

G. Hohendorf¹ · M. Rotzoll¹ · P. Richter¹ · W. Eckart² · C. Mundt¹

¹ Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg

² Institut für Geschichte der Medizin der Universität Heidelberg

Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“

Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin

Zusammenfassung

Anfang der 90er Jahre wurden im ehemaligen Zentralarchiv des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR bisher unbekannte Dokumente aus der NS-Zeit gefunden, unter ihnen ca. 30.000 Krankenakten. Sie konnten als Teil der bis dahin als verschollen geltenden Akten von Patienten und Patientinnen identifiziert werden, die in den Jahren 1940/41 der ersten zentral organisierten Massenvernichtungsaktion im Nationalsozialismus, der sog. Aktion T4, zum Opfer fielen. In 6 Tötungsanstalten wurden ca. 70.000 Anstaltspatienten und Anstaltspatientinnen aus dem damaligen Reichsgebiet durch Gas getötet. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der historischen Forschung zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ und der Interpretation ihrer Entstehungsgeschichte. Anschließend wird die Pilotstudie zu einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten wissenschaftlichen Projekt vorgestellt, das diesen einmaligen Aktenbestand anhand einer größeren Stichprobe (3000 Krankenakten) systematisch bearbeiten soll. Das Projekt kann dazu beitragen, dass die Opfer der NS-„Euthanasie“ als Individuen gewürdigt und ihre Schicksale dokumentiert werden. Wesentliche Fragestellung auch für die Vorstudie ist, welche Gruppen von Patienten im Vergleich zu den vorgegebenen Selektionskriterien (Erbkrankheit/Unheilbarkeit/Leistungsunfähigkeit) tatsächlich getötet wurden. So sollen die Motive, Kriterien und Entscheidungsprozesse, die zur Tötung führten, transparenter werden. Auf einer neuen empirischen Basis können dann bislang offene Fragen zum Verhältnis von rassenhygienischen und ökonomischen Motiven und da-

mit zur Planrationalität der NS-Vernichtungsmaßnahmen einer Klärung nähergebracht werden. Als vorläufiges Ergebnis lässt sich festhalten, dass der größte Teil der Opfer über einen langen Zeitraum (Median 10 Jahre) hospitalisiert war und die Diagnose Schizophrenie oder Schwachsinn trug. Etwa ein Drittel der getöteten Patienten wurde als pflegebedürftig und nicht arbeitstätig beschrieben, fast die Hälfte war mit sog. mechanischen Arbeiten beschäftigt und 5% der Opfer leisteten sog. produktive Arbeit.

Schlüsselwörter

Aktion T4 · Nationalsozialistische „Euthanasie“ · Zusammensetzung der Opfergruppe · Historische Krankenaktenforschung

Vorgeschichte

Der Begriff „Euthanasie“ meint ursprünglich die Ermöglichung eines „guten Todes“. Aktive Lebensverkürzung durch Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen war zunächst nicht Teil der Wortbedeutung [8]. Um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wurde der Begriff jedoch unter dem Einfluss der aufkommenden Rassenhygiene zum Synonym für die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Wie sich anhand der bekannten Schrift von Binding und Hoche aus dem Jahre 1920 exemplarisch nachweisen lässt, wurden die Themen der „Erlösung“ unheilbar kranker Menschen auf ihren eigenen Wunsch hin, also die

Freigabe der Tötung auf Verlangen, und der Feststellung des „Lebensunwerten“ bei Menschen mit einer seelischen Erkrankung, einer Hirnschädigung oder einer geistigen Behinderung miteinander verknüpft. Das Leben dieser Menschen wurde nach von außen gesetzten Kriterien für „lebensunwert“ erklärt. Diese Kriterien waren nach Hoche fehlendes Selbstbewusstsein, das Fehlen produktiver Leistungen und die Notwendigkeit der Versorgung durch Dritte. So wurden die „geistig Toten“ im Sinne Hoche zu „Ballastexistenzen“, deren

„Beseitigung... kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt“ ([10] S. 57).

Die Forderung nach einer gesellschaftlichen Wertbestimmung menschlichen Lebens wurde auch zum Kernthema der Rassenhygiene, deren Wurzeln im Sozialdarwinismus und in der Rassenlehre der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts zu suchen sind und die sich als medizinisches Modell zur Bewahrung und Verbesserung der Erbanlagen eines Volkes verstand [49, 59, 58]. Die „Euthanasie“ ist zwar nur selten explizit als eugenisches Instrument zur „Ausmerzungen“ unerwünschter Erbanlagen und zur „Ausschaltung minderwertiger Menschengruppen“ aus der Gesellschaft diskutiert

© Springer-Verlag 2002

Dr. G. Hohendorf
Psychiatrische Universitätsklinik,
Voßstraße 4, 69115 Heidelberg
E-Mail: Gerrit.Hohendorf@urz.uni-heidelberg.de

G. Hohendorf · M. Rotzoll · P. Richter
W. Eckart · C. Mundt

Victims of Nazi euthanasia, the so-called T4 action. First results of a project at the German Federal Archives to disclose records of killed patients

Summary

In 1990, previously unknown documents dated from the Nazi era were found in Berlin. They had been preserved in the central archives of the Ministry for State Security (MfS), the secret service of the now former German Democratic Republic (GDR). Nearly 30,000 psychiatric patient files turned out to comprise the smaller part of the records of patients who had been murdered in the 1940/41 "T4 action". More than 70,000 patients of psychiatric asylums were killed by gas in this first campaign of extermination during Nazism, and their files were believed to have been lost. Based on a project to be funded by the German Research Association, this paper offers a brief survey of the developments in historical research about Nazi "euthanasia" and the theories interpreting historical information. The paper will also present a research project dedicated to the memory of the victims of the "T4 action" and to the rediscovered files now conserved in the German Federal Archives in Berlin. The aim is to offer a systematic analysis of 3,000 records in an effort to contribute to the perception of the victims as individuals. The analysis will also include an examination of the selection criteria stipulated by the Nazi psychiatrists (hereditary illness, incurability, and incapacity to work productively) to select patients for extermination. In this way, the decision-making process, criteria, and motives that led to the killing should become more clear. This empirical analysis will help to answer questions concerning the proportion of eugenic and economic motivations and the Nazi rationale behind the extermination campaigns. The project will build upon an earlier preliminary study of a nonrepresentative sample of 185 files. As a preliminary result, it can be said that most of the victims had been hospitalised over long terms and classified as schizophrenic or feeble-minded. A third of the patients killed were considered invalid and not working, and almost 50% were described as working "mechanically". Five per cent of the victims were working "productively".

Originalien

Keywords

Nazi euthanasia · T4 action · Composition of the victim group · Historical research on patient records

worden, so z. B. in einem Aufsatz des Psychiaters Kihn aus dem Jahre 1932 [32]. Aber gerade die Bestimmung des Lebenswertes von Menschen durch bestimmte von außen gesetzte Kriterien verband den Diskurs um die „Euthanasie“ mit der facettenreichen Bewegung der Rassenhygiene. Denn wie die zugehörigen Begriffe „lebensunwert“ und „minderwertig“ implizieren, besaß die Diskussion eine bestimmte Zielrichtung, nämlich die Ausschaltung bestimmter menschlicher Lebensformen aus der Gesellschaft und die Verhinderung ihrer Fortpflanzung. Nicht zu Unrecht hat Hans-Walter Schmuhl auf eine auch dem Diskurs der Rassenhygiene innewohnende gleichsam überschießende Radikalität der Sprache hingewiesen, „*die unter bestimmten Umständen in der Realität eingeholt werden kann*“ ([53] S. 761)

Aufgrund der Diskussionen in den vorangegangenen Jahrzehnten konnte die nationalsozialistische Erbgesundheitspolitik auf Veränderungen im moralischen Bewusstsein insbesondere der Funktionsebenen aufbauen, die weit vor dem Aufkommen des Nationalsozialismus begonnen hatten. Parallel zu den genannten wissenschaftlichen Diskursen waren in der Psychiatriepolitik der 30er Jahre nach den Reformbemühungen um Außenfürsorge und Frühentlassung ein Wiederanstieg der Hospitalisierungsrate und rigide Sparmaßnahmen mit Reduzierung des Personalschlüssels und Senkung des Verpflegungssatzes vor allem für die chronisch kranken Patienten zu beobachten. In den Diskussionen um die Sparmaßnahmen in der Psychiatrie waren sich die meisten Autoren einig, dass die Zuteilung von Ressourcen von der Prognose der jeweiligen Erkrankung abhängig gemacht werden sollte [56] ([23] S. 101–240, [15] S. 11–91).

