

V. Gesundheitspolitik als Verteilungspolitik: Die Ausgrenzung chronisch kranker und alter Patienten aus der medizinischen Versorgung

Die gesundheitspolitische Ordnung des „Dritten Reiches“ beruhte wesentlich auf der Ambivalenz von Inklusion und systematischer Exklusion. Das große Ausmaß gewollter Ungleichheit in der medizinischen Versorgung, das dabei entstand, kann als ein Spezifikum nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gelten. Der NS-Staat differenzierte die Zuteilung von Gesundheitschancen nicht mehr nur nach medizinischer Bedürftigkeit, sondern zunehmend auch nach rassenbiologischen und ökonomischen Vorgaben. Für einen Teil der Bevölkerung konnte dies durchaus mit einer Verbesserung der medizinischen Betreuung verbunden sein. Seit Kriegsbeginn profitierten insbesondere Rüstungsarbeiter davon, daß das Regime Gesundheitsressourcen nach kriegswirtschaftlichen Prioritäten verteilte.¹ Zu den Gewinnern einer Gesundheitspolitik, die sich der Förderung erbbiologisch „hochstehender“ Geburten verschrieben hatte, gehörten Mütter, die diesen Kriterien genügten, und ihre Kinder. Ihnen kam nicht nur die verbesserte staatliche Gesundheitsfürsorge für Schwangere, Kinder und Jugendliche zugute, sondern auch ein ganzes Bündel gesundheitsbezogener Maßnahmen, die von den Gesundheitsorganisationen der Partei, insbesondere von der NSV angeboten wurden.² Diese Form besonderer medizinischer Betreuung, zu der auch die Zuteilung rarer Vitamin- und Stärkungsmittel gehörte, wurde während des Krieges im Zeichen verknappter Gesundheitsressourcen fortgeführt, zum Teil sogar ausgebaut,³ wobei sich die Akzentsetzung in der Jugendgesundheitsfürsorge von der „Erbgesundheitspflege“ teilweise zur militärischen Nachwuchssicherung verschob.⁴

Auf der Verliererseite standen jene Patientengruppen, die diesen Kriterien nicht genügten. Seit Mitte der dreißiger Jahre beschränkten zahlreiche öffentliche Kran-

¹ Vgl. S. 261–264.

² Vgl. Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 401–418.

³ Runderlaß des Reichsministeriums des Innern vom 9. 11. 1939, betr. Vorbeugemaßnahmen gegen die Rachitis, RMBliV, S. 2330; Reichsministerium des Innern an die Regierungspräsidenten u. a., 19. 2. 1940, Anleitung zur Unterrichtung über den Zweck der Vitamin-C-Prophylaxe und ihre Durchführung, LHSA, Rep. C 20 Ib/3297, Bl. 79–84; K. Zimdars, Rachitisprophylaxe, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 72–74; H. Ertel, Die Vitamin-C-Prophylaxen im Frühjahr 1942, in: ÖGD 8 B (1942), S. 317–320.

⁴ In diesem Sinne erklärte Conti: „in einem Kriege wie diesem [bedeute] die Gesunderhaltung der Jugend die Sicherung des Nachwuchses für die Wehrmacht [...] Der Jugendliche von heute ist der Soldat von morgen“; Völkischer Beobachter (Berliner Ausgabe), Nr. 93, 2. 4. 1944. Besonders deutlich wird dieser Zusammenhang bei der Zahnsanierungsaktion des zur Musterung anstehenden Jahrgangs 1927; vgl. Pranschke, Die Jugendzahnpflege im Kriege und die Zahnsanierung der Jungen des Geburtsjahrgangs 1927, in: ÖGD 10 A (1943), S. 166–173; SD-Abschnitt Bayreuth, Erfahrungen nach Abschluß der Zahnsanierungsaktion des männlichen Geburtsjahrgangs 1927, 20. 9. 1943, StAB, M 30/1045.

kenhausträger die Aufnahme jüdischer Patienten.⁵ Gegen die als „erbkrank“ denunzierten Psychatriepatienten inszenierten die Nationalsozialisten bereits kurz nach der Machteroberung eine bis dahin beispiellose Propagandakampagne, die die Legitimität des für geistig Behinderte aufgewendeten Anteils an den Sozialausgaben in Frage stellte und statt dessen für eine Umverteilung dieser Mittel an die „biologisch wertvollen“ Teile der Sozialstaatsklientel eintrat.⁶ Bei der medizinischen Versorgung der osteuropäischen Zwangsarbeiter konkurrierten ökonomische und rassistische Rationalitätskriterien. Einerseits war eine Verwertung ihrer Arbeitskraft in der deutschen Kriegswirtschaft ohne eine medizinische Grundversorgung wenig aussichtsreich, andererseits sollte sich die ihnen zugeschriebene rassische Minderwertigkeit auch im Ausmaß und in der Form der medizinischen Betreuung widerspiegeln. Daher waren die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, insbesondere solche, aus denen sich Rechtsansprüche der Versicherten ableiten ließen, für diese Gruppe ausdrücklich außer Kraft gesetzt, obwohl die Zwangsarbeiter Beiträge an die Kranken- und Unfallversicherung abführen mußten. Das deutsche Sozialrecht, so die herrschende Lehre, sei „aus dem Rechtsempfinden des deutschen Blutes hervorgegangen“⁷ und könne daher auf Fremdvölkische nicht übertragen werden. Eine medizinische Betreuung, so der Leiter des Amtes Gesundheit der Deutschen Arbeitsfront, käme nur insoweit in Betracht, wie sie „aus arbeitseinsatzmäßigen Gründen erforderlich“ sei.⁸ In der Praxis bedeutete dies, daß aufwendigere Behandlungen, etwa Krankenhausaufenthalte, nur in Ausnahmefällen genehmigt wurden, sofern das Verhältnis zwischen den Kosten des Aufenthaltes und der zu erwartenden Arbeitsleistung aus der Sicht des Regimes günstig zu sein schien.⁹ War dies nicht der Fall, schob man die Patienten in ihre Heimat ab. Als die Verschlechterung der militärischen Lage diesen Weg verbaute, wurden chronisch Kranke in Sonderlagern mit minimalster medizinischer Betreuung zusammengepfercht. Psychatriepatienten und tuberkulosekranke Zwangsarbeiter liefen Gefahr, in Tötungsanstalten der zweiten Euthanasiephase ermordet zu werden.¹⁰

Neben die verschiedenen Formen besonderer medizinischer Betreuung trat immer häufiger der gezielte Ausschluß auch solcher Gruppen aus der medizinischen Versorgung, die keiner rassistisch oder eugenisch motivierten Diskriminierung un-

⁵ Gruner, Wohlfahrt, S. 112f., 141f.

⁶ Schmuhl, Rassenhygiene, S. 173–177; Roth, Filmpropaganda, S. 129–132; Makowski, Eugenik, S. 177ff.

⁷ Hans Küppers/Rudolf Bannier, Einsatzbedingungen der Ostarbeiter. Berlin 1943, S. 30f., zit. nach Geyer, Reichsknappschaft, S. 351.

⁸ Bockhacker, Rundschreiben an die Gau-Hauptabteilungen für Gesundheit und Volksschutz, 20. 5. 1941, BAB, NS 5-I/276; vgl. Decker, Versorgung, S. 103–107, sowie Heusler, Ausländereinsatz, S. 344–386.

⁹ Runderlaß des RMdI, IV e 8880/40–3916, 9. 4. 1941, BAB, R 18/3809, ein ergänzender Erlaß vom 30. 6. d. J. nahm flämische, holländische und norwegische Arbeiter ausdrücklich von diesen Beschränkungen aus.

¹⁰ In Hadamar wurden die dort eingelieferten Zwangsarbeiter, etwa 400 bis Kriegsende, „immer sofort nach ihrer Ankunft durch Einspritzungen getötet“; Affidavit der Oberschwester Irmgard H., Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, Sitzung am 17. 1. 1947, IfZ, MB 15/18, vgl. Hamann, Morde, S. 158–181.

terworfen waren. Als Einfallspforten solcher Ausgrenzungsstrategien in den medizinischen Alltag dienten Krankheiten, die traditionell mit sozialen Stigmatisierungen behaftet waren. Leitete sich diese Stigmatisierung vordem, wie bei der „Proletarierkrankheit“ Tuberkulose, zum Teil aus der sozialen Position des Kranken,¹¹ oder, wie beim Geschlechtskranken, aus der moralischen Bewertung des ihm zugeschriebenen Verhaltens ab, so kann die übersteigerte Bewertung mangelnder Arbeitsleistungen als Stigmatisierungsgrund von Kranken als Spezifikum nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gelten.

