – vor 1945 auch im Ausland medizinisch einen guten Ruf genossen, war es bald ein beliebtes Mittel der ehemaligen NS-Elite, Morells Ruf aus strategischen Gründen zu zerstören und dem mittlerweile Schwerkranken die Schuld an Hitlers „Verfall“ zu geben (Neumann & Eberle, 2009, 92–99). Hitlers Begleitärzte Hanskarl von Hasselbach (1903–1981) und Karl Brandt (1904–1948) sowie der spontan hinzugezogene Giesing hatten Morell bereits im Herbst 1944 beschuldigt, den „Führer“ mit seinen Medikamenten zu vergiften. Daraufhin wurden sie alle drei abgesetzt und durch Ludwig Stumpfegger (1910–1945) ersetzt (Hasselbach H. von, 1951; Neumann & Eberle, 2009, 177–187; Kaiser & Schmidt, 2021).

Verschwörungstheorien und Sensationen: Die Krankheiten des „Führers“ und Wir

Diese Verhör- und Zeug:innenaussagen sowie die Erinnerungsliteratur der Beteiligten nutzten nach Kriegsende immer wieder Fachleute, um Hitlers Gesundheitszustand zu untersuchen und Erklärungen für sein Handeln zu finden. Hitler gilt in verschiedenen Darstellungen als „Psychopath“, „Hysteriker“, depressiv oder schizophran, habe unter Folgeschäden des Ersten Weltkrieges, unter Medikamentenmissbrauch gelitten oder sei ein „klassischer“ Serienkiller, der durch den entfesselten Holocaust Befriedigung fand (Neumann & Eberle, 2009, 18–81; Lange-Eichbaum & Kurth, 2000; Schmidt et al., 2018; Matussek et al., 2007; Kornbichler, 1994; Pilgrim, 2017). Obwohl der US-amerikanische Historiker Hugh Trevor-Roper bereits 1947 warnte, „was auch immer Hitlers psychologischer Gesundheitszustand gewesen sein mag – [...] es wäre unklug, über ein solches Thema und bei einer so einzigartigen Person herumzuraten“ (Trevor-Roper, 1953; Armbruster & Theiss-Abendroth, 2018, 317), tendieren doch die zahlreichen Hitler-Studien „zu der fatalen Konsequenz [...], den Nazi-Verbrechern mangelnde Zurechnungsfähigkeit zu bescheinigen“ (Matussek et al., 2007, 33). Dass sich Hitler selbst nie einer psychiatrischen Untersuchung unterzogen hat bzw. wir nichts darüber wissen, ist mittlerweile hinreichend geklärt (Armbruster & Theiss-Abendroth, 2016). Mit ihrer Untersuchung „War Hitler krank?“ konstatierten der Historiker Henrik Eberle und der Psychiater Hans-Joachim Neumann schließlich, Hitler sei gesund und voll schuldfähig gewesen. Zwar bietet die Untersuchung manches Diskussionspotential und ist stellenweise zwangsläufig ebenfalls nahe an der Spekulation, jedoch argumentieren Eberle und Neumann, dass es keine medizinischen Faktoren gegeben habe, die Hitlers Fähigkeit zum Denken und Handeln eingeschränkt hätten (Cocks, 2013; Neumann & Eberle, 2009). Mit der Untersuchung derselben Quellen und der Anwendung derselben Methodik kann man also zu zwei sich diametral gegenüberstehenden Ergebnissen kommen. Auch die jüngst erfolgte DNA-Analyse von einem Stück

blutgetränkten Stoffes des Sofas, auf dem Hitler 1945 Suizid begangen haben soll, bringt keinerlei verwertbare Beweise (Oltermann, 2025, Jessen, 2025). Sollte es sich tatsächlich um Hitlers DNA handeln, können wir lediglich eine genetische Disposition für bestimmte Erkrankungen konstatieren – wie und ob sich diese überhaupt bemerkbar gemacht haben ist und bleibt Spekulation.