Die als „Euthanasie“ bezeichnete systematische Tötung von Anstaltspatienten stellt im Rahmen der nationalsozialistischen Rassen- und Erbgesundheitspolitik kein isoliertes Geschehen dar, sie ist vielmehr Höhepunkt einer Entwicklung, die 1934 mit der Massen-

sterilisierung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen begann und 1939 mit der Kinder-„Euthanasie“ bereits die Grenze zur physischen Vernichtung von Menschenleben überschritten hatte. Durch die Übernahme von Tötungstechnologie und Personal führen unmittelbare Verbindungslinien von der „Euthanasie“ zu den Massenmorden an Juden, Sinti und Roma, „Gemeinschaftsfremden“ und „Fremdvölkischen“ ([49] S. 240ff, [25] S. 449ff). Für das Verständnis der nationalsozialistischen Genozide ist die „Aktion T4“ daher von besonderer Bedeutung. Dies ist freilich häufig – auch im „Historikerstreit“ um die Singularität des Holocaust – übersehen worden [50].

Die „Aktion T4“

In den Jahren 1940/1941 wurden im damaligen Reichsgebiet etwa 70.000 Patienten und Patientinnen, Bewohner von Heil- und Pflegeanstalten sowie Heilerziehungsheimen in einer von der Kanzlei des Führers in Zusammenarbeit mit der Medizinalabteilung des Reichsinnenministeriums zentral organisierten Vernichtungsaktion getötet [31, 34, 33, 25] ([49] S. 190–214, [23] S. 241ff). Nach dem Sitz der zentralen Dienststelle in der Berliner Tiergartenstraße 4 erhielt diese erste systematische Massenvernichtungsaktion im Nationalsozialismus den Namen „Aktion T4“ [1]. Die Planungen für die Tötung eines Teils der Anstaltspatienten konkretisierten sich im Sommer 1939, als Philipp Bouhler und Viktor Brack von der Kanzlei des Führers in einem Kreis einflussreicher Psychiater das „Euthanasie“-Programm vorstellten und sich alle anwesenden Ärzte zur Mitarbeit bereit erklärten ([49] S. 191, [9]).

Es sollten alle Patienten erfasst werden, die sich länger als 5 Jahre in Anstaltsbehandlung befanden oder die an Schizophrenie, „Schwachsinn“, Epilepsie und neurologischen Endzuständen litten und nicht oder nur mit „mechanischen Arbeiten“ zu beschäftigen waren. Auch sollten *alle* kriminellen Geisteskranken und nicht deutsche Anstaltspatienten unter Angabe der Rassezugehörigkeit gemeldet werden. Hieraus lassen sich die Selektionskriterien „Erblichkeit“, „Unheilbarkeit“, „Leistungsunfähigkeit“, „Asozialität“ und „Rassezugehörigkeit“ ableiten, während Kriegsversehrt, Alterskranke und Ausländer zu-

nächst zurückgestellt werden konnten ([49] S. 201). Die jüdischen Anstaltspatienten wurden ab Frühjahr 1940 in bestimmten Sammelanstalten zusammengefasst. Sie wurden zumeist außerhalb des regulären Selektionsverfahren der „Aktion T4“ – allein aufgrund ihrer Abstammung – umgebracht.¹ Die Erfassung und Selektion der anderen Opfer erfolgte mit flächendeckend versandten Meldebögen, die von den einzelnen Anstalten ausgefüllt und 2 psychiatrischen Gutachtern sowie einem Obergutachter zur Entscheidung über Leben und Tod vorgelegt wurden. In einzelnen Anstalten Österreichs und in Bethel wurden Ärztekommisionen der „Aktion T4“ eingesetzt, um die Opfer auszuwählen.

Entsprechend diesen bürokratischen Selektionsentscheidungen wurden Transportlisten zusammengestellt und die Patienten mit Sammeltransporten – noch heute sind die berüchtigten „grauen Busse“ den Augenzeugen ein Begriff – entweder direkt in die Tötungsanstalten oder in eine Zwischenanstalt gebracht, von wo aus der Transport in eine der 6 Vergasungsanstalten erfolgte (Grafeneck/Württemberg, Brandenburg/Havel, Hartheim/Linz, Sonnenstein/Pirna, Bernburg/Saale und Hadamar/Hessen). Hier wurden die Patienten nach einer kurzen ärztlichen Untersuchung, die der Identitätsüberprüfung und der Festlegung einer plausiblen Todesursache für die Sterbeurkunde diente, in Gaskammern mit Kohlenmonoxydgas erstickt. Die Angehörigen erhielten nach einem ausgeklügelten Geheimhaltungssystem gefälschte Todesnachrichten, die sog. „Trostbriefe“, die eine „Erlösung“ der Kranken von ihrem Leid suggerierten.

Dennoch kam es innerhalb der Bevölkerung zu einer erheblichen Beunruhigung wegen der Krankenmorde. Auch von kirchlicher Seite waren Proteste zu verzeichnen. Am 24. August 1941 verfügte Hitler die Einstellung der Massenvergasungen und somit das Ende der zen-

tral organisierten „Aktion T4“. Der Abbruch der „Aktion T4“ ist nach neueren Forschungsergebnissen nicht auf das Erreichen eines vorgegebenen Plansolls zurückzuführen, vielmehr spielte der Stimmungseinbruch in der Bevölkerung nach dem ins Stocken geratenen Krieg gegen die Sowjetunion und der zunehmende Luftkrieg gegen deutsche Städte eine entscheidende Rolle ([23] S. 271–288). Die Aktivitäten der Planungszentrale der „Aktion T4“ legen nahe, dass man dort jederzeit zu einer Wiederaufnahme der zentral gesteuerten Krankentötungen bereit war. Diese endeten denn auch nach Hitlers Einstellungsverfügung keineswegs, sondern wurden, unterstützt von der zentralen Dienststelle, in regional unterschiedlichem Maße mittels einer speziellen Hungerkost und Medikamententötungen bis 1945 fortgeführt. Zugleich erweiterte sich der Kreis möglicher Opfer auf die Bewohner von Altersheimen, die Insassen von Arbeitshäusern und „nichtbildungsfähige“ Jugendliche in Fürsorgeheimen.

Ab Sommer 1943 kam es zu einem erheblichen Anstieg der Verlegungen von Anstaltspatienten aus sog. luftgefährdeten Gebieten, von denen ein großer Teil in besonders ausgewählten Anstalten systematischen Krankentötungen zum Opfer fiel („Aktion Brandt“). Sonderaktionen betrafen tuberkulöse und geisteskranken Zwangsarbeiter, arbeitsunfähige KZ-Häftlinge sowie die Tötung der Bewohner polnischer und sowjetischer Anstalten durch SS-Einsatzgruppen. Bereits 1939–1940 waren Psychiatriepatienten in Pommern, West- und Ostpreußen durch SS-Einsatzgruppen erschossen worden. Parallel zu den hier erwähnten Tötungsaktionen fand 1939 bis 1945 ein ebenfalls von der Kanzlei des Führers über die Gesundheitsämter organisiertes Verfahren zur Erfassung geistig und körperlich behinderter Kinder statt. Die Kinder wurden in speziellen Einrichtungen, den sog. Kinderfachabteilungen, nach einer eingehenden Beobachtungsphase mit Medikamenten getötet. Im Gegensatz zum Begutachtungsverfahren der „Aktion T4“ sah das Verfahren der „Kinder-Euthanasie“ im Einzelfall die Möglichkeit der Überprüfung der Tötungsentscheidung durch die behandelnden Ärzte vor [29]. Die Gesamtzahl der „Euthanasie“-Opfer wird allein im Reichsgebiet auf über 200.000 geschätzt [24].

Die an den nationalsozialistischen Krankentötungen beteiligten Psychiater, unter ihnen Paul Nitsche, Carl Schneider, Hans Heinze und der im Hintergrund agierende Vorsitzende der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater Ernst Rüdin², versuchten die „Euthanasie“-Maßnahmen in ein umfassendes Reformkonzept der psychiatrischen Versorgung, Forschung und Therapie einzubetten. Entscheidendes Ziel ihrer Reformpläne war es, für die Heilung der therapiefähigen Kranken und ihre Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess der „Volksgemeinschaft“ alles nur Mögliche zu tun und die modernen Schocktherapieverfahren (insbesondere Elektrokrampftherapie und Insulinschocktherapie) ebenso wie die Arbeitstherapie flächendeckend anzuwenden. Demgegenüber wurde für die chronisch kranken, nicht mehr therapiefähigen Anstaltspatienten ein abgestuftes Konzept der Ausnützung ihrer Arbeitskraft in entsprechenden Pflegeanstalten bis hin zur „Euthanasie“ entworfen. Erst durch die entschiedene Förderung der aktiven psychiatrischen Therapien könne, so argumentierten die psychiatrischen Experten, die „Euthanasie“ unheilbar Kranker von der Bevölkerung akzeptiert werden [52, 2, 28]. Bereits die Erörterungen zu einem Gesetz über Sterbehilfe im Jahre 1940, also zu Beginn der Massenvernichtungsaktion, zeigen, dass man die „Euthanasie“ zu einem selbstverständlichen Teil der medizinischen und psychiatrischen Versorgung machen wollte [42].