Diese Maxime war – obwohl publizistisch seit Jahren vorbereitet – als Bestandteil der gesundheitspolitischen Praxis eine Besonderheit der Kriegsjahre. Wohin die Reise gehen sollte, hatte der Reichsärztführer Wagner bereits 1938 deutlich gemacht, als er forderte, daß neben die Erbanlagen die „Leistungsfähigkeit des deutschen Menschen als biologischer Wert“¹² zu treten habe. Noch einen Schritt weiter ging der vielgelesene Medizinalschriftsteller Karl Kötschau: „Der Schwächliche ist nicht dazu da, geschont zu werden [...] Ist es nicht ein Gewinn für alle, wenn Sieche, die oft unter unsäglichen Leiden ihre letzten Lebensmonate verbringen müssen, bei einem letzten Versuch, ihr Lebensschicksal zu wenden, etwa vorzeitig zugrunde gehen? [...] Für einen rettungslos verlorenen Siechen eine schöne Lösung und Erlösung. Ich denke da an den Krebskranken, den Tuberkulösen, den Rheumakranken und andere chronische Leiden [...] Der Invalidisierte oder zu Invalidisierende ist [...] auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit zu trainieren, auch wenn dadurch der ungünstige Ausgang seiner Krankheit beschleunigt werden sollte. Mit anderen Worten: [...] entweder Leistungsfähigkeit oder natürliche Ausmerze.“¹³

Freilich stellte Kötschau nur eine, wenn auch besonders grelle Stimme in der gesundheitspolitischen Diskussion des „Dritten Reiches“ dar. Daß der Weg von der programmatischen Fundierung zur Umsetzung exkludierender Medikalisierungsstrategien im Bereich der somatischen Medizin nicht geradlinig verlief, zeigt die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge. Zwar war die Tuberkulosepolitik schon vor dem Krieg durch Versuche geprägt, kostenintensive Heilmaßnahmen wie Sanatoriumsaufenthalte an die erwartbare Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu knüpfen. Bereits 1938 genehmigten einzelne Landesversicherungsanstalten Heilverfahren nur noch dann, wenn die Aussicht bestand, „daß die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für längere Zeit (mindestens 2–3 Jahre) gesichert“¹⁴ war. Diese Praxis wurde kurz nach Kriegsbeginn allgemein verpflichtend gemacht. Angesichts des Mangels an geeigneten Sanatoriumsbetten sollten künftig „prognostisch günstige Fälle und solche, die durch operative Behandlung [...] be-

¹¹ Vgl. Blasius, Tuberkulose, S. 323.

¹² G. Wagner, *Gesundes Leben – Frohes Schaffen*, in: *Ziel und Weg* 8 (1938), S. 549–555, 551.

¹³ K. Kötschau, *Der Einfluß des Christentums auf Stellung und Einstellung des Kranken*. Nürnberg 1938, S. 33–36, zit. nach Wuttke-Groneberg, *Heilpraktiker*, S. 128.

¹⁴ LVA Württemberg, *Durchführung der Schnelleinweisung von Tuberkulosekranken*, 25. 3. 1938, in: *Arztblatt für Württemberg und Baden* 5 (1938), S. 108, zit. nach Stahl, *Krankheit*, S. 91.

einflußbar sind“,¹⁵ besonders bevorzugt werden. „Hingegen können solche chronischen [...] nur durch langdauernde konservative Anstaltsbehandlung beeinflusbaren Erkrankungsformen zurückgestellt werden.“ Gleichzeitig zog man Tuberkulosekranke, ohne Rücksicht auf die gesundheitlichen Auswirkungen körperlicher Anstrengungen, verstärkt zur Arbeit heran.¹⁶ Als besonders gefährlich für die Patienten erwies sich, daß die zur Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes unabdingbaren Kostzulagen während des Krieges nur arbeitsfähigen Kranken gewährt wurden, und auch dies geschah nicht immer.¹⁷ Allem Anschein nach gingen die Restriktionen in erster Linie von den gesundheitspolitischen Mittelbehörden der NSDAP aus, die den Kranken die dringend benötigten Sonderzulagen mit dem Hinweis auf die vorrangigen Bedürfnisse der „Volksgemeinschaft“ oftmals verweigerten, wie in Thüringen, wo der Ärztekammervorsitzende und Gaugesundheitsführer Richard Rhode persönlich die Lebensmittelatteste seines Zuständigkeitsgebietes nachkontrollierte.¹⁸ Bezeichnend für eine Haltung, die das Recht auf Gesundheit in erster Linie aus der gesellschaftlichen Nützlichkeit des Kranken herleitete, ist die Antwort eines Württemberger Tuberkulosearztes auf eine Beschwerde über die minderwertige Verpflegung der Kranken: „Die Gewichtszunahme der Kranken, deren Krankheitszustand besserungsfähig ist“¹⁹, sei „genügend, zumal man ja heute nicht mehr viel Wert auf eine Fettmast der Tuberkulösen“ lege. Demgegenüber drängten die Verantwortlichen des Reichstuberkuloseausschusses mit medizinapolizeilichen Argumenten auf eine ausreichende Ernährung aller Kranken, und auch die Reichsgesundheitsführung betonte, daß die Erfordernisse der Seuchenbekämpfung denen des Arbeitseinsatzes zumindest gleichwertig seien.²⁰ Auch die während des Krieges erreichten Verbesserungen in der Finanzierung der kostenträchtigen TBC-Heilbehandlungen sind vor diesem Hintergrund zu sehen.²¹

¹⁵ Rundschreiben des NSV-Amtes für Volksgesundheit an die Gauamtsleiter der NSDAP u. a., 23. 10. 1939, BAB, NS 37/1026.

¹⁶ Richtlinien für den Arbeitseinsatz Lungentuberkulöser, aufgestellt vom Reichs-Tuberkulose-Ausschuß, Juni 1943, StAM, Arbeitsämter/988.

¹⁷ So beklagte der Verein für öffentliche und private Fürsorge im Oktober 1943 die überhandnehmenden „Zufälligkeiten und Planlosigkeiten“ bei der Zuteilung von Lebensmitteln an Tuberkulöse. Immer wieder käme es vor, „daß Tuberkulosekranken, welche in Vollarbeit stehen, die ihnen zustehende höchste Zulage versagt wird mit der Begründung, daß es sich um eine fortschreitende Tuberkulose ohne Besserungsaussichten handelt“; Nachrichtendienst des Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Nr. 10, Oktober 1943, BAB, 62.03/3004, Bl. 4.

¹⁸ Rhode an die Landesversicherungsanstalt Thüringen, 13. 10. 1944, ThüHStA, KVD/179–181.

¹⁹ Versorgungs Krankenhaus Weingarten an das Hauptversorgungsamt Südwestdeutschland, 11. 4. 1944, BA-MA, H 20/731.

²⁰ Auerbach an die Landesversicherungsanstalt Thüringen, 30. 4. 1943, ThüHStA, KVD/179–181; Uckermark, Die Tuberkulosebekämpfung in Großschadensbereichen [1944], BAB, R 18/3143.

²¹ Eine 1942 verabschiedete Verordnung des Ministerrats für die Reichsverteidigung verfügte für Personen, die ein Jahreseinkommen von weniger als 7200 Reichsmark besaßen, die Übernahme der Behandlungskosten durch das Reich. Damit wurde die Behandlung für die nicht gesetzlich Krankenversicherten aus der Zuständigkeit der Fürsorge herausge-

Ähnlich wie Tuberkulosekranke eiweißreicher Nahrung bedurften, benötigten auch Diabetiker zur Stabilisierung ihres Gesundheitszustands erhebliche Zusatzmengen rationierter Lebensmittel. Zuckerkranken standen im Rahmen der „Kriegskrankenernährung“ wöchentlich bis zu 500 Gramm Fleisch, 250 Gramm Butter und 250 Gramm Käse zu, mithin mehr als die Wochenration eines Normalverbrauchers. Auch hier spielte das Argument der Arbeitsleistung bei der Gewährung der Sonderrationen eine entscheidende Rolle, denn die nationalsozialistische Kriegswirtschaft konnte auf die Arbeitskraft der rund 300 000 ins Erwerbsleben integrierten Zuckerkranken kaum verzichten.²² Wegen seiner energie- und transportintensiven Herstellung aus frischen Schlachtabfällen war Insulin bereits seit Kriegsbeginn knapp. Zunächst behalf man sich mit der Umstellung der Patienten auf das schlechter verträgliche, aber einfachere zu produzierende Depotinsulin. Nach dem Ausbruch der Ernährungskrise im Frühjahr 1942 deckte das Insulinangebot den infolge der verminderten Nahrungsqualität gestiegenen Bedarf der Diabetiker nicht mehr.²³ Die neuen Richtlinien zur Insulinrezeptur vom November 1942 enthielten daher die Empfehlung, die Insulingabe behutsam in erster Linie bei Altersdiabetikern und nicht im Arbeitsleben stehenden Personen zu reduzieren.²⁴ Darüber hinaus verkündeten die Internisten der Reichsgesundheitsführung, daß es unnötig sei, die völlige Zuckerfreiheit des Harns zu erreichen. Diese Form der Diabetesbehandlung ermöglichte zwar weiterhin den Arbeitseinsatz der Patienten, nahm aber schwerwiegende Langzeitschäden wie Niereninsuffizienz, Erblindung und Gefäßerkrankungen in Kauf.²⁵

Eine Kürzung der Insulinbezüge um 30 Prozent im Frühjahr 1944 setzte den Trend zur produktivitätsorientierten Zuteilung von Gesundheitsressourcen an Zuckerkranken fort. Der Sachbearbeiter für Arzneimittelfragen im Arbeitsstab Brandt wies die nachgeordneten Dienststellen der Medizinalverwaltung dazu an, die Versorgung „der arbeitenden Bevölkerung [...] als besonders vordringlich“ zu behandeln und „gegebenenfalls auf Kosten der Bevölkerungsschichten, die nicht mehr in den Arbeitsprozeß eingeschaltet sind“, ²⁶ aufrechtzuerhalten. Noch einen Schritt weiter ging der Ernährungsinspektor im SS-Wirtschaftsverwaltungshauptamt, Prof. Ernst Günter Schenck. Er empfahl generell, die Insulingabe bei den über Fünfzigjährigen zu reduzieren, da hier „mit dem größten Nutzen für die Allgemeinheit“ ²⁷ gespart werden könne. In dieser bei der Zusatzernährung ohnehin

löst; O. Walter, Die Tuberkulosehilfe des Reiches, in: Gesundheitsführung 3 (1942), S. 243–247.

²² Knödler, Insulinproblem, S. 250 ff.

