VI. Regionalisierter Patientenmord und Vernichtung im Osten: Die zweite Phase der Erwachsenen-„Euthanasie" 1942–1945

Obgleich die Krankenmorde inzwischen zu den am besten erforschten Untersuchungsfeldern der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik zählen, sind gesicherte Kenntnisse über die zweite Phase der Erwachseneneuthanasie, die zwischen 72000 und 117000 Psychiatriepatienten das Leben kostete,[1] nur in geringem Umfang vorhanden. Bis Mitte der achtziger Jahre wurde sie zumeist mit einem aus den Quellen geschöpften Begriff als „wilde Euthanasie" charakterisiert.[2] Damit sollte ein Zustand bezeichnet werden, in dem Krankenmorde nach dem Abbruch der „Aktion T4" ungeregelt und überregional nicht koordiniert „ohne jede Norm und ohne jedes Verfahren"[3] durch isoliert handelnde Anstaltsärzte durchgeführt wurden. Dieser Deutung setzte Götz Aly ein breit rezipiertes Verlaufsmodell entgegen, das die Geschichte der „Euthanasie" mit der katastrophenmedizinischen Bewältigung des Luftkriegs verknüpfte, auch für die zweite Phase eine zentrale Koordination und Systematisierung der Tötungen postulierte und die entscheidende Rolle zentraler Instanzen bei der Wiederingangsetzung der Krankenmorde betonte.[4] Er beschrieb die Reinstitutionalisierung der „Euthanasie" als Prozeß, den bereits an der „Aktion T4" beteiligte Gruppierungen unter der Führung Karl Brandts initiierten.[5] Institutionengeschichtlich spielt der

---

1 Diese Schätzung basiert auf der Berechnung der Übersterblichkeit der Jahre 1942–1945 auf der Grundlage anstaltsbezogener Sterblichkeitsdaten im Vergleich zu der aufgrund der Vorkriegswerte erwartbaren Sterblichkeit. Sie umfaßt 70000 weitgehend gesicherte Tote aus staatlichen Anstalten im Gebiet des Deutschen Reiches, eine plausible Schätzung von ca. 20000 Toten aus denjenigen Ländern und Provinzen, für die keine genauen Mortalitätsstatistiken mehr erhalten sind (vor allem die Rheinprovinz, Brandenburg und Schlesien), ca. 5000 Tote aus Österreich sowie 2000 Tote aus den im Generalgouvernement gelegenen Hungeranstalten Kulparkow und Tiegenhof. Faulstich, Hungersterben, S. 582, nimmt ferner eine Zahl von schätzungsweise 20000 Toten in konfessionellen, privaten und Kreispflegeanstalten an. Selbst wenn man diesen weniger fundierten Teil der Schätzung außer acht läßt, korrigiert Faulstich die bisherigen Annahmen über die Zahl der Opfer deutlich nach oben. Die in der Literatur verbreitete Schätzung von Schmuhl, Rassenhygiene, S. 236, ging bislang lediglich von etwa 30000 Opfern aus.

2 Z.B. Richartz, Heilen, S. 174; zum Forschungsstand vgl. Süß, Krankenmord, insbes. S. 9-14, 16–19.

3 Vernehmung Friedrich Mennecke, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 16. 1. 1947, IfZ, MB 15/19, Bl. 1903.

4 Aly, Medizin, insbes. S. 22, 29–31, 56f., 61f. Am entschiedensten, wenn auch weniger differenziert als bei Aly, wird die Initiative zentraler Reichsdienststellen von Michael Wunder postuliert; ders., Euthanasie, S. 12f., 17f.; ferner Schmuhl, Rassenhygiene, S. 233f., und Burleigh, Death, S. 238.

5 Gewissermaßen eine Mischform beider Interpretationen bietet Blasius, Seelenstörung, S. 181f. Er verknüpft Brandts Namen mit der „wilden Euthanasie", nimmt aber eine Planung und Lenkung der dezentralen Tötungen durch die T4-Organisation an.

Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten, Herbert Linden, eine Schlüsselrolle in dieser Argumentation. Dessen Position sei durch ein zweifaches Überordnungsverhältnis bestimmt gewesen: Mit seiner Berufung, kurz nach dem offiziellen Abbruch der „Euthanasie", seien die bislang von der Kanzlei des Führers kontrollierten „Euthanasie"-Dienststellen zu „Hilfsorganisationen des Reichsinnenministeriums"[6] geworden, dessen Gesundheitsabteilung der „Euthanasie" bislang organisatorisch zugearbeitet hatte.[7] Durch die Ernennung Lindens habe der Euthanasiekomplex seine außerinstitutionelle Form abgelegt; die von Hitler bewußt neben die innere Verwaltung gesetzte Sonderbehörde sei gleichsam „verstaatlicht" worden. Linden, der durch den Erlaß de facto aus dem Unterordnungsverhältnis unter das Staatssekretariat für das Gesundheitswesen ausgeschieden und für den Bereich der Heil- und Pflegeanstalten zur eigenständigen Dienststelle geworden sei, habe nun über eine Zentralbehörde der Euthanasie geboten und zudem durch den Instanzenzug des Reichsinnenministeriums auch die an den Krankenmorden beteiligten Dienststellen der inneren Verwaltung kontrolliert. Seither, so Aly, habe Linden in der „Hierarchie des Tötens [...] über Heyde und Nitsche"[8] gestanden. Da er hierbei durch Hitlers Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Karl Brandt, gedeckt worden sei, bezeichnet Aly das Wiederaufleben der Geisteskrankenmorde seit dem Sommer 1943 als „Aktion Brandt". Als Beleg für den unterstellten „Primat der Planungsebene"[9] wird vor allem Lindens Streben nach einer verläßlichen Datengrundlage über die Heil- und Pflegeanstalten ins Feld geführt. Eine „zentrale Anleitung"[10] der Krankenmorde während der zweiten Phase der „Euthanasie" leiten Anhänger dieses Interpretaments aus der Koordination von Patientenverlegungen durch den Reichsbeauftragten sowie mehreren Konferenzen der Euthanasiepsychiater im August 1943 und im Juli 1944 ab, auf denen die Ausweitung der Krankenmorde beschlossen worden sei.[11] Die Chronologie dieses Verlaufsmodells ist durch die Vorstellung eines fließenden Übergangs zwischen dem Stopp der „Euthanasie" und der gezielt in Gang gesetzten Wiederaufnahme der Tötungen geprägt.[12] Das dezentralisierte Töten erscheint hierbei als frühzeitig geplante Ersatzlösung für die infolge wachsender Proteste abgebrochene „Aktion T4". Dieses Verlaufsmodell wird seit geraumer Zeit von Historikern kritisiert, die demgegenüber die kumulative Radikalisierung der Mordpraxis betonen und dabei die Rolle regionaler und lokaler Handlungsträger akzentuieren, ohne daß der Charakter der zweiten Euthanasiephase bislang endgültig geklärt werden konnte.[13]

---

6 Aly, Medizin, S. 29; Wunder, Euthanasie, S. 10f.
7 Aly, Medizin, S. 22.
8 Aly, Medizin, S. 27.
9 Wunder, Euthanasie, S. 11f.
10 Ebenda.
11 Ebenda. Die sog. „Schoberstein-Konferenz" vom März 1944 fehlt allerdings in diesem Verlaufsmodell.
12 Daub, Krankenhaus-Sonderanlage, S. 43.
13 Zuerst Rönn, Paradigma, S. 50, der am Beispiel der Anstalt Langenhorn zurecht auf „empirische Diskrepanzen" in der Argumentation der Forschergruppe um Karl-Heinz Roth und Götz Aly hinweist und mit Grund vermutet, daß deren Erklärungsversuche „zu sehr