Erklärungsansätze

Zur Genese der nationalsozialistischen „Euthanasie“ finden sich in der Literatur im Wesentlichen die folgenden Erklärungsansätze: Hans-Walter Schmuhl

¹ Die Todesbenachrichtigungen kamen zur Tarnung aus der „Reichsanstalt Cholm“ im besetzten Polen. Die Tötungen erfolgten jedoch in den Tötungsanstalten des Reichsgebiets, insbesondere in Brandenburg/Havel. Nach Beginn der Judendeportationen 1941/42 sind die jüdischen Patienten, insbesondere die in der jüdischen Heilanstalt Bendorf-Sayn noch verbliebenen Kranken, in die Vernichtungslager des Ostens deportiert worden ([25] S. 418–448).

² Rüdin war mit Sicherheit frühzeitig über die Durchführung der „Aktion T4“ informiert und stand in enger Verbindung mit dem späteren Leiter der Medizinischen Abteilung der „Euthanasie“-Zentrale Paul Nitsche, mit dem er die Zensur „Euthanasie“-kritischer Stimmen bei der geplanten Würzburger Tagung der Fachgesellschaft im Herbst 1941 abstimmt. Außerdem unterstützte er nachhaltig Forschungsprojekte, die das wissenschaftliche Fundament für die Selektion der Opfer liefern sollten, so auch die Heidelberger Forschungen Carl Schneiders zur Genese kindlicher Schwachsinnformen [39, 41].

erklärt den in der „Euthanasie“ kulminierenden Radikalisierungsprozess der NS-Rassen- und Erbgesundheitspolitik mit den politischen Rahmenbedingungen des „Dritten Reiches“, die sich aus dem Ineinandergreifen des charismatischen Legitimitätsanspruchs des NS-Herrschaftssystems, der rassistischen Staatsdoktrin und der polykratischen Herrschaftsstruktur ergaben. Das Nebeneinander von staatlichen und Parteiinstitutionen habe außerordentliche, geheim zu haltende und selbst durch die NS-Gesetzgebung nicht gedeckte Maßnahmen ermöglicht, die wiederum mit einer sich ständig steigenden Ausnahme- und Bedrohungssituation begründet worden seien ([49] S. 129ff). Dabei ist die Wertung des Übergangs von der rassenhygienisch motivierten Zwangssterilisation zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Sinne einer zunehmenden Radikalisierung umstritten. Im Gegensatz zu Schmuhl bestreitet z. B. Michael Schwartz eine in der Konzeption der Rassenhygiene/Eugenik grundsätzlich enthaltene Radikalisierungstendenz, von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ überzugehen [55, 53]. Ein besonderes Erklärungsmodell, das im Übrigen auch auf die Genese des Holocaust Anwendung findet, liegt den Arbeiten von Götz Aly und seinen Mitarbeiterinnen zugrunde: Die „Euthanasie“-Aktionen seien im Wesentlichen von einer mehr oder weniger homogenen Expertokratie vorgedacht und über Führermächtigungen in die Tat umgesetzt worden. Sie hätten eine zweckrationale, ökonomische und bevölkerungspolitische Zielsetzung verfolgt. Im Sinne einer „Endlösung der sozialen Frage“ sei es darum gegangen, die „Unbrauchbaren“ aus der Gesellschaft „auszuscheiden“ [3, 1, 6, 4, 54] ([5] S. 50–55). Als wesentlicher Beleg für die Zweckrationalität der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Maßnahmen gelten die bereits erwähnten, von den psychiatrischen Experten im Rahmen der NS-„Euthanasie“ entworfenen Pläne für eine Modernisierung der psychiatrischen Versorgung unter dem Primat einer aktiven Therapie für die „Therapiefähigen“ bei gleichzeitiger Vernichtung der „therapieunfähigen“, leistungsunfähigen und chronisch kranken Patienten. Klaus Dörner ordnet mit seiner Interpretation der „Endlösung der sozialen Frage“ die NS-„Euthanasie“ in den größeren histori-

schen Zusammenhang der Entstehung moderner Gesellschaften im 19. und 20. Jahrhundert ein: Im Sinne des utopischen Entwurfs einer homogenen, gesunden und leidensfreien Gesellschaft sei es darum gegangen, den minderwertigen und leistungsschwachen Teil der Gesellschaft für immer zu beseitigen ([19] S. 49) [20]. In diesem Zusammenhang hat Dirk Blasius davor gewarnt, „der NS-Rassenpolitik ein gigantisches sozialesanitäres Planungsprogramm“ zu unterlegen ([11] S. 52). Die von den an der „Euthanasie“ beteiligten Psychiatern entworfenen Modernisierungspläne seien ohne realpolitische Relevanz gewesen und lediglich als Reflex auf den mit der „Euthanasie“ verbundenen Ansehensverlust der Psychiatrie zu werten ([12] S. 185ff).

Bei diesen Erklärungsansätzen bleibt letztlich die Frage offen, ob es sich bei den Krankentötungen im Nationalsozialismus um die zwangsläufige Folge eines zunehmend radikaler werdenden rassenhygienischen Diskurses handelt oder ob die spezifischen Herrschaftsbedingungen des Nationalsozialismus und die besondere Situation des Krieges mit der angeblichen ökonomischen Notwendigkeit der Opferung der „unnützen Esser“ die entscheidende Rolle gespielt haben. Sicherlich wäre es sinnvoll, eine vergleichende Untersuchung der Struktur des eugenischen Diskurses in verschiedenen europäischen Ländern und Nordamerika vorzunehmen, um die Besonderheiten der Entwicklung in Deutschland besser verstehen zu können.³ Dabei wäre insbesondere das jeweilige Verhältnis von Politik und Wissenschaft näher zu bestimmen und auf Verknüpfungen mit der Diskussion um die Euthanasie seit Ende des 19. Jahrhunderts zu achten. Unabhängig vom Ergebnis einer solchen Studie wird der Nationalsozialismus mit seiner rassistisch und erbbiologisch motivierten Massenvernichtungspolitik jedoch ein Phänomen bleiben, das durch eine rationale Geschichtsdeutung nicht vollständig erklärt werden kann. So weisen nicht nur Auschwitz, sondern auch Grafeneck und Hadamar auf Grenzen historischer Erklärbarkeit des Nationalsozialismus hin [18, 26].

³ Vgl. den Beitrag von Volker Roelcke in diesem Heft.

Auf einer empirischen Ebene lässt sich die Frage nach der Gewichtung rassenhygienischer und ökonomisch-utilitaristischer Motive bei der Durchführung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ durch eine Untersuchung der *tatsächlich* angewandten Selektionskriterien bei der Auswahl der Opfer einer Klärung näherbringen. Diese Möglichkeit eröffnet der Anfang der 90er Jahre aufgefundene Krankenaktenbestand der „Aktion T4“, der seit kurzem im Bundesarchiv Berlin für wissenschaftliche Untersuchungen und Anfragen von Angehörigen zugänglich ist. Dabei sollte eine wissenschaftliche Studie sich gleichzeitig der Aufgabe stellen, an die Opfer und ihre individuellen Schicksale zu erinnern.

Die öffentliche Wahrnehmung der Opfer

Obwohl es mittlerweile eine Fülle von historischen Arbeiten zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ und ihren ideologischen Wurzeln gibt und viele psychiatrische Institutionen ihre Geschichte in der Zeit des Nationalsozialismus aufgearbeitet haben⁴, sind die Opfer dieser ersten NS-Massenvernichtungsaktion in der öffentlichen Wahrnehmung bis heute wenig beachtet worden.⁵ So befindet sich am Ort der Planung und Organisation der „Euthanasie“-Verbrechen in der Berliner Tiergartenstraße 4 in der Nähe der heutigen Philharmonie nur eine unscheinbare, dem unkundigen Passanten kaum auffallende Gedenkplatte. Das geplante Mahnmal für die ermordeten europä-

⁴ Vgl. die Bibliographie von Christoph Beck [7]. Einen Literaturüberblick bis Anfang der 90er Jahre geben Michael Burleigh und Hans-Walter Schmuhl [14, 51]. Eine Zusammenfassung der neueren Forschungsergebnisse findet sich bei Faulstich [23]. Als regionalgeschichtliche Arbeiten seien erwähnt die großangelegte Studie von Bernd Walter zur Geschichte der Westfälischen Psychiatrie [57], zu den evangelischen Anstalten der Rheinprovinz die Arbeit von Uwe Kaminsky [30], zur sächsischen Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein das Buch von Thomas Schilter [47] und zu den Bayerischen Anstalten der Sammelband von Hans Ludwig Siemen und Michael von Cranach [16].