²³ Zur Ernährungskrise im Frühjahr 1942 vgl. Herbst, Krieg, S. 189–192; Boberach, SD-Berichte, 19. 10. 1943, Bd. 15, S. 5896.

²⁴ Anordnung des Reichsärztführers Nr. 11/1942 über die Ausstellung der Insulinbezugskarte 1943, DAB 72 (1942), S. 391.

²⁵ Knödler, Insulinproblem, S. 259.

²⁶ Lüpke an die Regierung Düsseldorf, 8. 3. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54663-I, Bl. 240.

²⁷ E. Schenck, Ärztliche und organisatorische Maßnahmen zur rationellen Behandlung der Diabetiker und der Einsparung des Insulins, in: DAB 74 (1945), S. 22.

schon benachteiligten Altersgruppe befanden sich überwiegend infolge ihrer fortgeschrittenen Diabetes arbeitsunfähige Patienten und Altersdiabetiker.

Daß alte Patienten mit bis in den Tod reichender Konsequenz aus der Gesundheitsversorgung ausgegrenzt wurden, ist bislang wenig untersucht. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges deutete kaum etwas darauf hin, daß diese Gruppe einmal zu den Hauptverlierern nationalsozialistischer Kriegs-Gesundheitspolitik zählen würde. Zwar erörterten Sozialpolitiker unter dem Diktat sozialpolitischer Sparzwänge beim Bau von Altenheimen die Frage, ob der Nutzen ihrer Insassen für die Volksgemeinschaft finanzielle Aufwendungen gerechtfertigt erscheinen lasse,²⁸ doch bildeten Alte und ihre gesundheitliche Versorgung ein eher randständiges Thema, das in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre primär unter dem Aspekt ihrer Integration in den Arbeitsmarkt diskutiert wurde.²⁹ Im Gegensatz zum Ausschluß der „Erbkranken“ aus der medizinischen Regelversorgung waren offene Diskriminierungen alter und chronisch kranker Patienten vor dem Krieg nicht üblich gewesen und – im Gegensatz zur „Euthanasie“ – auch im medizinischen Schrifttum nicht ernsthaft erwogen worden.³⁰ Im Gegenteil: Wenige Monate vor Kriegsbeginn hatte Robert Ley eine großzügige Reform der Alterssicherung in Aussicht gestellt und noch im September 1941 dehnte das Regime den Schutzbereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Rentner aus.³¹

Zu diesem Zeitpunkt diskutierten die Gesundheitsbehörden der Rheinprovinz bereits seit mehreren Monaten, ob chronisch kranke und alterssichere Patienten nicht aus den luftbedrohten Städten evakuiert und in einer der durch die Krankensterben freigewordenen Heil- und Pflegeanstalten der Provinz untergebracht werden könnten.³² Den Anfang hatte das Düsseldorfer Gesundheitsamt gemacht, indem es anregte, für „die chronisch Kranken und Pflegebedürftigen [...] im Innern des Reiches oder in seinen östlich gelegenen Gebieten geeignete Räume zur Verfügung“ zu stellen, die durch eine Zentralstelle bewirtschaftet werden sollten. Bis eine solche Regelung greife, solle die Stadt die Möglichkeit erhalten, ihre Pflege-

²⁸ So kam eine Kommission der Münchener Stadtverwaltung am Ende einer Besichtigungsreise, die sie durch Altenpflegeeinrichtungen deutscher Städte geführt hatte, zu dem Ergebnis, „daß sowohl die Verwaltung wie die ärztliche Leitung auf dem Standpunkt“ stünden, „daß es insbesondere nach der Auffassung der neuen Zeit nicht angängig sei, für solche Personen, welche als wertvoll für die Volksgemeinschaft in aller Regel nicht oder nicht mehr angesehen werden können, hohe Aufwendungen zu machen“. Bericht der Kommission zur Besichtigung von Siechenheimen in anderen Städten, 6. 6. 1935, S. 8, StadtAM, Krankenanstalten/199.

²⁹ Hahn, Altersforschung, S. 221 f.

³⁰ Zur traditionellen ärztlichen Sichtweise vgl. F. Magg, Die Betreuung von unheilbaren Kranken durch den praktischen Arzt, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 87 (1940), S. 713–715.

³¹ Gesetz über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung, 24. 7. 1941, RGBl. I, S. 443 f.

³² Regierung Düsseldorf an den Korpsarzt im Wehrkreis VI, 13. 3. 1941, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-II, Bl. 330; vgl. den Vorschlag der Regierung Düsseldorf zur Freimachung der Krankenanstalten von chronisch Kranken [Mai 1941], NRWStA, Reg. Düsseldorf/54492, Bl. 4.

bedürftigen im Landkreis unterzubringen.³³ Als Rechtsgrundlage für deren Umquartierung sollte ein Erlaß Görings vom Dezember 1940 dienen, der in luftgefährdeten Städten die Räumung der Krankenhäuser von schwertransportierbaren Kranken vorsah.³⁴ Bei diesen frühen Evakuierungsplanungen spielte zunächst weniger die Überlegung eine Rolle, knappe Gesundheitsressourcen nach Produktivitätskriterien zu verteilen, sondern vielmehr das Ziel, möglichst viele potentielle Problemgruppen aus den luftkriegsbedrohten Städten zu entfernen.

Im Frühsommer 1942 begann die Kölner Stadtverwaltung ihre Altersheiminsassen in den Heil- und Pflegeanstalten der Region unterzubringen, um den freigewordenen Raum für Hilfskrankenhäuser zu nutzen. Düsseldorf und andere Städte des Ruhrgebiets folgten im Lauf des Jahres 1942 und quartierten mehrere hundert Alte in Anstalten des Provinzialverbands um.³⁵ Erste Diskussionen über reichsweite Verlegungen gebrechlicher und siecher Alter fanden im Frühjahr 1943 statt.³⁶ Eine Regelung für die besonders luftkriegsgeschädigten nordwestdeutschen Gauen kam im Juli 1943 zustande.³⁷ Nach den verheerenden Luftangriffen auf Hamburg wurde das Programm kurzfristig auf die zerstörte Hansestadt sowie die Gauen Weser-Ems, Essen, Düsseldorf, Köln-Aachen und Berlin erweitert und rund 15 000 Plätze in Süd- und Ostdeutschland sowie etwa 2000 Plätze in Mecklenburg, Sachsen, Thüringen und der Mark Brandenburg bereitgestellt.³⁸ Dorthin verlegte man vor allem solche Patienten, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Gebrechen stark pflegebedürftig waren, als therapeutisch aussichtslos galten und zudem dauernde Arbeitsunfähigkeit erwarten ließen. Ein Großteil davon litt an typischen Alterskrankheiten: chronischer Arthritis, Lähmungen nach einem Schlaganfall, Multipler Sklerose, schlecht heilenden Knochenbrüchen und Krebs im Endstadium.³⁹

³³ Gesundheitsamt Düsseldorf an die Regierung Düsseldorf, 20. 1. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 242f.

³⁴ Erlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe, 4. 12. 1940, BAB, R 36/1741.

³⁵ Insgesamt wurden zwischen Juli und November 1942 etwa 900 alte und sieche Personen aus den Luftschutzorten 1. Ordnung verlegt. Ewa die Hälfte davon kam in Einrichtungen des Provinzialverbands unter; Tab. E.3; Provinzialverband der Rheinprovinz an die Regierung Düsseldorf, 7. 12. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 121f. Für Hamburg vgl. Pfäfflin, Wohlfahrt, S. 108f.

³⁶ Krause, Flucht, S. 143.

³⁷ Danach sollten bis zu 4000 Alterskranke aus Hamburg, Schleswig-Holstein und Westfalen in die Gauen Bayreuth, Franken und Salzburg evakuiert werden; Fernschreiben des Hauptamtes für Volkswohlfahrt an die NSV-Gauamtsleitungen, 15. 7. 1943, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt/1157.

³⁸ Auf die Rheinprovinz entfiel etwa ein Viertel der bereitgestellten Plätze; Fernschreiben des Hauptamtes für Volkswohlfahrt an die NSV-Gauamtsleitungen, 30. 8. 1943, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt/648. Zu den Verlegungen vgl. Tab. E.3 und E.4.

³⁹ Zusammenstellung der von den städtischen Krankenanstalten nach Solingen überwiesenen Kranken [1942], NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 108; Nachweisung [der nach Kolberg evakuierten Bochumer Kranken], 28.9.[1943], BrLHA, Br. Pr. Rep. 55, Abt. IX/1408, Bl. 22f.

Insbesondere kommunale Entscheidungsträger betrieben die Verlegungen. Hierunter zählen zum einen Vertreter der lokalen NSDAP, vor allem aber die städtischen Gesundheitsämter.⁴⁰ Zwei Argumentationslinien begründeten die Evakuierungsvorhaben: Die Gesundheitsbehörden wiesen in erster Linie auf Engpässe in der lokalen Krankenhausversorgung hin. Da die Kriegsumstände den Verbleib hilfsbedürftiger alter Menschen in der eigenen Wohnung immer schwieriger machten, wurden Alterskranke häufiger in Krankenhäuser eingewiesen, teils, weil sich der Gesundheitszustand ohnehin Gebrechlicher durch die Luftkriegsfolgen weiter verschlechtert hatte, teils aber auch, weil Pflegebedürftige, die sich bislang in Familienpflege befunden hatten, von ihren bombengeschädigten Angehörigen nicht mehr versorgt werden konnten.⁴¹ „Wenn es gelänge, die alten Leute aus Wuppertal fortzuschaffen“,⁴² so das vielfach anzutreffende Argument kommunaler Gesundheitsverwaltungen, „würden in den Krankenanstalten sofort zahlreiche Betten frei“. „Das harte Kriegsschicksal“,⁴³ so die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums, fordere von den behandelnden Ärzten, bei der Freimachung der Krankenhäuser „einen äusserst strengen Maßstab anzulegen, um den vorhandenen Raum möglichst für die jungen leistungsfähigen Menschen sicherzustellen“.