Vermutungen und Spekulationen über Hitlers psychischen Zustand bringen die Wissenschaft nicht weiter, im Gegenteil, sie führen dazu, historische Ereignisse und Entwicklungen zu personalisieren, um monokausale Erklärungen für multikausale Ereignisse und Prozesse zu liefern. Ebenfalls sollten wir es unterlassen, Hitler und den Nationalsozialismus durch eine vermeintlich medizinisch abgesicherte und damit glaubwürdig erscheinende Diagnose zu entschuldigen oder zumindest zu relativieren. Sicherlich fällt es sehr viel leichter zu akzeptieren, dass man ein verbrecherisches System mitgetragen hat, wenn man selbst im guten Glauben an eine „richtige“ Sache gehandelt habe, die begangenen Verbrechen aber auf den „Wahnsinn“ oder die Unzurechnungsfähigkeit einer Person zurückzuführen sind. Dies gilt auch für die nachfolgenden Generationen und sollte unseren erinnerungspolitischen Blick auf Weltkrieg und Holocaust nicht versperren. Zu glauben, die Eltern oder Großeltern seien einem unzurechnungsfähigen Machthaber ausgesetzt gewesen, der allein für die Ereignisse verantwortlich ist, ist zu einfach (Matussek et al., 2007, 27; Kershaw, 1998, 8; Brunner, 2004; Wehler, 1980; Alarcón et al., 1998, 4; Heer, 2005; Rosenfeld, 2015; Rosenbaum, 2014; Matussek et al., 2007; Kershaw, 2000; Brunner, 2004; Bauer, 1987, 211; Horowitz, 1984).

Selbst wenn man Milton Himmelfarbs „No Hitler, No Holocaust“ zustimmen möchte (Himmelfarb, 1984; Matussek et al., 2007, 19), liefert dies doch bei weitem nicht die Legitimation, Hitler psychopathologisch zu begründen oder zu erklären. Es ist hinreichend belegt, dass der Beginn des Zweiten Weltkriegs kein Ereignis war, das Hitler sich spontan in einem Moment geistiger Unzurechnungsfähigkeit oder Beeinflussung durch eine Erkrankung ausgedacht hat. Die Eroberung von „Lebensraum“ für die „arische Herrenrasse“ war von Beginn an in der NS-Ideologie verankert und ist in „Mein Kampf“ niedergeschrieben. Das gilt ebenso für den Antisemitismus. Der Holocaust ist kein Hitler-zentriertes, punktuelles Geschehen, für das man einen Startpunkt ausmachen kann. Er ist vielmehr ein sich seit 1933 radikalischer und eskalierender Prozess, der in der Massenvernichtung in den Konzentrationslagern mündete und für den nicht Hitler allein verantwortlich ist, sondern für den die Teilhabe des gesamten Apparates des Deutschen Reiches sowie die Zustimmung oder zumindest Gleichgültigkeit „der Deutschen“ notwendig war (Longerich, 2015; Neumann & Eberle, 2009, 29).

Wir haben aus der Geschichte gelernt, dass es nicht nur den einen „Führer“ braucht, um furchtbare Taten zu begehen, sondern auch diejenigen, die ihm folgen, die „mitmachen“ (Arendt, 1964). Warum also suchen wir bei Hitler den einen Grund, den einen Punkt in seinem Leben, an dem er zum Demagogen, zum Politiker, zum Antisemiten

wurde? Wir wissen, dass viele seiner Generation, Angehörige aller sozialen Schichten und aller Bildungsgrade, die radikalen und menschenverachtenden Ziele, die im Nationalsozialismus in die Praxis umgesetzt wurden, verinnerlicht hatten und nach außen hin vertraten, auch vor Hitler, auch nach Hitler (generationenübergreifend und international bis heute).

Fazit

Was in der Medizingeschichte mittlerweile methodisch als extrem problematisch gilt, nämlich die Vornahme einer retrospektiven Diagnose, scheint bei vielen Mediziner:innen keinen Grund zur Vorsicht hervorzurufen. Aus jahrzehntealten Beschreibungen Symptome einzuschätzen und eine Diagnose abzuleiten stellt kein adäquates wissenschaftliches Handwerkszeug dar. Ein:e verantwortungsbewusste:r Arzt:Ärztin würde eine psychiatrische Diagnose niemals ausschließlich anhand von Zeug:innenaussagen oder Beschreibungen Dritter vornehmen; selbst eine handlungsleitende Diagnose würde er:sie noch nicht ein-

mal lediglich anhand der Krankenakte stellen (Brunner, 2004, 168; Leven, 1998, 160; Karenberg, 2009, 142). Dennoch florieren damals wie heute die retrospektiven Diagnosen und auch die Ferndiagnosen.