⁵ Die Arbeit von Hans-Werner Scheuing zur Geschichte des Schwarzacher Hofes hebt beispielhaft die Perspektive der Opfer und der überlebenden Heimbewohner hervor [46].

ischen Juden in Berlin erinnert nicht an die Opfer der NS-„Euthanasie“ und die anderen Gruppen von NS-Opfern. Eine „Nationale Gedenkfeier“ für die Opfer der NS-„Euthanasie“ im Frühjahr 2000 in der ehemaligen Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein mit 100 Teilnehmern verlief ohne wesentliche überregionale Presseresonanz [17]. Die Opfer von „Euthanasie“ und Zwangssterilisation waren lange Zeit überhaupt nicht als NS-Verfolgte anerkannt und sind es auch heute nur bedingt. So gehören die zwangssterilisierten Menschen nicht zu den NS-Opfern im Sinne des § 1 des Bundesentschädigungsgesetzes, sie erhalten seit Mitte der 80er Jahre nach dem Allgemeinen Kriegsfolgengesetz lediglich eine Einmalzahlung von DM 5000, ohne dass damit eine Rechtspflicht anerkannt würde. Weitere geringfügige monatliche Leistungen werden in Ausnahmefällen nur bei Nachweis eines konkreten Gesundheitsschaden und unter Berücksichtigung des Familieneinkommens gewährt [27, 38]. Auch den Angehörigen ermordeter Patienten fiel es schwer, Entschädigungsleistungen – z. B. Rentenzahlungen für Kinder – oder als Nebenkläger vor Gericht ein Mindestmaß an Gerechtigkeit in der Auseinandersetzung mit den Tätern zu erreichen. Die fehlende rechtliche Gleichstellung zu anderen Opfergruppen, die aus weltanschaulichen, religiösen, politischen oder rassischen Gründen verfolgt wurden, ist für viele Opfer der Zwangssterilisation und für die Angehörigen von getöteten Patienten bis heute beschämend, gerade wenn man berücksichtigt, wie schonend die deutsche Nachkriegsjustiz mit vielen Tätern und Tatbeteiligten umgegangen ist [35, 36].

In den betroffenen Familien besteht bis heute eine erhebliche mit Scham verbundene Hemmschwelle, über den plötzlichen Tod eines Kindes, eines Bruders, einer Tante in einer fernen Anstalt zu sprechen. Dies belegen auch eigene Interviews und Gesprächskontakte mit den Angehörigen derjenigen geistig behinderten Kinder, die in den Jahren 1942–1944 im Rahmen eines von Carl Schneider an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik initiierten Forschungsprojektes getötet worden sind.⁶

Der Krankenaktenbestand der „Aktion T4“ im Bundesarchiv Berlin

Anfang der 90er Jahre wurden im ehemaligen Zentralarchiv des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR bisher unbekannte Dokumente aus der Zeit des Nationalsozialismus aufgefunden. Dabei zeigte sich, dass dieser Bestand unter anderem einige 10.000 Krankenakten enthielt, die fast alle in den Jahren 1940 oder 1941 mit dem Vermerk „Verlegt in eine andere Anstalt“ enden. Außerdem ist auf einem größeren Teil der Aktendeckel eine 6-stellige Z-Nummer mit blauem Buntstift aufgetragen, wie sie auch von erhaltenen Meldebögen her bekannt ist und den „Euthanasie“-Dienststellen zugeordnet werden kann. In den Akten selbst sind häufiger Anstreichungen ebenfalls mit blauem Buntstift zu finden, die auffälliges oder störendes Verhalten von Patienten, wie es in der Krankengeschichte beschrieben wurde, hervorheben. Somit war bald klar, dass es sich bei diesem Aktenbestand um einen Teil der Krankenakten der Patientinnen und Patienten handeln muss, die im Rahmen der zentral organisierten „Aktion T4“ getötet wurden [40]. Mithilfe eines öffentlichen Appells konnte in Zusammenarbeit mit dem „Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation“ erreicht werden, dass der Krankenaktenbestand im Bundesarchiv Berlin zusammengehalten, konserviert und archivalisch erschlossen wurde [22]. Inzwischen sind die rund 30.000 Patientenakten für die Angehörigen der Opfer und für die wissenschaftlich-historische Forschung benutzbar (Bestand R179 Bundesarchiv Berlin). Auch konnte der Weg der Krankenakten von der letzten „Abwicklungsabteilung“ der T4-Dienststellen in Hartheim, wo ein Teil der Akten vernichtet wurde, in das Archiv des Ministeriums für Staatssicherheit inzwischen rekonstruiert werden [45, 13].

Bei den Patientenakten handelt es sich um die Krankenakten der jeweiligen Ursprungsanstalten teils bestehend aus

⁶ Während der Vorbereitungen für die Enthüllung des Mahnmals für die 21 Kinder und Jugendliche, die auf Veranlassung von Carl Schneider 1942–1945 in der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg getötet worden sind, versuchten wir, mit allen erreichbaren Angehörigen Kontakt aufzunehmen, konnten jedoch nur zu fünf Familien einen Gesprächskontakt herstellen [37].

Krankengeschichte und Verwaltungsakte, teils bestehend aus einer von beiden. Sie enthalten mehr oder weniger detaillierte Angaben über die persönlichen Lebensverhältnisse der Kranken, den Aufnahmebefund, die Diagnose, evtl. durchgeführte Therapiemaßnahmen, Arbeitsleistungen, den Krankheitsverlauf, das Verhalten auf Station und Verlegungen in andere Anstalten. Zudem sind teilweise Angaben über Zwangssterilisation, Schriftwechsel mit Behörden, und private Korrespondenz überliefert.

Eine empirische Studie zu den Opfern der „Aktion T4“

Diese Akten bilden die Grundlage für eine größere, von der DFG geförderte Studie⁷, die sich mehrere Ziele gesetzt hat. Zum einen soll die Gruppe der Opfer auf der Basis einer Stichprobe von 3000 Krankengeschichten ihrer sozialen Herkunft nach näher beschrieben werden, ergänzt durch biographische Einzelfallstudien zum besseren Verständnis individueller Schicksale oder für die Gesamtgruppe typischer Aspekte. Zum anderen sollen die aus der Struktur der Meldebögen abzuleitenden Selektionskriterien der Täter in der Gewichtung und Konsequenz ihrer Anwendung untersucht werden (Abb. 1). Weiterhin soll ein Überblick über die regionalen Schwerpunkte und die Dynamik der „Aktion T4“ geschaffen werden, der das bisher Bekannte ergänzen kann und Antworten auf verschiedene Detailfragen gibt, z. B. nach den Zusammenhängen zwischen psychiatrischer Forschung und „Euthanasie“ oder nach der Einbeziehung von Kindern und jüdischen Anstaltspatienten in die „Aktion T4“.

Zur Vorbereitung dieser großen Studie wurde 1999 eine Pilotstudie durchgeführt. Letztere bezog 185 Akten ein⁸, kann also zwar angesichts der Gesamtzahl der Akten von 30.000 bzw. angesichts der

⁷ Projektnummer DFG HO 2208/2–1. Für eine zusätzliche finanzielle Förderung sind wir dem Boehringer-Ingelheim-Fond und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg dankbar.

⁸ Die Stichprobenziehung erfolgte nach der DOT-Methode – berücksichtigt wurden also nur diejenigen Nachnamen der 30.000 Anstaltspatienten, die mit den Buchstaben D, O und T beginnen. Von diesen wurde jede zehnte Akte gezogen.