Je weiter die Verknappung der medizinischen Ressourcen voranschritt, desto mehr standen alte, zumeist stark pflegebedürftige Langzeitpatienten in der Hierarchie der Patienten hinten an. Vor allem in den letzten beiden Kriegsjahren wurde ihnen der Zugang zu den knappen Gesundheitsressourcen mehr und mehr beschränkt. Alterskranke ohne erkennbare äußere Verletzungen durften nach einer Anweisung der Kölner Gesundheitsverwaltung „unter keinen Umständen in Krankenhäuser aufgenommen werden, sondern müssen sofort in die Riehler Heimstätten [das zentrale Alten- und Siechenheim in Köln, W.S.] transportiert werden“.⁴⁴ Bei unabwendbarer Behandlungsbedürftigkeit sollten sie in den einfacher ausgestatteten Hilfskrankenhäusern untergebracht werden.⁴⁵ „Der drin-

⁴⁰ Bericht des Kölner Oberbürgermeisters an die Gauleitung Köln-Aachen über den Luftangriff vom 30./31. 5. 1942, StadtAK, ZS Kriegsschönheit/63; Gauamt für Volksgesundheit Köln-Aachen an den Beigeordneten Heringhaus, 7. 1. 1943, StadtAK, Acc. 673/57; Gesundheitsamt Duisburg, Monatlicher Lagebericht, 28. 8. 1942, NRWStA Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 84; Gesundheitsamt Essen, Monatlicher Lagebericht, 6. 5. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 239; Niederschrift über die Besprechung zwischen dem Gauleiter Wagner, dem kommandierenden General im Wehrkreis VII, Stadtrat Leitmeyer und dem Münchner Amtsarzt Limmer vom 13. 4. 1943, StadtAM, Bürgermeister und Rat/305-10.

⁴¹ Reichsstatthalter in Sachsen, Abteilung Allgemeine und Innere Verwaltung, Rundschreiben an die Landräte und Oberbürgermeister Sachsens, 9. 12. 1943, SächsHStA, MdI/16851, Bl. 4; Der Arzt im Luftkrieg [MS, 1943], S. 7, BAB, R 18/3791.

⁴² Der Oberbürgermeister der Stadt Wuppertal an die Regierung Düsseldorf, 20. 11. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54494-I, Bl. 63 (Zitat); Niederschrift über die Chefarztbesprechung vom 12. 5. 1944, StadtAK, 687/16.

⁴³ Der Arzt im Luftkrieg [MS, 1943], S. 7, BAB, R 18/3791.

⁴⁴ Niederschrift über die Chefarztbesprechung vom 29. 7. 1944, StadtAK, 687/16; vgl. Schlüter an das Gesundheitsamt Duisburg, 22. 10. 1944, StadtAD, 503/416.

⁴⁵ Erlaß des Reichsministeriums des Innern IV 6246/40g, 27. 12. 1940, BAB, R 18/5576; Erlaß des Reichsgesundheitsführers Lu II/43, 3. 7. 1943, StadtAK, Acc. 673/12.

gende Bedarf an Krankenhausbetten“, so der Reichsgesundheitsführer Conti, „schließt im totalen Krieg deren Verwendung im Sinne eines Siechen- oder Altersheimes aus“. ⁴⁶ Der Münchener Krankenhausdezernent Leitmeyer hatte zuvor schon aus demselben Grund die „rücksichtslose Durchfilzung“ ⁴⁷ der Krankenhausbetten auf Dauerpatienten empfohlen, da Soldaten in einer Zeit kriegsbedingter medizinischer Kapazitätsengpässe mehr Recht auf ein Krankenhausbett besäßen als diese Gruppe Zivilkranker. Auch in seiner Argumentation klingt deutlich der Gedanke an, daß das Mangelgut Gesundheit nach der gesellschaftlichen „Nützlichkeit“ verteilt werden sollte. Dabei fielen Alterskranke durch das dreifache Raster nationalsozialistischer Kriegs-Gesundheitspolitik: Ihre militärische Bedeutung tendierte in den Augen des Regimes gegen Null, ihr Arbeitskraftpotential schien gering, und auch ihr bevölkerungspolitischer Stellenwert schlug kaum zu Buche.

Die kriegsbedingte Knappheit der Gesundheitsressourcen rechtfertigte in den Augen nationalsozialistischer Gesundheitspolitiker auch den Ausschluß todkranker Patienten aus der medizinischen Versorgung. Im Juli 1943 untersagte der Reichsgesundheitsführer Krankenhäusern „die Aufnahme hoffnungslos Kranker für ihre letzten Lebenstage“. ⁴⁸ Bereits anderthalb Jahre zuvor hatte der Münchner Gynäkologe Otto Eisenreich die Aufnahme von moribunden Krebspatientinnen in seiner Klinik abgelehnt und damit Beifall beim Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Innenministerium gefunden. Ministerialdirektor Schultze erklärte: „Wir können es uns nicht leisten, daß wir Leute mit jauchigen Karzinomen in unsere Kliniken aufnehmen, nur weil es arme Teufel sind, und dadurch anderen dringenden Fällen die Betten wegnehmen. Ich stehe auf dem Standpunkt [...] für jauchige Karzinome in einem Zustand, wie Herr Prof. Eisenreich meinte, haben wir in den Kliniken heute leider keinen Platz mehr.“ ⁴⁹ Gegen Kriegsende gipfelte der Ausschluß chronisch Kranker aus der Gesundheitsversorgung in der Einrichtung spezieller Sterbehäuser mit knappster medizinischer Betreuung für todkranke Patienten. ⁵⁰

Einige Indizien sprechen dafür, daß sich die Ausgrenzung alterskranker Patienten aus der Krankenhausversorgung bis in die ärztliche Allgemeinpraxis fortsetzte. Ende März 1944 zog der Leiter der Hauptabteilung „Deutsche Lebensgebiete“ im Inlandsgeheimdienst der SS, Otto Ohlendorf, bei den Außenstellen des SD Erkundigungen über die medizinische Versorgung älterer Menschen ein. Ihm sei bekannt geworden, daß „gelegentlich alte Leute Medikamente, die ihnen ärztlich verordnet worden sind, verweigert haben, mit der Begründung, daß Ärzte

⁴⁶ Conti an die Reichsverteidigungskommissare, 5. 7. 1943, BAB, R 18/3791.

⁴⁷ Leitmeyer, Protokoll der Dezernentenbesprechung vom 20. 7. 1942, S. 26, StadtAM, Ratsprotokolle/715-3.

⁴⁸ Conti an die Reichsverteidigungskommissare, 5. 7. 1943, BAB, R 18/3791.

⁴⁹ Protokoll der Besprechung über die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung am 23. 2. 1942, S. 15, StadtAM, Gesundheitsamt/118.

⁵⁰ So wurden z. B. im Neußer St. Josefskloster neben 150 Betten für chronisch Kranke weitere 60 Plätze für moribunde Krebskranke eingerichtet; Reichsverteidigungskommissar Düsseldorf an den Neußer Oberbürgermeister, 6. 4. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54474-II, Bl. 354.

von der Regierung den Auftrag bekommen hätten, invalide Leute nicht mehr zu behandeln bzw. ihren vorzeitigen Tod durch geeignete Mittel herbeizuführen“.⁵¹ Er bitte um Mitteilungen, ob den SD-Mitarbeitern ähnliche Fälle bekannt geworden seien. Auf die Nachfrage des Reichssicherheitshauptamtes meldeten im Frühjahr 1944 drei Viertel der etwa 40 angeschriebenen SD-Dienststellen entsprechende Vorkommnisse nach Berlin. Freilich erlauben diese Berichte keinen direkten Schluß auf das Vorhandensein gesundheitspolitischer Praktiken, die den Zugang älterer Patienten zur Gesundheitsversorgung beschränkten, zumal die Mehrheit der Berichtersteller nicht immer zwischen nachprüfbaren Sachverhalten, eigenen Meinungen und Gerüchten unterschied. Dennoch sind diese Berichte aufschlußreich, denn sie geben einen Einblick in die Erfahrungsgeschichte nationalsozialistischer Gesundheitspolitik, der mit anderen Quellengattungen kaum möglich ist.

Ganz offensichtlich fühlten sich alte Menschen in der zweiten Kriegshälfte auch außerhalb der Krankenhäuser nicht mehr angemessen medizinisch betreut. Im Gebiet des Leitabschnitts Dresden stellten die Zuträger des SD wiederholt fest, „daß alte Volksgenossen nach ihrer Auffassung im Falle einer notwendig werden- den ärztlichen Behandlung nicht mit der gleichen Sorgfalt und Umsicht betreut werden wie junge arbeitsfähige Volksgenossen“.⁵² Vor allem auf dem Land sei diese Beobachtung zu machen. Daß dies indes keine ländliche Besonderheit war, wird aus einem Bericht des Leitabschnitts Dortmund deutlich. In der Bevölkerung, so heißt es dort, sei der Eindruck verbreitet, „die Regierung habe angeordnet, dass durch Nichtausgabe von Medikamenten und Lebensmittelzusätzen an alte kranke Personen ein frühzeitiger Tod herbeigeführt werden soll. Vor allem in Arbeiterkreisen herrscht vielfach die Ansicht, dass der Staat nur ein Interesse an seinen Kindern habe, und alles tue, den Nachwuchs des deutschen Volkes gesund zu erhalten und auch durch Evakuierung in Sicherheit [zu] bringe[n]. Dagegen sei ihm das Schicksal der alten Volksgenossen völlig gleichgültig.“⁵³ Auch hielt sich hartnäckig die Fama, daß das Regime Einschränkungen in der medizinischen Versorgung alter Menschen verfügt habe, die tatsächlich nicht bestanden. So herrschte unter der Bevölkerung des Bezirks Frankfurt/Oder große Erbitterung über eine angebliche Anordnung der Regierung, daß Personen, die älter als 60 Jahre waren, nicht mehr in ein Krankenhaus aufgenommen werden dürften.⁵⁴ Und der Leitabschnitt Stettin berichtete das Gerücht, die Gesundheitsbehörden hätten ärztliche Hausbesuche bei über fünfzigjährigen Patienten untersagt, „da der Staat an der Erhaltung des Lebens dieser Leute kein Interesse“⁵⁵ habe. In einigen Fällen steigerte sich der vermutete Ausschluß aus der medizinischen Versorgung zum konkreten Tötungsverdacht. So kursierte im Gebiet des SD-Leitabschnitts Weimar

⁵¹ Ohlendorf, Rundschreiben an die SD-(Leit)Abschnitte und Hauptaußenstellen, 20. 3. 1944, ZAHdS, 500/4/330.