Die Psychiatrie bot und bietet bis heute einen konzeptionellen Rahmen, der es ermöglicht, scheinbar irrationale oder als moralisch verwerflich angesehene Entscheidungen oder Handlungen zu verstehen bzw. erklärbar zu machen. Allerdings waren und sind psychiatrische Diagnosen in politischen Debatten eher ein zweischneidiges Schwert. Sie können für jede politische Richtung herangezogen werden, was wir anhand von Wilhelm II. und Adolf Hitler gezeigt haben.

Retrospektive und Ferndiagnosen bringen demnach keine wissenschaftlichen Erkenntnisse. Im Gegenteil, sie verschleiern und vereinfachen – kurzum, sie verdecken die (historischen) Ereignisse und die Konsequenzen, die aus diesen gezogen werden müssen und verharren in der Sphäre von Spekulationen und sind damit unethisch und streng genommen unwissenschaftlich (Schmidt et al., 2020).

Literatur

- Alarcón, R.D., Foulks E.F. & Vakkur, M. (1998). *Personality Disorders and Culture. Clinical and Conceptual Interactions*. John Wiley and Sons.
- Arendt, H. (1964). *Eichmann in Jerusalem: Ein Bericht von der Banalität des Bösen*. Piper.
- Armbruster, J. & Theiss-Abendroth, P. (2016). Deconstructing the myth of Pasewalk: Why Adolf Hitler's psychiatric treatment at the end of World War 1 bears no relevance. *Arch Clin Psychiatry*, 43(3), 56–59.
- Armbruster, J. & Theiss-Abendroth, P. (2018). Zur Diskussion um Adolf Hitlers psychischen Gesundheitszustand. In Schmidt M., Groß D. & Westemeier J. (Hrsg.), *Die Ärzte der Nazi-Führer. Karrieren und Netzwerke* (= Medizin und Nationalsozialismus, 5) (317–337). LIT Verlag.
- Armocida, G. & Birkhoff, M.J. (2006). Lugaro, Ernesto. In *Dizionario Biografico degli Italiani*. [http://www.treccani.it/enciclopedia/ernesto-lugaro_\(Dizionario-Biografico\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/ernesto-lugaro_(Dizionario-Biografico))
- Arrizabalaga, J. (2002). Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease. *Asclepio*, 54(1), 51–70.
- Aufnahme-Buch für Schutzhaft, Untersuch. U.- und Festungshaft-Gefangene 1919, Eintrag Nr. 45: Adolf Hitler*, Staatsarchiv München, Justizvollzugsanstalten 15124. In Fleischmann, P. (2015). *Hitler als Häftling in Landsberg am Lech 1923/24: Der Gefangenen-Personalakt Hitler nebst weiteren Quellen aus der Schutzhaft-, Untersuchungs- und Festungshaftanstalt Landsberg am Lech* (S. 416–417). Ph.C.W. Schmidt.
- Bandy, X. L. (2017). *The Dangerous Case of Donald Trump: 27 Psychiatrists and Mental Health Experts Assess a President*. St. Martin's Press.
- Bauer, Y. (1987). On the Place of the Holocaust in History. *Holocaust and Genocide Studies*, 2,(2), 209–220.
- Bechtereve, V.M. (1905). *Die Bedeutung der Suggestion im sozialen Leben*. Bergmann.
- Berrios, G.E. & Porter R. (Hrsg.) (1995). *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. Athlone.
- Besgen, A. (1961). *Der Stille Befehl: Medizinalrat Kersten, Himmler und das Dritte Reich*. Nymphenburger Verlagshandlung.
- Bessel, R. (1993). *Germany after the First World War*. Clarendon Press.
- Binion, R. (1978). *Daß ihr mich gefunden habt: Hitler und die Deutschen. Eine Psychohistorie*. Klett-Cotta.
- Blank, T., Catrein, C. & van Hof, Chr. (2021). *Caesarenwahn. Ein Topos zwischen Antiwilhelminismus, antikem Kaiserbild und moderner Popkultur* (Beiträge zur Geschichtskultur, Bd. 41). Böhlau.
- Braunmühl, A. v. (1954). „War Hitler krank?“. *Stimmen der Zeit*, 79, 94–102.
- Brown, E.M. (1995). Post-traumatic Stress Disorder and Shell Shock: Social Section. In G.E. Berrios & R. Porter (Hrsg.), *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders* (S. 501–508). Athlone.
- Brunner, J. (2004). Humanizing Hitler – Psychohistory and the Making of a Monster. *Tel Aviver Jahrbuch für Geschichte*, 32, 148–172.
- Bugmann, M. (2015). *Hypnosepolitik: Der Psychiater August Forel, das Gehirn und die Gesellschaft (1870–1920)*. Böhlau.