Um die These vom bruchlosen Übergang zwischen dem Ende der „Aktion T4" und der zweiten Euthanasiewelle zu prüfen, wird zunächst der Zeitraum zwischen dem „Euthanasiestopp" im August 1941 und der Wiederaufnahme der Tötungen in der Hessischen Anstalt Hadamar im August 1942 in den Blick genommen. In einem zweiten Schritt werden dann Entstehungsbedingungen und Verlauf der zweiten Euthanasiephase in drei Regionen rekonstruiert, in denen die Patiententötungen besonders früh einsetzten, wobei das Hauptaugenmerk auf die Interaktionen der an der Politikgestaltung beteiligten Dienststellen gerichtet ist. Bei einer Antwort auf die Frage, unter welchen Bedingungen gesundheitspolitische Entscheidungen zustande kamen und mit welchen Mitteln sie umgesetzt wurden, wird besonders auf die Handlungsanteile regionaler Instanzen zu achten sein. In sozialgeschichtlicher Perspektive wird die Geschichte der zweiten Euthanasiephase in engem Zusammenhang zur Geschichte der Krankenversorgung während des Zweiten Weltkrieges untersucht. Es geht an dieser Stelle also nicht um eine isolierte Teilgeschichte der nationalsozialistischen Krankenmorde, sondern um den Versuch, die Verbindungen zwischen der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und dem bis zum gezielt herbeigeführten Tod reichenden Ausschluß einzelner Teilgruppen aus der medizinischen Regelversorgung zu analysieren. Am Beispiel der nördlichen Rheinprovinz, die früher als andere Regionen unter großflächigen Bombardierungen zu leiden hatte, lassen sich die Zusammenhänge zwischen dem Luftkrieg, der eine zentrale Bestimmungsgröße des Gesundheitswesens in der zweiten Kriegshälfte bildet, und den Patientenmorden veranschaulichen, ebenso die gegenseitige Verdrängung von Krankengruppen, die durch die sozialutilitaristische Wertigkeitsideologie der Nationalsozialisten in ein Konkurrenzverhältnis zueinander gesetzt wurden. Die sozialgeschichtlichen Folgen dieses Prozesses treten in Sachsen, das als Aufnahmegebiet für die aus Westdeutschland evakuierten Patienten diente und seit dem Sommer 1943 zu einer Kernregion der Krankenmorde wurde, besonders drastisch hervor. Bayern wurde stellvertretend für die weniger vom Luftkrieg betroffenen Regionen ausgewählt. Die drei Untersuchungsregionen, in denen im Herbst 1943 rund ein Viertel aller deutschen Psychiatriepatienten untergebracht waren, decken institutionelle Unterschiede und spezifische regionale Traditionen im Umgang mit Geisteskranken ab, die der Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse zugute kommen.[14] Die Psychiatrie der Rheinprovinz war dezentral organisiert und ein beträchtlicher Teil der rheinischen Psychiatrie wurde durch freigemeinnützige Träger betreut. In Sachsen prägte ein straff zentralisiertes System staatlicher Anstalten die psychiatrische Versorgungsstruktur. Während der sächsische Gauleiter und die dortigen Gesundheitsbehörden zu den eifrigsten Förderern der

---

den programmatischen Verlautbarungen der NS–Planer" aufgesessen seien; vgl. auch von Rönn/Böhme/Lohalm, Einführung zu Böhme/Lohalm, Wege, S. 20; ferner Blasius, Psychiatrie, S. 182, sowie auf breiter Quellengrundlage die Dissertation seines Schülers Kaminsky, Zwangssterilisation, insbes. S. 429f.

[14] In Bayern befanden sich rund 16000, in der Rheinprovinz ca. 10700 und in Sachsen rund 6500 der insgesamt 130842 gemeldeten Geisteskranken; Aufstellung über die von den Anstalten bis zum 28. 10. 1943 gemeldeten Geisteskranken, BAB, R 96-I/18.

Krankenmorde zählten, stand der Anstaltsreferent des rheinischen Provinzialverbands der „Euthanasie" kritisch gegenüber. In einem dritten Schritt soll schließlich nach dem Übergangspunkt regional begrenzter Euthanasiemaßnahmen auf die Reichsebene gefragt werden.