⁵² Bericht des SD-Leitabschnitts Dresden, 4. 5. 1944, ZAHdS, 500/4/330.

⁵³ Bericht des SD-Leitabschnitts Dortmund, 21. 4. 1944, ZAHdS, 500/3/330 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Schwerin, 25. 4. 1944, ebenda.

⁵⁴ Bericht des SD-Leitabschnitts Frankfurt/Oder, 24. 4. 1944, ZAHdS, 500/4/330.

⁵⁵ Bericht des SD-Abschnittes Stettin, 24. 4. 1944, ZAHdS, 500/3/330 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Nürnberg vom 2. 6. 1944, ebenda.

die Flüsterparole, daß den Altenheiminsassen „Himmelfahrtsspritzen“⁵⁶ verabreicht würden, ähnlich denen „wie sie in verschiedenen Irrenanstalten zahlreich verabreicht worden sein sollen“. In der Frankfurter Gegend hielt sich hartnäckig das Ondit, daß nach den Einrichtungen für geistig Behinderte nun die Altersheime zur Räumung anstünden und dabei „auch alte Leute, die im Leben Tüchtiges geleistet hätten und jetzt im Alter etwas schwachsinnig geworden seien, mit liquidiert würden“.⁵⁷ Und als der Fürsorgeausschuß des Münchener Stadtrates über die Verlegung von Altersheiminsassen nach Schönbrunn beriet, wo die Stadt in einer teilgeräumten katholischen Pflegeanstalt ein Altenheim eingerichtet hatte, mußte Oberbürgermeister Fiehler der Behauptung entgegentreten, den nach Schönbrunn verlegten Alten drohe ein ähnliches Schicksal wie den nach Eglfing-Haar verlegten Psychiatriepatienten.⁵⁸

Obleich solche Gerüchte eher die erweiterte Spannweite des Denkmöglichen als vorfindliche Tatsachen widerspiegeln, basierte manches, zumindest was die unzureichende medizinische Betreuung älterer Patienten anging, durchaus auf einem realen Kern. Der Hamburger SD konstatierte die „allgemeine Tendenz, alte Volksgenossen in der Erhaltung ihres Lebens und in der ärztlichen Betreuung nicht gerade zu unterstützen“⁵⁹ gleichermaßen als erfahrbare Realität und als Gegenstand von Erörterungen in der Bevölkerung. Aus Düsseldorf berichtete der Sachbearbeiter des Leitabschnitts, daß ihm mehrere Fälle bekannt geworden seien, in denen Krankenschwestern aus eigener Initiative älteren Patienten knappe Medikamente verweigert hatten, ein Vorgang, den sein Vorgesetzter in Berlin als geradezu selbstverständliche Tatsache wertete.⁶⁰ In seinem zusammenfassenden Bericht an Conti führte der Leiter der Abteilung Volkstum und Volksgesundheit im SD, der selbst Mediziner war, die Verbreitung der oben geschilderten Gerüchte unter anderem auf die Tatsache zurück, daß einzelne Ärzte Unterschiede in der Behandlung alter und junger Patienten machten und „natürlicherweise dann, wenn ihnen bei zwei Patienten nur für einen ein Medikament zur Verfügung steht, dieses bei dem jüngeren und wichtigeren“ anwendeten.⁶¹ Diese Praxis, angesichts

⁵⁶ Bericht des SD–Leitabschnitts Weimar, 24. 5. 1944, ZAhds, 500/3/330 (Zitat); Bericht des SD–Leitabschnitts Münster, 9. 5. 1944.

⁵⁷ Bericht des Oberlandesgerichts Frankfurt/M. an das Reichsjustizministerium, 16. 5. 1941, ZSL, AR-Z 7/340/1959, Bd. V, Bl. 1255.

⁵⁸ Protokoll der Sitzung des Fürsorge–Beirats am 15. 5. 1941, StadtAM, Ratsprotokolle/714–4.

⁵⁹ Bericht des SD–Leitabschnitts Hamburg, 16. 5. 1944, ZAhds, 500/4/330 (Zitat); Bericht des SD–Leitabschnitts Frankfurt/Oder, 24. 4. 1944, ebenda.

⁶⁰ Bericht des SD–Leitabschnitts Düsseldorf, 19. 6. 1944, ZAhds, 500/4/330. Versuche, die Versorgung alter Patienten einzuschränken, sind auch in anderen Regionen nachweisbar. So bemühte sich der Medizinaldezernent des Regierungsbezirks Braunschweig im August 1944, den Arzt der teilweise in ein Kriegssiechenheim umgewandelten Heil- und Pflegeanstalt Neuerkerode davon abzubringen, die dort untergebrachten Pflegefälle medizinisch zu betreuen, da es nicht vertretbar sei, knappe Medikamente „zur künstlichen Verlängerung des Lebens schon im Absterben befindlicher alter Menschen zu verwenden“; Staatsanwaltschaft Hannover, Verfahren 2 JS 80/50, HA, Bl. 24, zit. nach Sueße/Meyer, Abtransport, S. 198.

⁶¹ Ehlich an Conti, 1. 9. 1944, ZAhds, 500/3/330.

knapper werdender medizinischer Ressourcen die arbeitende Bevölkerung vorrangig zu Lasten der nicht mehr in den Arbeitsprozeß integrierten Bevölkerungsgruppen zu behandeln, lief de facto auf den Tausch einer besseren Gesundheitsversorgung der arbeitsfähigen Bevölkerungsteile gegen eine verringerte Lebenserwartung der nicht mehr Arbeitsfähigen hinaus.

Der zweite Argumentationsstrang, mit dem die Verlegung der Alten und chronisch Kranken begründet wurde, subsumierte die Siechenverlegung unter die luftkriegsbedingte „Auflockerung“ der urbanen Zentren.⁶² Daß sich dahinter, oft kaum verhüllt, kriegswirtschaftliche Argumente verbargen, zeigt ein Schreiben des Kölner Gauleiters Grohé an seinen sächsischen Kollegen Mutschmann. Danach sollten die Umquartierungen der Alten und Siechen vor allem deshalb erfolgen „weil diese hier keine kriegswichtigen Arbeiten leisten können“,⁶³ weiterhin könnte dadurch „auch die Möglichkeit geschaffen werden, in den dann freiwerdenden Räumlichkeiten Rüstungsarbeiter und sonstige kriegswichtige Stellen unterzubringen“. Hier stand nicht mehr wie vor 1939 das Ziel niedrigerer Fürsorgekosten im Mittelpunkt, sondern es ging darum, die im Krieg viel wichtigeren knappen Behandlungen, Pflege- und Gebäudekapazitäten einer – gemessen an den regimeinternen Rationalitätskriterien – „nutzbringenderen“ Verwendung zuzuführen. Dabei griff die Zivilverwaltung extensiv auf die Altenheime zu. Bereits Ende 1941 waren in Sachsen mehr als 25 Prozent der bei Kriegsbeginn erfaßten Einrichtungen einer anderen Verwendung zugeführt worden.⁶⁴ Von den im Gebiet der Stadt Köln gelegenen 37 Altersheimen waren Anfang 1944 18 zerstört, vier beschädigt, neun mit Berufstätigen belegt und drei von der Wehrmacht bzw. der Stadtverwaltung genutzt. Nur drei Gebäude dienten weiterhin ihrem ursprünglichen Zweck.⁶⁵

Bei den Bemühungen, die in ihren Augen gleichermaßen unproduktive wie ressourcenzehrende Gruppe der Alterssiechen möglichst weit aus ihrem Verfügungsbereich zu entfernen, nahmen die Gesundheitsbehörden der evakuierenden Gebiete einschneidende Beschränkungen in der medizinischen Versorgung der Abtransportierten billigend in Kauf. Bezeichnend für die Nichtanerkennung der Verantwortung für diese Gruppe von Kranken ist die Tatsache, daß die städtischen Wohlfahrtsbehörden zumeist große Probleme hatten, Beschwerden der Angehörigen nachzugehen, da sie selbst nicht über genaue Informationen bezüglich der Unterbringung der Evakuierten verfügten. Auch die eigentlich zuständige NSV

⁶² Der Oberbürgermeister der Stadt Mülheim-Ruhr an die Regierung Düsseldorf, 24. 5. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 113f. Dieser Tenor findet sich auch im Bericht über die Sitzung des Reichsinnenministeriums mit Vertretern des Propagandaministeriums, des Reichswirtschaftsministeriums u. a. über die Bewältigung der Luftkriegsfolgen am 20. 5. 1943, APK, 10306546.