- Bullock, A. (1952). *Hitler: A Study in Tyranny* (2. Aufl.). Odhams Press.
- Cabanès, A. (1915a). *Folie d'Empereur: Une dynastie de dégénérés. Guillaume II jugé par la science*. A. Michel.
- Cabanès, A. (1915b). Review: A History Of The Hohenzollerns. *The British Medical Journal*, 2(2852), 327–328.
- Bynum, C.W. (1997). Wonder. *American Historical Review*, 102(1), 1–17.
- Hinzpeter, G. (1888). Kaiser Wilhelm II.: Eine Skizze nach der Natur gezeichnet (1888). In Kohlrausch M. (Hrsg.), *Samt und Stabl: Kaiser Wilhelm II. im Urteil seiner Zeitgenossen* (S. 41–56). Landt
- Cocks, G. (2013). Was Hitler Ill? A Final Diagnosis. By Hans-Joachim Neumann and Henrik Eberle. *Central European History*, 46(4), 924–926.
- Crouthamel, J. (2010). „Hysterische Männer?“. Traumatisierte Veteranen des Ersten Weltkrieges und ihr Kampf um Anerkennung im „Dritten Reich“. In Quinkert B., Rauh Ph. & Winkler U. (Hrsg.), *Krieg und Psychiatrie 1914–1950* (Beiträge zur Geschichte des Nationalsozialismus, Bd. 26) (S. 29–53). Wallstein.
- Crouthamel, J. (2009). *The Great War and German Memory: Society, Politics and Psychological Trauma, 1914–1945*. University of Exeter Press.
- Cunningham, A. (1992). Transforming plague. The laboratory and the identity of infectious disease. In A. Cunningham, P. Williams (Hrsg.), *The laboratory revolution in medicine* (S. 209–244). Cambridge University Press.
- Domeier, N. (2010). *Der Eulenburg-Skandal: Eine Kulturgeschichte der Politik des späten Kaiserreichs*. Campus.
- Dross, F. & Metzger, N. (2018). Krankheit als Werturteil. Eine kleine Geschichte des Umgangs mit Krankheit und Kranken. *APUZ*, 68(24), 4–11.
- Eckart, W.U. (2014). *Medizin und Krieg. Deutschland 1914–1924*. Ferdinand Schöningh.
- Evans, R.J. (2021). *Das Dritte Reich und seine Verschwörungstheorien. Wer sie in die Welt gesetzt hat und wem sie nutzen – Von den „Protokollen der Weisen von Zion“ bis zu Hitlers Flucht aus dem Bunker*. Dt. Verl.-Anst.
- Finucane, R.C. (1975). The Use and Abuse of Medieval Miracles. *History*, 60(198), 1–10.
- Forel, A. (1918a). ‘Verhängnisse: I. Bismarck und die Psychologie Wilhelms II’. *Vorwärts*, 35, 321.
- Forel, A. (1918b). ‘Verhängnisse: II. Deutschland, Europa und der Weltkrieg’. *Vorwärts*, 35, 322.
- Forel, A. (1918c). ‘Verhängnisse’, *Centralschweizerischer Demokrat*, 28/29.11.1918.
- Forel, A. (1914). *Die Vereinigten Staaten der Erde: Ein Kulturprogramm*. Volkart & Peytrequin.
- Forel, A. (1935) *Rückblick auf mein Leben*. Europa.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1: La volonté de savoir*. Gallimard.
- Frances, A. (2017). *Twilight of American Sanity: A Psychiatrist Analyzes the Age of Trump*. William Morris.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Morrow.
- Frei, N. (2005). *1945 und wir. Das Dritte Reich im Bewusstsein der Deutschen*. Beck.
- Freis, D. (2018a). Die Psyche der Nation: Psychiatrie, Politik und Gesellschaft zwischen den Weltkriegen. *Schriftenreihe der DGGN*, 24, 105–117.
- Freis, D. (2020). Psyche, Trauma und Kollektiv – Der psychiatrische Diskurs über die erschütterten Nerven der Nation. In G. Gahlen, R. Gnosa, O. Janz: *Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900–1939)* (S. 53–75). Campus Verlag.
- Freis, D. (2018a): Diagnosing the Kaiser: psychiatry, Wilhelm II and the question of German war guilt. *Medical History*, 62(3), 273–294.
- Freud, S. (2007). Zeitgemäßes über Krieg und Tod (1915). In *Das Unbehagen in der Kultur und andere kulturtheoretische Schriften* (S. 133–162). Fischer.
- Gerstner, A. (2008). *Neuer Adel: Aristokratische Elitekonzeptionen zwischen Jahrhundertwende und Nationalsozialismus*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Geyer, M.H. (1998). *Verkehrte Welt: Revolution, Inflation und Moderne: München 1914–1924*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Godsey, W.D. Jr. (2004). *Nobles and Nation in Central Europe: Free Imperial Knights in the Age of Revolution, 1750–1850*. Cambridge University Press.
- Goodey, C.F. (2011). *A History of Intelligence and “Intellectual Disability”*. *The Shaping of Psychology in Early Modern Europe*. Ashgate.
- Goubert, J.-P. (1987). Twenty Years On: Problems of Historical Methodology in the History of Health. In R. Porter, A. Wear (Hrsg.), *Problems and Methods in the History of Medicine* (S. 40–56). Croom Helm.
- Günther, H.F.K. (1927). *Adel und Rasse*. J.F. Lehmann.
- Hardy, A. (2009). A New Chapter in Medical History. *Journal of Interdisciplinary History*, 39(3), 349–359.
- Hartmann, Chr., Plöckinger, O., Töppel, R. & Vordermayer, Th. (Hrsg.) (2016). *Hitler, Mein Kampf. Eine kritische Edition*. Institut für Zeitgeschichte München-Berlin.
- Hasselbach, H. von (1951). *Gespräch mit Freiherr von Siegler vom Institut für Zeitgeschichte am 27./28.12.1951*. Institut für Zeitgeschichte, ZS-242-1.
- Heer, H. (2005). *Hitler war's. Die Befreiung der Deutschen von Ihrer Vergangenheit*. Aufbau Verlag.
- Hess, V. (1993). *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850* (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 66). Matthiesen.