1. Der Euthanasiekomplex nach dem Abbruch der „Aktion T4": Verdichteter Zugriff auf die Heilanstalten und institutionelle Reorganisation

Der Abbruch der „Aktion T4" kam für die Verantwortlichen überraschend. Zwar liefen einige der Mordaktionen, die sich wie die „Aktion 14f13"[15] gegen spezielle Opfergruppen richteten, ungebremst weiter oder wurden, wie die unter der Ägide des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden betriebene Kindereuthanasie, in ihrer Intensität beträchtlich gesteigert. Dennoch bildet der Stopp der organisierten Massenvergasung erwachsener Psychiatriepatienten eine Zäsur in der Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie". Unmittelbar nach der Abbruchentscheidung rechneten die Mitarbeiter der T4-Zentrale zunächst nur mit einer zeitlich befristeten Einschränkung der Mordaktion. Da „man mit Sicherheit annahm, der Stopp würde in Kürze wieder aufgehoben und die Aktion weiterlaufen"[16], lief die Erfassung der Anstaltsinsassen zur Vernichtung zunächst planmäßig weiter. Entgegen diesen Erwartungen blieb Hitlers Stopp-Befehl „trotz wiederholtem Herantretens von Ärzten und Anstaltsleitern an Dr. Brandt" in Kraft. Der Generalkommissar, der „mehrfach Hitler um Weiterführung der Aktion ersuchte", erhielt dabei stets eine Abfuhr, da der Diktator offenbar „im Hinblick auf die immer schwieriger werdende Kriegslage keinesfalls eine weitere Beunruhigung der Bevölkerung wünschte". Zwar blieb der Krankenmord als potentielle Handlungsalternative im Denken der T4-Planer auch in den folgenden Monaten präsent,[17] Quellen aus dem Umfeld der T4-Zentraldienststelle belegen jedoch deutlich, daß vor der Jahresmitte 1943 mit einer Wiederaufnahme der Tötungen nicht gerechnet wurde.[18] Das Handeln ihrer Mitarbeiter war im Gegen-

---

[15] Hierzu ausführlich, wenn auch mit teilweise problematischen Wertungen Grode, Sonderbehandlung.

[16] Vernehmung Richard von Hegener, 30. 3. 1949, S. 47, BAB, EVZ I/1, A. 2. Auch Bouhler ging von einer Wiederaufnahme der Krankenmorde nach Kriegsende aus; Aufzeichnung Bracks über ein Gespräch mit Bouhler im April 1942 [vor Mai 1947], S. 51, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Fröschmann/17.

[17] In diesem Sinne etwa der T4-Arzt Robert Müller, dem die Überbelegung der bayerischen Heil- und Pflegeanstalten „nur mit Hilfe der Aktion oder eines Euthanasie–Gesetzes lösbar" erschien; Bericht über die Planung in Bayern, 17. 10. 1942, BAB, R 96-I/16.

[18] Vgl. Becker, Abschlußbericht über die Planungsfahrt Hannover, 1.–3. 6., 8.–18. 6. 1942, 24. 6. 1942, BAB, R 96-I/15; Müller, Aktenvermerk, 9. 2. 1943, BAB, R 96-I/16. Der vielfach als Beleg für das bruchlose Weiterlaufen der Patientenmorde angeführte Bericht des Idsteiner Anstaltsarztes Bodo Gorgaß (z.B. Klee, Euthanasie, S. 418; Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 426), der über eine Anfang Dezember 1941 in der stillgelegten Tötungsanstalt Sonnenschein stattgefundene Tagung von T4-Mitarbeitern aussagte, Brack habe dort