⁶³ Grohé an Mutschmann, 6. 12. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 87 (Zitat); Stuckart, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare der Reichsverteidigungsbezirke I–IV und VIII–XXI, 27. 6. 1941, BAB, R 2/12081.

⁶⁴ Hahn, Altersforschung, S. 223f.

⁶⁵ Aufstellung der Kölner Stadtverwaltung, 15. 2. 1944, StadtAK, Acc. 673/12. Zur Zweckentfremdung von Altenheimen vgl. die instruktive Fallstudie von Hahn/Lilienthal, Totentanz.

entzog sich der Verpflichtung für diesen Personenkreis und überließ die Betreuung der umquartierten Alten und Siechen, wo immer dies möglich war, Trägern der freien Wohlfahrtspflege.⁶⁶

Sowohl bei den Verlegten als auch bei den Angehörigen riefen die Transporte zum Teil beträchtlichen Unwillen hervor.⁶⁷ Alterskranke Patienten willigten, auch aus der Furcht, ein ähnliches Schicksal wie die Psychiatriepatienten zu erleiden, oft nur zögernd in Evakuierungen ein.⁶⁸ Zwar scheint die Mehrzahl der Verlegungen letztlich auf freiwilliger Basis durchgeführt worden zu sein, zumindest in Köln waren jedoch Zwangsevakuiierungen fürsorgeabhängiger Altersheimbewohner keine Seltenheit.⁶⁹ Bei der Durchführung der Umquartierungen gebärdeten sich die Stadtverwaltungen oftmals radikaler als die beteiligten Ober- und Mittelbehörden. Während das Reichsinnenministerium aufgrund fehlender Rechtsgrundlagen für Zwangsverlegungen und auch aus psychologischen Erwägungen an der Freiwilligkeit der Transporte festhielt,⁷⁰ standen mehrere Stadtverwaltungen im Rheinland auf dem Standpunkt, „daß eine zwangsweise Evakuierung der Siechen und alten Leute nötig ist“, ⁷¹ um den Erfolg der Aktion nicht in Frage zu stellen.

Die Aufnahmeorte der Evakuierten waren ihrerseits nur selten bereit, die stark pflegeintensiven Siechen zu betreuen. Zwar reagierten nicht alle neubelegten Kliniken so wie ein Krankenhaus aus dem sauerländischen Altena, das eine pflegebedürftige alte Frau, die nach einem Luftangriff aus Duisburg dorthin evakuiert

⁶⁶ Vereinbarung zwischen der NSV und dem Deutschen Caritasverband, 27. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 34; Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 463.

⁶⁷ Gesundheitsamt Duisburg an die Regierung Düsseldorf, 12. 11. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 120; vgl. Gesundheitsamt Köln an das Gauamt für Volkswohlfahrt Niederschlesien, 6. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 62.

⁶⁸ Von 2000 zur Evakuierung anstehenden Duisburger Alten waren nur 312 bereit, sich freiwillig umquartieren zu lassen; Gesundheitsamt Duisburg an die Gauamtsleitung der NSV, 27. 7. [1943], StadtAD, 503/33.

⁶⁹ Dagegen wurden die Selbstzahler in den Riehler Heimstätten belassen. Hier spielten in erster Linie privatrechtliche Argumente eine Rolle. Die nicht der Fürsorge unterstellten Einwohner hatten sich in das Altersheim eingekauft und waren durch einen unkündbaren Vertrag mit der Verwaltung des Altersheimes geschützt; vgl. Damenheim Köln-Lindenthal an Wohlfahrtsamt Köln, 1. 10. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 60.

⁷⁰ Wolsegger an die Regierung Düsseldorf, 14. 1. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 125. Die Rechtsgrundlagen für die Zwangsräumung von Altenheimen wurden erst durch einen Erlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe vom 10. 10. 1944 geschaffen; APK, 10302784 f. Allerdings konnten die von den Fürsorgeverbänden untergebrachten Alterspfleglinge schon vorher auch gegen ihren Willen verlegt werden, da die Fürsorgebehörden das Aufenthaltsbestimmungsrecht ausübten. Bei den Selbstzahlern empfahl der Krefelder Amtsarzt, das Pflegeheim zu räumen und bei den dann obdachlosen Alten, die sich keine eigene Unterkunft verschaffen konnten, vom polizeilichen Aufenthaltsbestimmungsrecht für Obdachlose Gebrauch zu machen; Gesundheitsamt Krefeld an die Regierung Düsseldorf, 14. 9. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54492, Bl. 113.

⁷¹ Gesundheitsamt Mülheim/Ruhr, Monatlicher Lagebericht, 25. 3. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 216. Diese Ansicht wurde einvernehmlich vom Amtsarzt, dem Polizeipräsidenten als Leiter des örtlichen Luftschutzes und dem Luftgaurarzt vorgetragen.

worden war, vor der Haustür ihrer Angehörigen absetzen ließ,⁷² jedoch ist dieses Verhalten nur die Spitze eines Eisberges der verweigerten Verantwortung für alterskranke Menschen. Einige Gaue, zum Beispiel Sachsen, untersagten die Aufnahme solcher Patienten grundsätzlich.⁷³ Dahinter stand die Furcht, dauerhaft mit der Versorgung dieser pflegeintensiven, „gaufremden“ Kranken belastet zu werden. Der Düsseldorfer Gauamtsleiter für Volksgesundheit lehnte auch die nur vorübergehende Unterbringung von luftkriegsgeschädigten alten und chronisch Kranken aus dem Ruhrgebiet in den freigewordenen Heil- und Pflegeanstalten seines Zuständigkeitsbereichs ab, denn „es sei damit zu rechnen, daß die Alterspfleglinge, wenn sie einmal in den Anstalten untergebracht seien, dort blieben“.⁷⁴

Entsprach schon die Unterbringung der evakuierten „regulären“ Kranken nicht immer den medizinischen Mindeststandards, galt dies umso mehr für die Alten und Siechen. Bezeichnend in dieser Hinsicht ist das Urteil des Duisburger Gesundheitsamtes, das ein als Ausweichkrankenhaus in Betracht gezogenes Gebäude mit der Begründung ablehnte, daß es sich aufgrund seines schlechten Bauzustands „höchstens für Alte, Sieche und chronisch Kranke“⁷⁵ eigne. Die Unterbringung der bettlägerigen Siechen auf Strohsäcken, ohne ausreichende Wäsche und pflegerische Betreuung, war eher die Regel als die Ausnahme. Selbst die Sammellagerung in Turnhallen ist belegt. Was sich dort „an Not und Elend darbietet“, ⁷⁶ so ein Mitarbeiter des Kölner Gesundheitsamtes, „sei kaum zu beschreiben“.

Je länger der Krieg fort dauerte und je weiter die Patienten aus ihren Heimatstädten entfernt wurden, desto durchlässiger wurden die Grenzlinien zwischen den Alterskranken und den Psychiatriepatienten in bezug auf die pflegerische Betreuung und die Qualität der Unterkunft.⁷⁷ Als dem für die organisatorische Abwicklung der Verlegungen verantwortlichen Anstaltsdezernenten der Rheinprovinz, Professor Walter Creutz, vom Reichsstatthalter des Gaues Oberdonau Betten in der Heil- und Pflegeanstalt Baumgartenberg angeboten wurden, schlug er dem Düsseldorfer Medizinaldezernenten vor, diese Plätze für Sieche zu verwenden, da er „den dringenden und starken Bedarf an Plätzen für Siechenpfleglinge berücksichtige und davon ausgehe, daß sich die Pflegeanstalt Baumgartenberg wahrscheinlich gerade zur Unterbringung von Siechenpfleglingen besonders gut

⁷² August Dams an das Gesundheitsamt Duisburg, 12. 9. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 117f.

⁷³ NSV-Gauamtsleitung Sachsen an die NSV-Gauamtsleitung Köln, 22. 9. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 39.

⁷⁴ Vogt, Aktenvermerk, 21. 5. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54470-I, Bl. 16.

⁷⁵ Bericht des Duisburger Amtsarztes über „Maßnahmen und Erfahrungen mit der vorsorglichen, teilweisen Verlegung Kranker aus den Duisburger Krankenhäusern nach den Luftangriffen im Juli 1942“, 12. 8. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 58.

⁷⁶ Gesundheitsamt Köln an das Gauamt für Volkswohlfahrt Niederschlesien, 6. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 62 (Zitat); Gesundheitsamt Duisburg an die Regierung Düsseldorf, 16. 1. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 109; Sueße/Meyer, Abtransport, S. 188.

⁷⁷ Zu einem ähnlichen Befund gelangt Achim Thom in seiner Studie zur sächsischen Psychiatrie; ders., Kriegsoffer, S. 216.

eigenen wird“.⁷⁸ Hintergrund dieses Vorschlags war der gemeinsame Wunsch, durch den „rasche[n] Abbau der Belegung der Anstalt mit Siechenpfleglingen“ den „durch die Verlegung der Geisteskranken freigemachten Raum der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen wieder in stärkerem Maße als Reserve zur Unterbringung von Krankenhauspatienten zur Verfügung zu haben“.