DR mit Schreibmaschine auszufüllen

Name der Anstalt: _____
in: _____

Vor- und Suname des Patienten: _____ geborene: _____
Geburtsdatum: _____ Ort: _____ Kreis: _____
Letzter Wohnort: _____ Kreis: _____
leibig, verh., verw., gesch.: _____ Konf.: _____ Rasse: (*) _____ Wehrdienst, wann? _____
früherer Beruf: _____ Staatsang.: _____
Kriegsbesch. (auch wenn nicht mit Geisteskrankh. in Zusammenhang stehend) ja _____ nein _____ (1914/18 od. ab 1.9.39)
Wobut sie ist Kriegsbesch. erwischt und worin besteht sie? _____
Anschrift d. nächsten Angeh.: _____
Regelmäßig Besuch und von wem (Anschrift): _____
Vormund oder Pfleger (Name, Anschrift): _____
Kostenträger: _____ Seit wann in dortiger Anstalt: _____
Woher und wann eingeliefert: _____ Seit wann krank: _____
In anderen Anstalten gewesen, wo und wie lange: _____
Zwilling ja _____ Geisteskrankte Blutverwandte: _____
Diagnose: _____
Klinische Schilderung (Vorgeschichte, Verlauf, Zustandsbild), in welchem Falle auszeichnende Angaben über Geisteszustand! _____
sehr unruhig? ja _____ bettlägerig? ja _____
Körperl. ungesund. Leiden: ja _____ (welches?) _____
Bei Schizophrenie: Erstfall _____ Endzustand _____ gut remittierend _____
Bei Schwachsinn: debil _____ Imbeill _____ Idiot _____
Bei Epilepsie: psych. verändert _____ durchschnittliche Häufigkeit der Anfälle _____
Therapie (Insulin, Cardiazol, Malaria, Salvarsan usw., wann?) _____ Dauererfolg: ja _____
Eingewiesen auf Grund § 51, § 42b StrGB. usw. _____ durch: _____
Delikt: _____ Frühere Straftaten: _____
Art der Beschäftigung (ins einzelne gehende Bezeichnung der Arbeit): _____
Dauerhafte Beschäftigung; selbständiger Arbeiter ja _____
Wert der Arbeitsleistung (nach Möglichkeit verglichen mit Durchschnittsleistung Gesunder): _____
Dieser Mann ist frei zu lassen. _____
Ort, Datum _____
Haustrichheit bei körperlichen Unwohl oder krank. Umständen. (Höhe, die nicht psychisch-krankheitsbedingte sein, haben hier zu verzeichnen)
*) Deutschen oder arverwandten Blutes (Deutschblütig), Jude, jüdischer Blutsling I. oder II. Grades, Negr. (Blutsling).
127839

Abb. 1 ▲ Meldebogen aus dem Jahr 1941. Quelle: Bundesarchiv Berlin Film 41151 NAW T-1021 Rol. 12 Film 707 Bd. 19. (Heidelberger Dokumente Nr. 127839)

Gesamtzahl der Opfer der „Aktion T4“ von etwa 70.000 nicht als repräsentativ gelten, aber dennoch bereits einige interessante Ergebnisse bieten sowie grundsätzliche Probleme beleuchten [43].

In der Pilotstudie wurden über 50 verschiedene Variablen aus 3 Bereichen erhoben:

1. Variablen zum Sozialstatus,
2. Variablen zu Diagnose, Krankheitsverlauf, Therapie und Verhaltensbewertung,
3. Angaben zu Anstaltsaufenthalten, Verlegungsdaten und den Daten des

Transports in die Zwischenanstalt und in die Tötungsanstalt.

Die Variablen zum Sozialstatus, die auch Berufsangaben und Zuordnungen zu einem Schichtenmodell aus der historischen Sozialforschung umfassen, sind ohne geeignete Vergleichsstichproben (Anstaltspatienten, die die „Aktion T4“ überlebt haben) noch nicht endgültig interpretierbar. Ein Vergleich mit Zahlen aus der Gesamtbevölkerung des damaligen deutschen Reiches, die durch die Volkes- und Berufszählung 1939 gewonnen worden waren, zeigt jedoch be-

reits eine deutliche Unterrepräsentanz der Oberschicht.

Die Variablen, die sich auf den Ablauf und die Organisationsstruktur der „Aktion T4“ beziehen, sollen hier nicht ausführlich vorgestellt werden. Dagegen sollen einige Anmerkungen zum psychiatriehistorisch interessanten zweiten Variablenbereich formuliert werden. Besonders hier zeigen sich bei der Konstruktion der Variablen aus der Eigenart der verwendeten Quellen, der Krankengeschichten und der Personalakten (= Verwaltungsakten), gewisse grundsätzliche Schwierigkeiten. Zwar lassen sich bestimmte Daten aus den Krankengeschichten gut erheben. So fehlt selten die Angabe einer Diagnose, die auch unschwer dem „Würzburger Schlüssel“ (seit 1933 in Gebrauch befindlicher Diagnoseschlüssel, Vorläufer der ICD-Klassifizierung) zuzuordnen sind [21]. Auch andere, eher äußere Daten, wie die Zahl der Aufnahmen oder der Beginn der Dauerhospitalisierung, lassen sich, wenn die Akte vollständig ist, leicht ermitteln. So kann die Hypothese, dass – wie nach den aus den Richtlinien zum Ausfüllen des Meldebogens zu erschließenden Selektionskriterien zu erwarten – vorwiegend Langzeitpatienten der „Aktion T4“ zum Opfer gefallen sind, die dementsprechend häufig z. B. unter die Diagnosen „Schizophrenie“ oder „Schwachsinn“ fielen, recht gut überprüft werden (s. unten, Darstellung der Ergebnisse). Hingegen lassen sich andere wichtige Kriterien, z. B. die Prognose, nur selten explizit aus dem Text der Krankengeschichte entnehmen, sie finden sich eher „zwischen den Zeilen“, entziehen sich also einer empirisch-statistischen Herangehensweise. Um zu überprüfen, ob das Kriterium der „Unheilbarkeit“, wie zu vermuten, tatsächlich eine große Rolle als Selektionskriterium gespielt hat, kann man also nicht direkt vorgehen, sondern muss auf andere Variablen zurückgreifen, in denen das Kriterium implizit enthalten ist, im Fall „Prognose“ also z. B. wiederum „Diagnose“ und „Dauer der Anstaltsbehandlung“.

Gerne würde man auch mehr erfahren zu Medikation und zu weiteren, gerade in den 30er Jahren stark propagierten Therapiemaßnahmen wie Schocktherapien und Arbeitstherapie, um der Frage nachgehen zu können, ob Patienten mit fehlgeschlagenen Therapieversuchen in der Vorgeschichte gefährdeter

Tabelle 1

Diagnose nach Würzburger Schlüssel

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1 = Schwachsinn (angeboren und früh erworben)	51	28,3	28,3
3 = Progressive Paralyse	7	3,9	32,2
4 = Tabes, Lues, psychische Störungen	2	1,1	33,3
5 = Encephalitis epidemica	2	1,1	34,4
6 = Psychische Störung des höheren Lebensalters	4	2,2	36,7
13 = Epilepsie	22	12,2	48,9
14 = Schizophrener Formenkreis	90	50	98,9
15 = Manisch-depressiver Formenkreis	1	,5	99,4
16 = Psychopathische Persönlichkeiten	1	,5	100,0
Gesamt	180	100	

waren als andere, in die „Euthanasie“ zu geraten. Doch gerade in diesem Bereich ist die Dokumentation in den Akten häufig sehr karg. Was den Bereich Arbeitstherapie betrifft, ist allerdings festzuhalten, dass in den Akten zwar meist kein expliziter Zusammenhang zwischen Arbeitstätigkeit der Patienten und der therapeutischen Sphäre hergestellt wurde, dass aber sehr wohl die Tätigkeitsbereiche genannt und die Arbeitsleistungen – natürlich aus Sichtweise der behandelnden Ärzte – auch bewertet werden. Auch dies ist von großer Bedeutung im Hinblick auf die Selektionskriterien, spielte doch, nach der Formulierung des Meldebogenformulars, die Arbeitsleistung der Patientinnen und Patienten eine größere Rolle für die Tötungsentscheidung.

Weniger bezüglich der Arbeitsbereiche, umso mehr aber hinsichtlich der Bewertung der Arbeitsleistung stellte sich in der Pilotstudie das Problem einer sinnvollen Kategorisierung. Wir entschieden uns für eine Methode, die zunächst mithilfe von Textfeldern für die jeweilige Krankengeschichte charakteristische Begriffe im Wortlaut festhält, und operationalisierten hieraus im 2. Schritt eine Variable, indem wir die aus den Quellen entnommenen Begriffe zu Wortfeldern zusammenfassten (s. unten, Variable „Bewertung der Arbeitstätigkeit“). Auf einer 3. Ebene wurde unter Einbeziehung des Arbeitsbereiches eine Typisierung vorgenommen, wie sie bereits durch von Rönn in die „Euthanasieforschung“ eingeführt worden ist [44]. Von Rönn bildete diese 3 Typen – besonders pflegeaufwendige und unbeschäftigte Patienten, ruhige und/oder mit mechanischer Arbeit beschäftigte Patienten

und Patienten, die „produktive“ Arbeit leisteten – unter der Hypothese, dass pflegeaufwendige und unbeschäftigte Patienten am stärksten gefährdet waren, für die Tötung ausgewählt zu werden (s. unten, Variable „Typisierung nach Peter von Rönn“).⁹ Auch das Verhalten der Patienten bzw. dessen Bewertung durch Ärzte, Schwestern und Pfleger, ob sie z. B. als „störend“ oder potenziell gefährlich eingeschätzt wurden, kann einen Einfluss auf die Tötungsentscheidung gehabt haben. Zur Operationalisierung der in den meisten Akten vorhandenen Verhaltensbeschreibungen bzw. -bewertungen wählten wir das genannte lexikalische Verfahren, um über das Extrahieren von Begriffen aus den Quellen zur Bildung von operationalisierbaren Wortfeldern zu gelangen (s. unten, Variable „Cluster von Verhaltensbewertungen“).