teil stark durch die Ungewißheit über die eigene Zukunft bestimmt. Man rechnete zwar mit der Wiederaufnahme der Krankenmorde nach einem siegreichen Kriegsende,[19] zunächst ging es für die Euthanasie-Organisatoren jedoch darum, sich selbst neue Aufgabengebiete zu erschließen, um Personalbestand und psychiatrische Planungskompetenz über den Krieg hinweg zu retten. In der Zwischenphase wurden die Mitarbeiter der Euthanasie-Zentrale daher mit einer ganzen Reihe von Aufgaben beschäftigt, die vornehmlich dazu dienten, das Personal über den Krieg zusammenzuhalten. Hierzu zählten etwa der Einsatz bei der Verwundetenhilfe im Mittelabschnitt der Ostfront sowie Verlegungstransporte aus Westdeutschland und dem Hamburger Raum.[20] Dieser Hintergrund macht auch verständlich, warum der T4-Organisator Victor Brack im berüchtigten „Gaskammerbrief“[21] dem Ostministerium seine Tötungstechnologie zur Judenvernichtung andiente. Explizit wurde dieser Zusammenhang von Brack im Nürnberger Ärzteprozeß herausgestellt: „Um das durch die Einstellung freigewordene Personal zu erhalten und um die Möglichkeit zu haben, nach dem Kriege ein neues Euthanasie-Programm in die Wege zu leiten, forderte mich Bouhler [...] auf, dieses Personal [Ärzte, Verwaltungs- und technisches Personal mit Euthanasieerfahrung, W.S.] nach Lublin abzustellen, zur Verfügung des Brigadeführers Globocnik.“[22]

Eine zweite Argumentationslinie, die die Kontinuität des Tötens zwischen erster und zweiter Euthanasiephase betont, weist auf die zeitliche Koinzidenz von Euthanasiestopp, Reorganisation der Verfügung über die Heil- und Pflegeanstalten und dem Bau von Ausweichkrankenhäusern hin. Da Brandts Bauprogramm in Norddeutschland die Verwertung der Heil- und Pflegeanstalten als Ausweichkrankenhäuser von vornherein einkalkulierte,[23] mit dem Reichsbeauftragten eine neue Dienststelle mit Verfügungsgewalt über die Heil- und Pflegeanstalten ge-

---

erklärt, „daß die ‚Aktion‘ durch den eingetretenen Stopp im August 1941 nicht beendet sei, sondern weitergehen werde“, kann die These einer Kontinuität der Krankentötungen nicht belegen, da er ohne den nachfolgenden, von Klee ausgelassenen Satz „Über Zeitpunkt und Ort der Fortsetzung der ‚Aktion‘ sagte er nichts“ mißverständlich bleibt. Gorgaß' Aussage ist daher wohl nicht mit Bezug auf die „Aktion T4“ zu sehen, sondern in Verbindung zur weiterlaufenden Auswertung der Meldebögen bzw. zur KZ-Aktion 14f13, an der er als Gutachter teilnahm. In diesem Sinne äußerte sich auch Allers, der in seiner Vernehmung vom 21. 4. 1950, S. 7, angab, Gorgaß „sei nicht so zu verstehen, dass die Euthanasie damals noch durchgeführt wurde“, und dessen Irrtum mit den weiterlaufenden Begutachtungen erklärte; ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

19 Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2443.

20 Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 5. 2. 1947, IfZ, MB 15/20. Ärzte, Pflege- und Verwaltungspersonal aus der Berliner Zentraldienststelle und mehreren Tötungsanstalten nahmen von Dezember 1941 bis April 1942 im Rahmen der „Fronthilfe Mitte“ an einer von Karl Brandt ins Leben gerufenen und von der Organisation Todt organisierten Hilfsaktion zur Behebung der katastrophalen Zustände beim Abtransport der Verwundeten aus dem Raum Minsk-Smolensk teil; Vernehmung Alois Poschmann, 22. 4. 1963, S. 2f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Pa-Ra; Vernehmung Allers, 2. 1. 1949, S. 6, und 6. 6. 1960, S. 14, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

21 Wetzel an den Reichskommissar Ostland, 25. 11. 1941, Kaiser/Nowak/Schwartz, Eugenik, S. 277f., zum Kontext vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 248–260.