Zum Teil wurden die in Heil- und Pflegeanstalten verbrachten Alterskranken dort nicht in eigenen Abteilungen untergebracht, sondern in den Betrieb der Anstalt integriert. Dorothee Roer hat diesen Prozeß als die „Psychiatisierung“⁷⁹ somatisch Kranker beschrieben. Für die durch den Transport häufig desorientierten, oft gesundheitlich schwer angeschlagenen Patienten bedeutete die Zusammenlegung mit den zum Teil psychisch schwer kranken Menschen eine erhebliche Belastung.⁸⁰ Die Verpflegung in den Ausweichquartieren lag in der Regel unter den Sätzen für die Normalbevölkerung, teilweise wurden die Insassen von Ausweichquartieren in Heil- und Pflegeanstalten gemeinsam mit den Geisteskranken zu deren niedrigen Kossätzen verpflegt.⁸¹ Oft übernahmen die neuen Patienten nicht nur die Etagenbetten der ermordeten Geisteskranken, sondern auch gleich Wäsche und Kleidung der ehemaligen Anstaltsinsassen.⁸² Eine Kölner Patientin fand in ihrem Bittbrief an Joseph Goebbels für die Zustände in einer umgewandelten Heil- und Pflegeanstalt deutliche Worte, die die Verzweiflung der evakuierten alten Frau über ihre erbarmungswürdige Lebenssituation spüren lassen: „Es sind lauter kranke Invaliden, die schon mehrere Jahre hier in Riehl waren. Väter und Mütter, deren Söhne, die im Weltkrieg waren und Mütter, deren Söhne im Weltkrieg gefallen sind, Männer die im Weltkrieg selbst ihren Mann gestanden haben. Diese armen Menschen schickt man nach Düren in das Heil- und Pflegeheim mit Gittern an den Fenstern, Klosett ohne Türen, direkt abscheulich, Säle mit 20–30 Betten, keine Kleiderschränke, nur Bett und Stuhl. Mittags und Abends immer Eintopf, nur einen Löffel. Medikamente werden keine verabreicht, richtige Irrenbehandlung. Die Leute sollen eingehn – langsam aber sicher. Es sind schon einige Selbstmörder zu verzeichnen, die Leute werden zur Verzweiflung getrieben. Ist das nicht furchtbar für die armen Invaliden, die ihr ganzes Leben gearbeitet haben, und nun ihren Lebensabend in einer früheren Irrenanstalt zu [sic] verbringen müssen.“⁸³ Infolge dieser Bedingungen kehrten zahlreiche Alte unter größten

⁷⁸ Creutz an den Regierungspräsidenten der Rheinprovinz, 29. 6. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54470-I, Bl. 22.

⁷⁹ Roer, *Psychiatrie*, S. 29.

⁸⁰ Vgl. Asendorf, *Hamburg*, S. 194 f.

⁸¹ Der leitende Medizinalbeamte der Provinz Sachsen an das Oberpräsidium der Provinz, 8. 1. 1943, LHSA, Rep. C 20 Ib/1605, Bl. 23; Creutz an die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Düren, 16. 3. 1944, ALVR/14295, Bl. 9.

⁸² Frau S. an Frau M., 24. 12. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54494, Bl. 70.

⁸³ Frau Z. an Goebbels, 14. 11. 1942, StadtAK, Acc. 673/57. Die Verwaltung der Riehler Heimstätten mußte konzedieren, daß die Angaben der Beschwerdeführerin „teils zutreffend sind“. Daß es sich bei den Gebäuden, in denen die Alterssiechen untergebracht waren, „um solche handelt, die darüber hinaus noch in einem gewissen Umfang mit Geisteskranken belegt sind“, könne nicht geleugnet werden. Über die Beschwerde selbst war die Dienststelle keineswegs verwundert. Im Gegenteil: „Überraschenderweise sind von den bis jetzt in Düren und Hoven untergebrachten 700 Pfleglingen verhältnismäßig wenig

körperlichen Strapazen aus der Evakuierung zurück und diskreditierten so weitere Verlegungen. „Schwer erkrankt, durchgelegen“,⁸⁴ so das Kölner Gesundheitsamt, „kommen die alten Frauen und Männer hier an. Wie sich dies hier bei uns, politisch gesehen, auswirkt, können Sie sich vorstellen.“

In den letzten Monaten des „Dritten Reiches“ wurden Alterskranke auch aus den Alten- und Pflegeheimen zunehmend verdrängt. Ein Teil der rund 150 000 Lazarettbetten, die das Heer im Sommer 1944 durch den Zusammenbruch der Ostfront verloren hatte, sollte durch die Räumung von Altenpflegeheimen für Krankenhauspatienten und die Einrichtung einfachster ausgestatteter Kriegssiechenheime ersetzt werden.⁸⁵ Den dazu benötigten Raum plante man durch erneute Belegungsverdichtungen in kirchlichen Heil- und Pflegeanstalten zu gewinnen, gleichzeitig wurden Altenheiminsassen nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit sortiert und die am stärksten pflegebedürftigen Fälle in die schlechter ausgestatteten Kriegssiechenheime überwiesen, sofern aus ihren Heimen vertriebene gesündere Alte deren Platz beanspruchten. „Aufgrund der inzwischen eingetretenen Verschärfungen der Lage bei der Heimplatzvermittlung“,⁸⁶ teilte der Leiter des Gauamtes für Volkswohlfahrt im Gau Ost-Hannover dem zuständigen Medizinaldezernenten mit, „ist es notwendig geworden, diese siechen Volksgenossen [gemeint waren evakuierte, stark pflegebedürftige alte Patienten aus Hamburg, W.S.] aus unseren Heimen herauszunehmen, um diese Plätze für Alte und Gebrechliche mit normalen Alterserscheinungen zu gewinnen“. Die Hamburger Alterskranken seien daher in geeignete Siechenheime zu verlegen. Mit den Siechenstationen der Ausweichkrankenhäuser und den seit Herbst 1944 in Einrichtungen der geschlossenen Jugendfürsorge, ehemaligen Gutshäusern, Gastwirtschaften und Baracken eingerichteten Kriegssiechenheimen entstand eine neue Form der Unterbringung alterskranker Patienten, die sich nicht mehr unter die Rubrik Krankenhaus subsumieren läßt, weil Pfleglinge in solchen Einrichtungen kaum mehr medizinisch betreut wurden.⁸⁷ Seit November 1944 sollten in solchen Einrichtungen nicht nur chronisch Kranke untergebracht werden, sondern alle Patienten, die nicht binnen vier Wochen in Allgemeinkrankenhäusern zu heilen waren. Statt der Krankenbehandlung erwartete Langzeitkranke, so der Leipziger Medizinhistoriker Achim Thom, die Unterbringung in „Abschiebequartieren für

Klagen laut geworden. Ein Beweis dafür, daß sich die meisten mit dieser kriegsbedingten Lage abfinden.“ Stadtverwaltung Köln an die Kreisleitung Köln, 21. 12. 1942, ebenda.

⁸⁴ Gesundheitsamt Köln an das Gauamt für Volkswohlfahrt Niederschlesien, 6. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 62.

⁸⁵ Conti, Rundschreiben an die Reichsministerien, 14. 11. 1944, BA-MA, H 20/787; Conti, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare, 22. 11. 1944, BAB, R 18/3812; Aktenvermerk zur Besprechung zwischen dem Oberkommando der Wehrmacht, der Parteikanzlei, Brandt u. a. über den Bedarf an Lazarettbetten vom 25. 7. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54468-I, Bl. 7; Generalbevollmächtigter für die Reichsverwaltung an die Reichsverteidigungskommissare, 12. 1. 1945, ebenda, Bl. 1.

⁸⁶ Gauamt für Volksgesundheit an die Regierung Lüneburg, 30. 1. 1945, NdsHStA, Hann. 180, Reg. Lbg. III/V/81.

⁸⁷ Reichsministerium des Innern an die Gau(Landes-)Jugendämter u. a., 27. 11. 1944, MeckLHA, MfU/10038a; Mecklenburgisches Staatsministerium, Abteilung Innere Verwaltung an das Reichsministerium des Innern, 2. 2. 1945, ebenda; Roer, Psychiatrie, S. 33.

Menschen, deren Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen nicht mehr rasch möglich oder nicht mehr lohnend erschien“.⁸⁸

Die Frage, inwiefern die mit System betriebene Unterversorgung evakuierter Alterskranker zur aktiven Tötung gesteigert wurde, läßt sich nur mit erheblichen Restunsicherheiten beantworten, die der ausgesprochen schwierigen Quellenlage geschuldet sind.⁸⁹ Die Anklagevertretung im Nürnberger Ärzteprozeß ging ursprünglich von etwa 75 000 ermordeten Alten aus, hat diesen Punkt im Verfahren jedoch nicht weiterverfolgt.⁹⁰ Um eine Antwort zu versuchen, sollen drei Formen typologisch unterschieden werden:

- die direkte Eingliederung siecher Patienten in die zweite Phase der „Euthanasie“ als Strategie zur Bewältigung akuter Versorgungskrisen nach größeren Luftangriffen;
- die Ermordung evakuierter Alterskranker nach vorheriger Psychiatrisierung;
- das individualisierte Töten auf den Siechenstationen der Ausweichkrankenhäuser und Kriegssiechenheime analog zum Mord an den Psychiatriepatienten in der zweiten Phase der Krankenmorde.

Die Überführung siecher Luftkriegsopfer in Tötungsanstalten der zweiten Euthanasiephase läßt sich in wenigstens zwei Fällen nachweisen. Nach einer Serie von Luftangriffen wurden rund 150 Alterskranke aus Hamburg in die Heil- und Pflegeanstalt Neuruppin verlegt und gerieten von dort in den Mahlstrom der Geisteskrankenmorde. Ähnlich erging es etwa 500 älteren Frauen aus Stettin, die 1944 in die Anstalt Meseritz-Obrawalde verbracht und dort unmittelbar nach ihrer Ankunft ermordet wurden.⁹¹

Auch für die zweite Fallgruppe gibt es mehrere Belege: Ältere Hamburger Luftkriegsopfer wurden aus Hilfskrankenhäusern und Luftschutzrettungsstellen in die Psychiatrie eingewiesen, von dort zusammen mit geisteskranken Patienten in auswärtige Heil- und Pflegeanstalten verlegt und am Zielort schließlich ermordet.⁹² Auch aus dem Rheinland wurden in den Jahren 1943/44 sieche und alte Pa-

⁸⁸ Thom, Kriegsopfer, S. 215.