In der Folge sollen die Ergebnisse zu den genannten Variablen als Beispiele für die Pilotstudie vorgestellt werden.

Variable „Diagnose“

Die Diagnose ließ sich fast immer erheben (nur 5 fehlende Fälle) und nach dem erwähnten „Würzburger Schlüssel“ klassifiziert kodieren. Erwartungsgemäß zeigte sich ähnlich wie in den Studien von Walter und Schilter, die sich ebenfalls auf in der nationalsozialistischen „Euthanasie“ getötete Patienten beziehen¹⁰, ein Vorherrschen der Diagnosen Schizophrenie (50%), „Schwachsinn“

⁹ Von Rönn formulierte diese Typisierung ursprünglich zum statistischen Nachweis von Patiententötungen in späteren Phasen der nationalsozialistischen „Euthanasie“.

(28,3%) und Epilepsie (12,2%) gefolgt von der progressiven Paralyse. Die übrigen diagnostischen Gruppen fielen kaum ins Gewicht (Tabelle 1).

Auch eine von Gerhard Schmidt unmittelbar nach Kriegsende durchgeführte, jedoch erst in den 60er Jahren veröffentlichte Studie zu den „abtransportierten“ Patienten der oberbayerischen staatlichen Anstalten Eglfing-Haar und Garbersee sowie von 6 kirchlichen Einrichtungen in Bayern kam zu ähnlichen Ergebnissen: Bei 53,1% der Opfer lautete die Diagnose Schizophrenie und bei 24,5% „Schwachsinn“. In den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten überwog die Diagnose Schizophrenie sogar mit 76,1%. Bei den kirchlichen Pflegeanstalten, die sich stärker der Versorgung geistig behinderter und anfallskranker Menschen widmeten, trugen 57,6% der „abtransportierten“ Patienten die Diagnose „Schwachsinn“ oder „Idiotie“, 15,8% der Patienten litten an Epilepsie ([48] S. 77 f.).

Variable „Gesamthospitalisierungsdauer“

Diese Variable wurde operationalisiert als Dauer des letzten Aufenthaltes in Jahren einschließlich möglicher Verlegungen von Anstalt zu Anstalt. Eventuelle frühere Anstaltsaufenthalte, nach denen eine Entlassung erfolgt war, wurden nicht hinzugerechnet. Diese Operationalisierung unterscheidet sich von derjenigen Bernd Walters, der nur den Aufenthalt in der letzten Anstalt berücksichtigt (ohne Verlegungen), was zu niedrigeren Angaben bei der Gesamthospitalisierungsdauer führt ([57] S. 925).

Das Ergebnis zeigt, dass die meisten betroffenen Patienten, wie zu erwarten, Langzeitpatienten waren, der Median liegt bei etwa 10 Jahren. Hinzuweisen ist aber auch darauf, dass durchaus auch einige Patienten in der Stichprobe enthalten sind, die sich nur relativ kurz in An-

¹⁰ Thomas Schilter fand unter den in die Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein verlegten Patienten der Anstalt Arnsdorf folgende Diagnoseverteilung: Schizophrenie 41,6%, „angeborener Schwachsinn“ 31,8%, Epilepsie 8,8% und Progressive Paralyse 6,5%. ([47] S. 154). Bernd Walters Untersuchung der verlegten westfälischen Patienten zeigt folgendes Ergebnis: Schizophrenie 53,4%, angeborener Schwachsinn 28,1%, Epilepsie 5,8%, Progressive Paralyse 3,5% ([57], S. 928 f.).

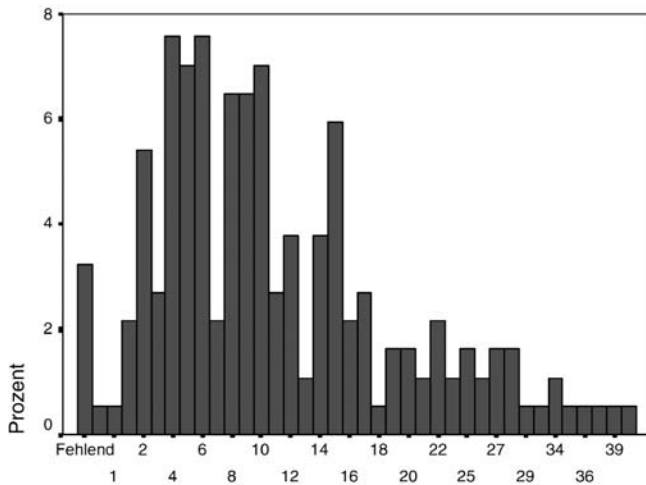


Abb. 2 ◀ Gesamthospitalisierungsdauer

staltsbehandlung befunden haben (ca. 20% unter 5 Jahren; Abb. 2).

Variable „Bewertung der Arbeitstätigkeit“

Die aus den Krankengeschichten entnommenen Wertungen der Arbeitstätigkeit durch die behandelnden Ärzte konnten 6 verschiedenen Kategorien zugeordnet werden:

- ▶ positiv (fleißig, gut, regelmäßig...),
- ▶ mäßig positiv (begrenzt, hilft ziemlich, leichte Arbeit, leidlich brauchbar...),
- ▶ mäßig negativ (wenig brauchbar, mit Aufsicht, teilweise unordentlich...),
- ▶ negativ (kaum, selten, spärlich...),
- ▶ gar nicht (unbeschäftigt) und
- ▶ unbeschäftigt, da arbeitsunwillig (z. B. zu keiner Arbeit zu bewegen).

Als Ergebnis zeigte sich, dass über 50% der Patientinnen und Patienten unserer Stichprobe unbeschäftigt waren, davon fast 10% als „arbeitsunwillig“ ein-

gestuft wurden. Andererseits wurden aber auch immerhin 16% positiv bezüglich der Arbeitsleistung bewertet – und offensichtlich trotzdem getötet (Tabelle 2).

Variable „Typisierung nach von Rönning“

Diese Variable berücksichtigt auf einem übergeordneten Niveau die Bereiche Arbeit und „Verhalten“ ([44] S. 211). Die Operationalisierung wurde unverändert der Literatur entnommen:

- ▶ Typ 1 = besonders pflegeaufwendig und unbeschäftigt (bettlägerig, ungeordnet, gereizt/unruhig, aggressiv/explosiv, erregt, „muss in allem versorgt werden“),
- ▶ Typ 2 = ruhig und/oder mit mechanischer Arbeit beschäftigt,
- ▶ Typ 3 = leistet produktive Arbeit.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass etwa ein Drittel der in der „Aktions T4“ getöteten Patienten unserer Stichprobe als arbeitsunfähig und pflegeauf-

wendig angesehen wurde. Knapp die Hälfte der Patienten arbeitete in irgendeiner Weise bzw. wird als ruhig beschrieben, ihre Arbeitsleistung wurde jedoch nicht als „produktiv“ gewertet. Immerhin 5% der Patienten sind trotz sog. produktiver Arbeit getötet worden. Dabei bezieht sich der Begriff der sog. produktiven Arbeit nicht nur auf die Bewertung der Arbeitsleistung an sich, sondern auch auf die Art der Tätigkeit. Rein mechanische Arbeiten, wie z. B. „Zupfen“, galten nicht als produktive Arbeit (Tabelle 3).

Variable „Cluster von Verhaltensbewertungen“

Auch zur Operationalisierung dieser Variable wurden die in den Krankengeschichten vorkommenden Begriffe 6 Oberbegriffen zugeordnet. Hieraus ergeben sich folgende „Cluster“ von Verhaltensbewertungen:

1. stumpf (auch: unzugänglich, abgebaut, verschoben, abweisend, autistisch, mürrisch...),
2. störend (auch: boshaft, gemein, querulatorisch, schimpfend, laut, streitsüchtig, unverträglich, widersetzlich, zänkisch, unangenehm...),
3. (potenziell) gefährlich (auch: brutal, erregt, fluchtgefährdet, gereizt, raptusartig erregt, zornmütig...),
4. unruhig (auch zeitweise),
5. ruhig,
6. angenehm (auch: freundlich, gutmütig, vergnügt, verträglich...).