- Himmelfarb, M. (1984). No Hitler, No Holocaust. *Commentary*, 77(3), 37–43.
- Hofer, H.-G. (2004). *Nervenschwäche und Krieg: Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)*. Böhlau.
- Horowitz, I.L. (1984). Genocide and the Reconstruction of the Social Theory: Observations on the Exclusivity of Collective Death. *Armenian Review*, 37, 1–21.
- Horstmann, B. (2004) *Hitler in Pasewalk. Die Hypnose und ihre Folgen*. Droste Verlag.
- Hucklenbroich, P. (2013). Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre. In P. Hucklenbroich & A. Buyx (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs* (S. 13–83). Mentis.
- Hull, I.V. (1982) *The Entourage of Kaiser Wilhelm II, 1888–1918*. Cambridge University Press.
- Irving, D. (1980). *Wie krank war Hitler wirklich? Der Diktator und seine Ärzte*. Heyne.
- Jessen, J. (2025). Gibt es eine Nazi-DNA? *Die Zeit*, 48, 13.11.2025.
- Jones, L. & Nevell, R. (2016). Plagued by doubt and viral misinformation: the need for evidence-based use of historical disease images. *Lancet Infect Dis*, 16, e235–e240.
- Jones, P.M. (2006). Image, word, and medicine in the Middle Ages. In J.A. Givens, K.M. Reeds & A. Touwaide (Hrsg.), *Visualizing Medieval Medicine and Natural History 1200–1550* (S. 1–24). Ashgate.
- Kaiser, S., Groß, D., Schmidt, M. & Engels, P. (2024). Vom Nationalsozialisten zum Hitler-Erklärer: Die autobiografischen Umdeutungen des Psychiaters Johann Recktenwald (1882–1964). *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 92, 121–127.
- Kaiser, S. & Schmidt, M. (2021). Ludwig Stumpfegger (1910–45): A Career at the Interface of Hitler, Himmler, and Ravensbrück Concentration Camp. In S. Hildebrandt, M. Offer & M.A. Grodin (Hrsg.), *Recognizing the Past in the Present: New Studies on Medicine Before, During, and After the Holocaust* (S. 154–171). Berghahn Books.
- Karenberg, A. (2009). Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography. *Prague Medical Report*, 110(2), 140–145.
- Kershaw, I. (1998). *Hitler 1889–1936*. Dt. Verl.-Anst.
- Kershaw, I. (2000). *Hitler 1936–1945*. Dt. Verl. Anst.
- Kersten, F. (1952). *Totenkopf und Treue – Heinrich Himmler ohne Uniform. Aus den Tagebuchblättern des finnischen Medizinalrates Felix Kersten*. Mölich.
- Klaska, F. (2007). Kollektivschuldthese. In T. Fischer & M.N. Lorenz (Hrsg.): *Lexikon der „Vergangenheitsbewältigung“ in Deutschland. Debatten- und Diskursgeschichte des Nationalsozialismus nach 1945* (S. 43–44). Transcript.
- Kleinman, A. (1988a). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. The Free Press.
- Kleinman, A. (1988b). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books.
- Kohlrausch, M. (2005). Der Monarch im Skandal: Die Logik der Massenmedien und die Transformation der wilhelminischen Monarchie. Akademie Verlag.
- Kohlrausch, M. (2009). Medienskandale und Monarchie: Die Entwicklung der Massenpresse und die „große Politik“ im Kaiserreich. In J. Requate (Hrsg.), *Das 19. Jahrhundert als Mediengesellschaft: Les médias aux XIXe siècle* (116–130). Oldenbourg.
- Kohut, T.A. (1986). Psychohistory as History. *The American Historical Review*, 91(2), 336–354.
- Köpf, G. (2005). Hitlers psychogene Erblindung: Geschichte einer Krankenakte. *Nervenheilkunde*, 24(9), 783–790.
- Kornbichler, T. (1994). *Adolf-Hitler-Psychogramme*. Lang.
- Krischel, M. (2019). Potentiale und Kritik an der retrospektiven Diagnose in der Medizingeschichte, *N.T.M.*, 27, 193–199.
- Lancet Psychiatry. (2016). Medicalisation and its Discontents, *Lancet Psychiatry*, 3, 7, 591.
- Lange-Eichbaum, W. & Kurth W. (2000). *Genie, Irrsinn und Ruhm. Die geheimen Psychosen der Mächtigen*. Komet.
- Langer, W.C. (1973). *Das Adolf-Hitler-Psychogramm: Eine Analyse seiner Person und seines Verhaltens verfasst 1943 für die psychologische Kriegsführung der USA*. Molden.
- Le Bon, G. (1896). *Psychologie des Foules* (2. Aufl.). F. Alcan.
- Leist, A. (Hrsg.) (2006). *Auguste Forel: Eugenik und Erinnerungskultur*. vdf.
- Lerner, P. (1996). „Ein Sieg deutschen Willens“: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie, In W.U. Eckart & C. Gradmann, *Die Medizin und der Erste Weltkrieg* (Neue Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Quellen und Studien, 3) (85–107). Pfaffenweiler.
- Lerner, P. (2003). *Hysterical Men: War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*. Cornell University Press.
- Leven, K.-H. (2004). “At times these ancient facts seem to lie before me like a patient on a hospital bed” – Retrospective diagnosis and ancient medical history. In H.F.J. Horstmannshoff, M. Stol & C.R. Van Tilburg (Hrsg.), *Magic and rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman medicine* (S. 369–386). Brill.
- Leven, K.-H. (1998). Krankheiten – historische Deutungen versus retrospektive Diagnose. In N. Paul & T. Schlich (Hrsg.), *Medizingeschichte: Aufgaben – Probleme – Perspektive* (153–185). Campus.
- Lewis, D. (2003). *The man who invented Hitler. The Making of the Führer*. Headline.
- Longerich, P. (2010). *Heinrich Himmler. Biographie*. Pantheon.
- Longerich, P. (2015). *Hitler*. Siedler Verlag.