⁸⁹ So hält das Kapitel „Umquartierung und Euthanasie“ bei Krause, Flucht, S. 146–156, nicht, was es verspricht. Da der Abschnitt sich darauf beschränkt, einige Standardwerke zur Geschichte der Krankenmorde zu kompilieren, gelingt der Nachweis von Verbindungslinien zwischen Evakuierung und „Euthanasie“ nicht.

⁹⁰ Bericht der UN-Kommission zur Erforschung von Kriegsverbrechen, Nürnberger Ärzteprozeß, Protokoll der Sitzung am 7. 1. 1947, IfZ, MB 15/19, Bl. 1819f.

⁹¹ Aly, Medizin, S. 65–67; Asendorf, Hamburg, S. 193–196; Vernehmung Minna E., 19. 6. 1961, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner D-E; vgl. auch das Urteil des Schwurgerichts Berlin vom 25. 3. 1946 gegen Dr. Hilde Wernicke und Helene Wieszorek, ZSL, VI 339 AR-Z 2497/1966.

⁹² Es handelt sich zum einen um 350 Insassen der Hamburger Wohlfahrtsheime, die im Mai 1943 von Hamburg in die Anstalten Schussenried, Zwiefalten und Meseritz-Obrawalde transportiert wurden, weiterhin um einen Transport von 78 Männern in die hessische Anstalt Eichberg und einen Transport von 97 Patientinnen, der am 7. 8. 1943, nur wenige Tage nach Beendigung der Angriffsserie, von Hamburg nach Hadamar abging. Zahlreiche Patienten der letzten beiden Transporte waren aus zerstörten Krankenhäusern oder Altersheimen in die Psychiatrie eingewiesen, viele davon mit den Diagnosen „bombenverwirrt“ oder „alterssenil“; Pfäfflin, Wohlfahrt, S. 120; Marien-Lunderup, Anstalten, S. 309f.; Otto, Verschärfung, S. 354.

tienten in „unverhältnismäßig großer Zahl“⁹³ in fremde Anstalten überführt, da infolge der Luftangriffe viele Altersheime zerstört worden waren, deren Insassen „mangels anderer Unterbringungsmöglichkeit und weil gewisse geistige Schwächeerscheinungen vorlagen, in die Heil- und Pflegeanstalten verlegt wurden“. Abtransportiert wurden auch solche Patienten mit „leichten geistigen Schwächeerscheinungen“, die bis dahin bei ihren Familien gelebt hatten, nun aber, da die Familien obdachlos geworden waren, in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht werden sollten. „Gerade diese alten Kranken mit kurzer Lebenserwartung“, so Creutz, seien von den Anstalten bevorzugt zur Verlegung ausgewählt worden, um die für psychiatrische Zwecke verbliebenen Plätze „in erster Linie den Neuaufnahmen und den heilbaren Kranken vorzubehalten, sowie denjenigen Kranken, die als Arbeitskräfte in den Anstalten tätig waren und nicht entbehrt werden konnten“. Die hohe Sterblichkeit unter den evakuierten Alterssiedchen führte Creutz auf deren Gebrechlichkeit zurück. Viele der Kranken hätten „den Transport nicht gut vertragen“. In der „damaligen Zwangslage, da für wichtige Zwecke Platz geschaffen werden mußte“, seien jedoch „gewisse Härten [...] nicht vermeidbar“ gewesen. Tatsächlich zählten gerade solche Patienten in den Tötungsanstalten der zweiten Euthanasiephase zu den bevorzugten Opfern der Krankensterben.⁹⁴

Weitaus schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob alte und chronisch kranke Patienten in Kriegssiechenheimen, Hilfs- und Ausweichkrankenhäusern ermordet wurden. Sicher ist, daß diese Frage im Sommer 1944 zwischen Karl Brandt und dem Betriebsarzt der Euthanasie-Zentraldienststelle, Curd A. Runckel, erörtert wurde. Anlaß des Gesprächs war die geplante Funktionsdifferenzierung der Heil- und Pflegeanstalten in gutausgestattete Heileinrichtungen mit umfangreichen Therapiemöglichkeiten für Fälle mit günstiger Prognose, Bewahranstalten für arbeitsfähige Geistesranke und einfachst ausgestattete Anstalten für morbide Patienten. Diese Sorte sollte „das nunmehr gewaltig angestiegene Kontingent von Alterskranken aufnehmen“.⁹⁵ Eine Entscheidung über die Ausdehnung des Patientenmordes auf Altersranke scheint jedoch nicht gefallen zu sein. „Es bleibt eine weitere Frage“, so hielt Runckel das Ergebnis seines Gesprächs mit Brandt fest, „in wie weit man [...] die Sterbehilfe an den hier untergebrachten ohnehin über kurz oder lang sterbenden Patienten vornehmen will“. Aufgrund des bisherigen Kenntnisstandes zur zweiten Phase der „Euthanasie“ kann nicht davon ausgegangen werden, daß diese Frage bis Kriegsende in der von Runckel gewünschten Richtung entschieden worden ist.⁹⁶ Allerdings hat Dorothee Roer in Patientenakten der mecklenburgischen Anstalt Uchtspringe Hinweise auf die aktive Ermordung der Patienten und den gezielten Abbruch der medizinischen Versorgung

⁹³ Vernehmung Walter Creutz, 21. 11. 1947, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca-Do.

⁹⁴ Eine in der sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz tätige Krankenschwester erklärte vor Gericht, in erster Linie seien „alle festgestellt Erbkranken und die bereits sehr hinfälligen alten Personen“ umgebracht worden; Aussage Hildegard Ackermann, 21. 6. 1946, Hohmann, Euthanasie-Prozeß, S. 177.

⁹⁵ Runckel, Aktennotiz über ein Gespräch mit Brandt am 18. 7. 1944, BAB, R 96-I/7.

⁹⁶ Vgl. S. 350–369.

entnommen.⁹⁷ Zu einem ähnlichen Schluß kommt auch Ute Daub für das Ausweichkrankenhaus der „Aktion Brandt“ in Köppern bei Frankfurt am Main, ohne dies allerdings stichhaltig belegen zu können. Derzeit lassen sich aktive Tötungen somatischer Patienten in einzelnen zivilen Krankenhäusern zwar mit einiger Plausibilität vermuten, sind aber nicht sicher nachgewiesen.⁹⁸

Daß sich der direkte Nachweis von Patiententötungen nicht führen läßt, ändert nur wenig am unmenschlichen Charakter dieses Aspekts nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Die Mortalität auf den behelfsmäßig eingerichteten Siechenstationen war extrem hoch und legt den Schluß systematischer Reduzierung der medizinischen Betreuung, die auch das Sterben der Patienten billigend in Kauf nahm, zwingend nahe, so daß die vorsätzliche Schmälerung der Lebenschancen alter und chronisch kranker Patienten sich ebenso als integraler Bestandteil der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der „Normalpatienten“ im Zeichen verknappter Gesundheitsressourcen begreifen läßt, wie der Mord an den Geisteskranken. In Köln verstarb ein Sechstel der aus den innerstädtischen Heimen nach Riehl verlegten Patienten innerhalb weniger Wochen nach der Einweisung, und in der mit Alterssiebern belegten Anstalt Uchtspringe betrug die Sterberate nahezu 70 Prozent innerhalb eines halben Jahres. Besonders betroffen davon waren die hochgradig pflegeintensiven Patienten. Ähnliche Werte sind für 800 Hamburger Alte bekannt, die seit dem Sommer 1943 nach Österreich evakuiert wurden. Von ihnen erlebte weniger als die Hälfte das Kriegsende.⁹⁹

⁹⁷ Roer, *Psychiatrie*, S. 34; hierzu auch Klee, *Euthanasie*, S. 446.

⁹⁸ Daub interpretiert einen Bericht des Frankfurter Oberbürgermeisters an Karl Brandt als Hinweis auf Krankentötungen im Köpperner Ausweichkrankenhaus. Dort wird eine Vereinbarung erwähnt, nach der Chefarzt Dr. Gutermuth die für die Klinik benötigten Medikamente aus Berlin erhalten habe. Diesen Hinweis wertet sie als Indiz für die in der zweiten Euthanasiephase verbreiteten Praxis, die zur Patiententötung benötigten Medikamente über die Berliner Euthanasie-Zentraldienststelle zu beziehen. Allerdings ist der so konstruierte Zusammenhang nicht zwingend, da Krankenhäuser der „Aktion Brandt“ knappe Medikamente direkt bei der Dienststelle des Reichskommissars beziehen konnten, ohne den Weg über die üblichen Verteilerkanäle zu gehen. Daubs zweiter Beleg, das Tagebuch eines als Krankenpfleger zwangsverpflichteten holländischen Medizinstudenten, in dem von der Tötung der Köpperner Patienten durch Luftinjektionen und die Gabe von Morphium-Scopolamin die Rede sei, wird nicht nachgewiesen; Daub, *Krankenhaus-Sonderanlage*, S. 50–54. Mit ähnlichen Vermutungen und ähnlich ungesicherter Quellenbasis operiert Harms, *Aktion Brandt*, S. 68f.

⁹⁹ Sterbeliste des Provinzialverbands Rheinland, ALVR, 14295-I, Bl. 2; Roer, *Psychiatrie*, S. 34; Pfäfflin, *Wohlfahrt*, S. 118.