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass bei 74,6% der Patienten negative Verhaltensbewertungen in der Akte nachweisbar waren, wobei 27% der Patienten als „stumpf“ beschrieben und 47,2% als störend, gefährlich oder unruhig bezeichnet wurden (Tabelle 4).

Zusammenfassung

Ein großer Teil der getöteten Patienten unserer Stichprobe war über einen langen Zeitraum hospitalisiert mit dem Median von 10 Jahren, wurde als schizophran oder schwachsinnig klassifiziert, und in den Akten finden sich negative Verhaltensbewertungen, nämlich stumpf (27,4%) bzw. störend, unruhig oder gefährlich (47%). Etwa ein Drittel wurde als pflegeaufwendig eingestuft und war nicht arbeitstätig. Nicht ganz 50% der

Tabelle 2
Bewertung der Arbeitsleistung in der Akte

	Häufigkeit	Prozent
Positiv	18	9,7
Mäßig positiv	12	6,5
Mäßig negativ	25	13,5
Negativ	8	4,3
Unbeschäftigt	83	44,9
Nicht zuzuordnen	22	11,9
Unwillig, daher unbeschäftigt	17	9,2
Gesamt	185	100,0

Tabelle 3

Typisierung nach v. Rönigk

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozen-te
Typ1 = pfleg./unbeschäftigt	64	34,6	34,6
Typ2 = ruhig/mech. Arbeit	92	49,7	84,3
Typ3 = produktive Arbeit	10	5,4	89,7
Nicht zuzuordnen	19	10,3	100,0
Gesamt	185	100,0	

Tabelle 4

Cluster von Verhaltensbewertungen

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozen-te
Stumpf	50	27,0	27,0
Störend	34	18,4	45,4
(Potenziell) gefährlich	24	13,0	58,4
Unruhig	30	16,2	74,6
Ruhig	19	10,3	84,9
Angenehm	11	5,9	90,8
Nicht zuzuordnen	17	9,2	100,0
Gesamt	185	100,0	

getöteten Patienten in unserer Stichprobe waren arbeitstätig, wenn auch die meisten „nur“ mit „mechanischen“ Arbeiten beschäftigt. Die erwähnte Studie von Gerhard Schmidt hat aufgrund fehlender Patientenakte die Arbeitstätigkeit der „abtransportierten“ Patienten anhand von Erinnerungen der Pfleger und Schwestern unmittelbar nach dem Krieg rekonstruiert und kam zu dem Ergebnis, dass der Beschäftigungsgrad in den kirchlichen Pflegeanstalten zwischen 10 und 53% schwankte, in Eglfing-Haar 23,9% und in Garbersee bei Anlage eines weiten Maßstabes sogar 72,3% betrug ([48] S. 73–75). Die Ergebnisse von Gerhard Schmidt enthalten angesichts der retrospektiven Erhebung anhand von Erinnerungen des Pflegepersonals einen hohen Unsicherheitsfaktor, legen jedoch nahe, die Frage der Arbeitstätigkeit nochmals nach Anstaltstypen getrennt zu untersuchen. Seine Interpretation, dass der z. T. hohe Grad an nützlicher Beschäftigung belege, dass es sich bei einem großen Teil der „abtransportierten“ nicht um die „Ballastexistenzen“ oder „geistig Toten“ im Sinne von Hoche handelt, verkennt jedoch, dass die Initiatoren der „Euthanasie“ gerade

auch auf diejenigen Patienten abzielten, die „nur“ mit *mechanischen* Arbeiten zu beschäftigen waren, die also in ihrer Arbeitstätigkeit auf ein unterstützendes Milieu angewiesen waren. Im Sinne der Leistungsanforderungen der NS-Volksgemeinschaft waren die nicht produktiv arbeitenden Patienten „unbrauchbar“. Ihre Beseitigung war offensichtlich ein bürokratisch vorgegebenes Planziel, eine individuelle Untersuchung und Bewertung des Einzelfalles, wie es die sog. Euthanasieermächtigung Hitlers aus dem Herbst 1939 vortäuschte, war für diese Art der Selektion offensichtlich nicht notwendig. Dennoch finden sich in unserer Stichprobe eine Reihe von Patienten, die nicht unter die Kriterien chronische Erkrankung oder fehlende produktive Arbeit fielen, immerhin 20% der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Deportation weniger als 2 Jahre in Anstaltsbehandlung und 5% leisteten sog. produktive Arbeit.

Die Frage, welche planrationalen Motive dieser ersten NS-Massenvernichtungsaktion zugrunde lagen, wie konsequent das ökonomische bzw. rassenhygienische Kalkül umgesetzt wurde und welche Widerstände bei der Durchfüh-

rung zu beobachten waren, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Notwendig ist hier die eingehende Analyse des Selektionsprozesses im zeitlichen Verlauf der „Aktion T4“ und entsprechend regionaler Unterschiede und selbstverständlich der Vergleich mit einer Stichprobe nicht getöteter Patienten. Es bleibt auch die Frage offen, ob angesichts des unvorstellbaren und bis heute kaum verarbeiteten Leids, das die „Euthanasie“-Aktion über die einzelnen Kranken, ihre Mitpatienten und Angehörigen gebracht hat, überhaupt von einer Planrationalität des Tötens gesprochen werden darf [18]. So wird die kaum fassbare Tatsache des bürokratischen Erfassungs- und Tötungsprozesses kontrastiert vom individuellen Schicksal der einzelnen Patienten, deren innerhalb der Anstaltsmauern beschränktes Leben, von vielen angstvoll gehaut, plötzlich abgebrochen wurde. An diese individuellen Schicksale zu erinnern, soll die Aufgabe der Untersuchung des Krankenaktenbestandes der Opfer der NS-„Euthanasie“ sein.

Die Autorin und die Autoren danken dem Bundesarchiv Berlin, Herrn Dr. Siegfried Büttner, Herrn Dr. H. Lenz, Herrn Matthias Meissner und Frau Carmen Lorenz für die äußerst entgegenkommende und bereitwillige Unterstützung unseres Projekts. Für wertvolle Anregungen und Hinweise sind wir Herrn Priv.-Doz. Dr. Hans-Walter Schmuhl, Bielefeld, Herrn Dr. Thomas Beddies, Berlin und Herrn Prof. Dr. Volker Roelcke, Lübeck sehr dankbar.

Literatur

1. Aly G (ed) (1989) Aktion T4 1939–1945 – Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. (= Stätten Henrich, Berlin
2. Aly G (1985) Der saubere und der schmutzige Fortschritt. In: Aly G, Masuhr KF, Lehmann M, Roth KH, Schultz U (eds) Reform und Gewissen – „Euthanasie“ im Dienst des Fortschritts. (= Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2). Rotbuch, Berlin, pp 9–78
3. Aly G (1985) Medizin gegen Unbrauchbare. In: Aly G et al. (eds) Aussonderung und Tod – Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren. (= Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1). Rotbuch, Berlin, pp 9–74
4. Aly G (1993) Erwiderung auf Dan Diner. Vierteljahrsh Zeitgesch 41: 621–635
5. Aly G (1995) „Endlösung“ – Völkerverschiebung und der Mord an den europäischen Juden. S. Fischer, Frankfurt/M.
6. Aly G, Heim S (1991) Vordenker der Vernichtung – Auschwitz und die deutschen Pläne für eine neue europäische Ordnung. Fischer, Frankfurt/M.
7. Beck C (1995) Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens – Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im „Dritten Reich“ und heute. Psychiatrie, Bonn