- Lugaro, E. (1915). 'Pazzia d'imperatore o aberrazione nazionale?', *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, 20(7), 385–414.
- Manuel, F.E. (1971). The Use and Abuse of History. *Daedalus*, 100, 187–213.
- Martin-Joy, J. (2020). *Diagnosing from a Distance: Debates over Liberal Law, Media, and Psychiatric Ethics from Barry Goldwater to Donald Trump*. Cambridge University Press.
- Martin-Joy, J. (2015). Goldwater v. Ginzburg. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 729–30.
- Matussek, P., Matussek, P. & Marbach, J. (2007). *Affirming Psychosis: The Mass Appeal of Adolf Hitler*. Peter Lang Verlag.
- McCarthy, M. (2017). Experts debate Trump's mental health in US press. *BMJ*, 356, j864.
- McNeill, W.H. (1986). Mythhistory, or Truth, Myth, History, and Historians. In W.H. McNeill (Hrsg.), *Mythhistory and Other Essays* (S. 1–10). University of Chicago Press.
- Müller, E. (1914). Die Kaiser Domitian, Commodus, Caracalla und Elagabal: Ein Beitrag zur Frage des Cäsarenwahnsinns. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, 71(2), 271–288.
- Müller, E. (1913). Die Regenten des Julisch-Claudischen Kaiserhauses in historischer, genealogischer und psychiatrischer Beleuchtung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, 70(4), 575–597.
- Müller, E. (1927). *Wilhelm II.: Eine historische und psychiatrische Studie*. Vogt.
- Neumann, H.-J. & Eberle, H. (2009). *War Hitler krank? Ein abschließender Befund*. Gustav Lübbe Verlag.
- Neuner, S. (2011). *Politik und Psychiatrie: Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920–1939*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Novak, B. (2006). Hitler Studies: A Field of Amateurs. *Asociación de Historia Actual*, 10, 157–168.
- Oltermann P. (2025). Did Hitler really have a 'micropenis'? The dubious documentary analysing the dictator's DNA. *The Guardian*, 13.11.2025.
- Paehler, K. (2017). *The Third Reich's intelligence services: The career of Walter Schellenberg*. Cambridge University Press.
- Pomerantsev, P. (2015). *Nothing is True and Everything is Possible: Adventures in Modern Russia*. Faber & Faber.
- Pick, D. (1989). *Faces of Degeneration: A European Disorder, c. 1848–c. 1918*. Cambridge University Press.
- Pick, D. (2012). *The Pursuit of the Nazi Mind. Hitler, Hess, and the Analysts*. University Press.
- Pilgrim, V.E. (2017). *Hitler 1 und Hitler 2, vol. 1: Das sexuelle Niemandsland*. Osburg Verlag.
- Post, D.E. (1998). The Hypnosis of Adolf Hitler. *J. Forensic Sci.*, 43(6), 1127–1132.
- Quidde, L. (1894). *Caligula: Eine Studie über römischen Cäsarenwahnsinn*. Friedrich.
- Recktenwald, J. (1963). *Woran hat Adolf Hitler gelitten? Eine neuropsychiatrische Deutung*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Röhl, J.C.G. & Young, W. (1998). *The Kaiser's Early Life, 1859–1888*. Cambridge University Press.
- Röhrs, H.D. (1965). *Hitler – die Zerstörung einer Persönlichkeit grundlegende Feststellungen zum Krankheitsbild*. Vowinckel.
- Röhrs, H.D. (1966). *Hitlers Krankheit: Tatsachen und Legenden. Medizinische und psychische Grundlagen seines Zusammenbruchs*. Vowinckel.
- Rosenbaum, R. (2014). *Explaining Hitler. The search for the origins of his evil* (akt. Aufl.). Da Capo Press.
- Rosenburg, C.E. (1992). Framing Disease: Illness, Society, and History. In C.E. Rosenberg & J. Golden (Hrsg.), *Framing Disease. Studies in Cultural History* (= Health and Medicine in American Society) (S. XIII–XXVI). Rutgers University Press, XIII–XXVI.
- Rosenfeld, D.G. (2015). *Hi Hitler! How the Nazi past is being normalized in contemporary culture*. Cambridge University Press.
- Rüth, A. (2011). Representing Wonder in Medieval Miracle Narratives. *MLN*, 126(4), 89–114.
- Scartabellati, A. (2011). 'Il dovere dei medici italiani nell'ora presente: Biopolitica, seduzione bellica e battaglie culturali nelle scienze umane durante il primo conflitto mondiale', *Medicina & Storia*, <http://www.fupress.net/index.php/mes/article/view/10386/9660>.
- Schellenberg, W. (1979). *Aufzeichnungen. Herausgegeben von Gita Petersen, im Anhang unter Verwendung bislang unveröffentlichter Dokumente neu kommentiert von Gerald Fleming*. Limes Verlag Niedermayer und Schlüter.
- Schenck, E.G. (1989). *Patient Hitler. Eine medizinische Biographie*. Droste.
- Schivelbusch, W. (2003). *The Culture of Defeat: On National Trauma, Mourning, and Recovery*, trans. Jefferson Chase. Metropolitan Books.
- Schmidt, M., Westemeier, J. & Groß, D. (2018). Die Ärzte der Nazi-Führer – Karrieren und Netzwerke. In M. Schmidt, D. Groß & J. Westemeier (Hrsg.), *Die Ärzte der Nazi-Führer. Karrieren und Netzwerke* (= Medizin und Nationalsozialismus, 5) (S. 9–21). LIT.
- Schmidt, M., Wilhelmy, S. & Groß, D. (2020). Retrospective Diagnosis of Mental Illness: Past and Present. In *Lancet Psychiatry*, 7, 14–16.
- Schramme, Th. (2013). Benötigen wir mehrere Krankheitsbegriffe? Einheit und Vielfalt in der Medizin. In P. Hucklenbroich & A. Buyx (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs* (85–103). Mentis.
- Schueler, H. (2006). *Trotz alledem: Der Vorwärts – Chronist des anderen Deutschland*. vorwärts buch.
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press.