8. Benzenhöfer U (1999) Der gute Tod? – Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. Beck, München
9. Benzenhöfer U (2001) Bemerkungen zur Planung der NS-„Euthanasie“. In: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (ed) Der sächsische Sonderweg bei der NS-„Euthanasie“ – Fachtagung vom 15. bis 17. Mai 2001 in Pirna-Sonnenstein. (= Berichte des Arbeitskreises 1). Klemm & Oelschläger, Ulm, pp 21–53
10. Binding K, Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Felix Meiner, Leipzig
11. Blasius D (1990) Das Ende der Humanität – Psychiatrie und Krankenmorde in der NS-Zeit. In: Pehle WH (ed) Der historische Ort des Nationalsozialismus. Fischer, Frankfurt/M. pp 47–70
12. Blasius D (1994) ‚Einfache Seelenstörung‘ – Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M.
13. Blum R (2001) Referat über Unterlagen beim BstU zum Themenbereich Euthanasie. In: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (ed) Frühjahrstagung 12.–14. Mai 2000 in Berlin-Lichterfelde. Bundesarchiv, Berlin, pp 76–79
14. Burleigh M (1991) Surveys of Developments in the Social History of Medicine: III. ‚Euthanasia‘ in the Third Reich: Some Recent Literature. Soc Hist Med 4: 317–328
15. Burleigh M (1994) Death and Deliverance – ‚Euthanasia‘ in Germany c. 1900–1945. Cambridge Univ Press, Cambridge
16. Cranach Mv, Siemen H-L (eds) (1999) Psychiatrie im Nationalsozialismus – Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. Oldenbourg, München
17. Deutsches Ärzteblatt (2000) 97: 588
18. Diner D (1992) Rationalisierung und Methode – Zu einem neuen Erklärungsversuch der ‚Endlösung‘. Vierteljahrsh Zeitgesch 40: 359–382
19. Dörner K (1988) Tödliches Mitleid – Zur Frage der Un-erträglichkeit des Lebens, oder: die soziale Frage: Entstehung, Medizinisierung, NS-Endlösung, heute, morgen. van Hoddiss, Gütersloh
20. Dörner K (1994) Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. Leviathan – Z Sozialwis:367–390
21. Dörries A, Vollman J (1997) Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen dargestellt am Beispiel des „Würzburger Schlüssels“. Fortschr Neurol Psychiatrie 65: 550–554
22. Emmrich M (1995) Kanther soll „Euthanasie“-Akten aus der NS-Zeit retten. Frankfurter Rundschau 51, 23.8.1995: 1
23. Faulstich H (1998) Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949 – Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Lambertus, Freiburg
24. Faulstich H (2000) Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer. In: Frewer A, Eickhoff C (eds) „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte – Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Campus, Frankfurt/M New York, pp 218–232
25. Friedlander H (1997) Der Weg zum NS-Genozid – Von der Euthanasie zur Endlösung. Berlin, Berlin
26. Friedlander S (1990) Die „Endlösung“ – Über das Unbehagen in der Geschichtsdeutung. In: Pehle WH (ed) Der historische Ort des Nationalsozialismus – Annäherungen. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M. pp 81–93
27. Heß M (2000) Die Geschichte der Entschädigung von „Euthanasie“-Opfern: Gedenken und Handeln. In: Frewer A, Eickhoff C (eds) „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe Debatte – Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Campus, Frankfurt/M New York, pp 370–382
28. Hohendorf G, Roelcke V, Rotzoll M (1996) Innovation und Vernichtung – Psychiatrische Forschung und „Euthanasie“ an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939–1945. Nervenarzt 67: 935–946
29. Hohendorf G, Weibel-Shah S, Roelcke V, Rotzoll M (1999) Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg 1941 bis 1945 und ihre Beziehung zur Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg unter Carl Schneider. In: Vanja C et al. (eds) Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg. Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel, pp 221–243
30. Kaminsky U (1995) Zwangssterilisation und „Euthanasie“ am Beispiel von Einrichtungen der Erziehungsfürsorge und Heil- und Pflegeanstalten der Inneren Mission im Rheinland 1933 bis 1945. Rheinland-Verlag, Köln
31. Kaul FK (1979) Die Psychiatrie im Strudel der Euthanasie – Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
32. Kihn B (1932) Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft. Allg Z Psychiatrie 98: 387–404
33. Klee E (ed) (1985) Dokumente zur „Euthanasie“. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M.
34. Klee E (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat – Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Fischer, Frankfurt/M.
35. Klee E (1986) Was sie taten – Was sie wurden – Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M.
36. Loewy H, Winter B (eds) (1996) NS-„Euthanasie“ vor Gericht – Fritz Bauer und die Grenzen juristischer Bewältigung. (= Wissenschaftliche Reihe des Fritz Bauer Instituts 1). Campus, Frankfurt/M.
37. Mundt C, Hohendorf G, Rotzoll M (eds) (2001) Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“ – Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Wunderhorn, Heidelberg
38. Ody R (1998) Zur Entschädigung der zwangssterilisierten Opfer des Nationalsozialismus – Ein noch immer nicht abgeschlossenes Kapitel. Nervenarzt 69: 815–817
39. Roelcke V (2000) Psychiatrische Wissenschaft im Kontext nationalsozialistischer Politik und „Euthanasie“ – Zur Rolle von Ernst Rüdin und der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie/Kaiser-Wilhelm-Institut. In: Kaufmann D (ed) Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus – Bestandsaufnahmen und Perspektiven der Forschung. (= Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus 1/1). Wallstein, Göttingen, pp 112–150
40. Roelcke V, Hohendorf G (1993) Akten der „Euthanasie“-Aktion T 4 gefunden. Vierteljahrsh Zeitgesch 41: 479–481
41. Roelcke V, Hohendorf G, Rotzoll M (1998) Erbpsychologische Forschung im Kontext der „Euthanasie“: Neue Dokumente und Aspekte zu Carl Schneider, Julius Deussen und Ernst Rüdin. Fortschr Neurol Psychiatrie 66: 331–336
42. Roth KH, Aly G (1984) Das „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“ – Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938–1941. In: Roth KH (ed) Erfassung zur Vernichtung – Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“. Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin, pp 101–179
43. Rotzoll M, Hohendorf G (2001) Ein Projekt zur Auswertung der T4-Krankenakten aus dem Bestand R 179 des Bundesarchivs Berlin. In: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (ed) Frühjahrstagung 12.–14. Mai 2000 in Berlin-Lichterfelde. Bundesarchiv, Berlin, pp 51–65
44. Rönn Pv (1993) Verlegungen im Rahmen der Aktion T4. In: Böhme K, Lohalm U (eds) Wege in den Tod – Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie im Nationalsozialismus. (= Forum Zeitgeschichte 2). Ergebnisse, Hamburg, pp 137–231
45. Sandner P (1999) Die „Euthanasie“-Akten im Bundesarchiv – Zur Geschichte eines lange verschollenen Bestandes. Vierteljahrsh Zeitgesch 47: 385–400
46. Scheuing HW (1997) „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“ – Die Bewohner der Erziehungs- und Pflegeanstalt Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner. (= Veröffentlichungen des Vereins für Kirchengeschichte in der Evangelischen Landeskirche in Baden 54). C. Winter, Heidelberg
47. Schilter T (1999) Unmenschliches Ermessen – Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein 1940/41. (= Schriftenreihe der Stiftung Sächsische Gedenkstätt zur Erinnerung an die Opfer politischer Gewaltherrschaft 5). Gustav Kiepenheuer, Leipzig
48. Schmidt G (1965) Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. Evangelisches Verlagswerk, Stuttgart
49. Schmuhl H-W (1987) Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie – Von der Verhütung zur Vernichtung. Lebensunwerten Lebens“ 1890–1945. (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 75). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
50. Schmuhl H-W (1991) Der Holocaust – Ein transzendentaler Vernichtungsprozess? Kritische Anmerkungen zu Ernst Noltes Interpretation des Mordes an den Juden im Zweiten Weltkrieg. In: Donat H, Wieland L (eds) „Auschwitz erst möglich gemacht?“ Überlegungen zur jüngsten konservativen Geschichtsbewältigung. Bremen, pp 119–133
51. Schmuhl H-W (1993) Neuere Literatur zur NS-Gesundheits- und Rassenpolitik. Westfälische Forsch 43: 711–723
52. Schmuhl H-W (1994) Reformpsychiatrie und Massenmord. In: Prinz M, Zitelmann R (eds) Nationalsozialismus und Modernisierung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, pp 239–266
53. Schmuhl H-W (1997) Eugenik und „Euthanasie“ – Zwei Paar Schuhe? Eine Antwort an Michael Schwartz. Westfälische Forsch 47: 757–762
54. Schneider W (ed) (1991) „Vernichtungspolitik“ – Eine Debatte über den Zusammenhang von Sozialpolitik und Genozid im nationalsozialistischen Deutschland. Junius, Hamburg
55. Schwartz M (1996) ‚Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie? – Kritische Anfragen an eine These Hans-Walter Schmuhs. Westfälische Forsch 46: 604–622
56. Siemen HL (1987) Menschen blieben auf der Strecke. – Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. Jakob van Hoddiss, Gütersloh
57. Walter B (1996) Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne – Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. (= Forschungen zur Regionalgeschichte 16) Schönigh, Paderborn
58. Weindling P (1989) Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870–1945. Cambridge Univ Press
59. Weingart P, Kroll J, Bayertz K (1988) Rasse, Blut und Gene – Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Suhrkamp, Frankfurt/M.