- Tesdorpf, P.H. (1919). *Die Krankheit Wilhelms II.* Lehmann.
- Tighe, J.A. (1992). The Legal Art of Psychiatric Diagnosis: Searching for Reliability. In C.E. Rosenberg & J. Golden (Hrsg.), *Framing Disease. Studies in Cultural History* (= Health and Medicine in American Society) (S. 206–226). Rutgers University Press.
- Trevor-Roper, H.R. (1953). *Hitler's Table Talk: 1941–1944.* Weidenfeld and Nicolson.
- Wehler, H.-U. (1980). Psychoanalysis and History. In *Social Research*, 47, 3, 519–536.
- Weindling, P. (2002). 'The Medical Publisher Julius Friedrich Lehmann and the Racialising of German Medicine'. In S. Stöckel (Hrsg.), *Die rechte Nation und ihr Verleger: Politik und Popularisierung im J. F. Lehmanns Verlag 1890–1979.* (S. 159–170). Lehmanns Media.
- Weiss, E. (1963). *Der Augenzeuge.* Kreisselmeier.
- Westemeier, J. (2013). *Himmels Krieger: Joachim Peiper und die Waffen-SS in Krieg und Nachkriegszeit* (= *Krieg in der Geschichte*). Ferdinand Schöningh.
- Wilson, A. (2000). On the History of Disease-Concepts: The Case of Pleurisy. *Hist Sci*, 38, 271–319.

MATHIAS SCHMIDT

ist Stellvertreter des Direktors am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums der RWTH Aachen. Er studierte von 2007 bis 2012 Geschichte und Theologie an der Ruhr-Universität Bochum und promovierte und habilitierte zu Themen aus der Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus an der Medizinischen Fakultät Aachen. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen u.a. die Geschichte der Medizin in der Zeit des Nationalsozialismus, die Geschichte des Aussatzes und die Krankenhausgeschichte.

DAVID FREIS

ist Medizinhistoriker und leitet als Akademischer Rat den Teilbereich Medizingeschichte des Instituts für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft an der Universität Augsburg. Er studierte Geschichte, Politikwissenschaften und Gender Studies an der Ruhr-Universität Bochum und promovierte am Europäischen Hochschulinstitut in Florenz. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie, die Geschichte medizinischer Technologien und Medien, die Krankenhausgeschichte und die Geschichte medizinischer Zukunftsvorstellungen.

SASKIA WILHELMY

hat sich 2026 für das Fach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin habilitiert und ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin an der Technischen Universität Dresden. Zuvor war sie seit 2014 am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Uniklinik Aachen tätig und war Geschäftsführerin des dortigen Klinischen Ethikkomitees. Sie studierte Germanistische und Allgemeine Literaturwissenschaft sowie Sprach- und Kommunikationswissenschaft an der RWTH Aachen. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen u.a. die Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus, Ethik in der Psychiatrie und Ethik im digitalen Gesundheitswesen.