22 Affidavit Victor Brack, 16. 12. 1946, IfZ, MB 15/18.

23 Brandt an Bormann, 24. 8. 1941, BAK, R 43-II/737b.

schaffen wurde[24] und Hitlers Anordnung zum Beginn des Bauprogramms auf den Tag genau mit dem Ende der „Aktion T4" zusammenfiel, ist die These formuliert worden, daß es sich bei der Krankenhausbauaktion zugleich um eine Initiative zur Fortsetzung der „Euthanasie" mit anderen Mitteln gehandelt habe.[25] Die Konsequenzen einer solchen Annahme sind weitreichend, denn am erklärten Willen Hitlers, die Geisteskrankentötungen im Hinblick auf die schwankende Stimmung der Bevölkerung nach dem Beginn des Rußlandfeldzuges einzustellen, besteht kein Zweifel, und Indizien für eine eventuelle Veränderung seiner Haltung lassen sich aus keiner bekannten Quelle gewinnen. Folgt man dieser These, müßte seit Oktober 1941 jenseits der bekannten gesundheitspolitischen Dienststellen von Partei und Staat ein Machtzentrum bestanden haben, das die Richtung der Gesundheitspolitik eigenständig verändern konnte. Zwar können Teile der Chronologie und personelle Verflechtungen die These stützen, indes ist sie empirisch nicht fundierbar. Linden konnte dieses autonome Machtzentrum kaum sein. Seine Dienststelle war erst seit dem Sommer 1942 handlungsfähig, so daß das Koinzidenzargument erheblich an Zugkraft verliert.[26] Zudem war die Position des Reichsbeauftragten nur mit wenig Machtmitteln ausgestattet. Linden konnte keine Verfügungen mit finanziellen Folgewirkungen treffen und war weiterhin an die bestehenden Aufsichtsrechte der Länder über die Heil- und Pflegeanstalten gebunden. Damit blieben ihm die wichtigsten planerischen Instrumente verwehrt, insbesondere die Möglichkeit, Heil- und Pflegeanstalten aufgrund des Reichsleistungsgesetzes zu beschlagnahmen.[27] Wo man bislang ein doppeltes Überordnungsverhältnis vermutete, findet sich bei genauer Betrachtung ein Gleich- bzw. Unterordnungsverhältnis. Linden konnte kaum selbständig agieren, da er alle wesentlichen Entscheidungen im Einvernehmen mit dem Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten treffen mußte. Auch ist seine Stellung jenseits der direkt auf den Krankenmord bezogenen Aufgaben immer eine abhängige geblieben. Wo er Verlegungen organisierte, trat er zunächst als Mitarbeiter des Reichsgesundheitsführers auf, seit dem Sommer 1943 handelte er als Beauftragter Brandts.[28] Für den vom Vertrauen des Diktators abhängigen Brandt aber

---

[24] Herbert Linden wurde im Oktober 1941 auf Betreiben der Kanzlei des Führers zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ernannt, da „die sich steigernde Nachfrage nach Krankenhausbetten [...] eine Inanspruchnahme geeigneter Heil- und Pflegeanstalten [...] als Krankenhäuser oder Lazarette" und deren „planmäßige Bewirtschaftung" erforderlich mache; Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 23. 10. 1941, RGBl. I (1941), S. 653.

[25] Daub, Krankenhaus-Sonderanlage, S. 43, ähnlich auch Aly, Fortschritt, S. 15–17, der die Ernennung Lindens als „den ersten Teil eines Gesetzeswerkes zur staatlich institutionalisierten ‚Euthanasie'" betrachtet; kritisch dazu von Rönn, Paradigma, S. 52f.

[26] Vernehmung Allers, 8. 3. 1962, S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

[27] Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 23. 10. 1941, RGBl. I (1941), S. 653; Allers, Vermerk über eine Unterredung mit Linden, Heyde und Nitsche, 19. 11. 1941, BAB, R 96-I/3.

[28] Z.B. Linden, Fernschreiben an den Reichsstatthalter in Thüringen, 12. 10. 1942, ThüHStA, MdI, Abt. E/1076; Linden an den Leiter der Volksdeutschen Mittelstelle, 23. 9. 1943, SächsHStA, MdI/16849, Bl. 73. Insofern läßt sich die Stellung des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten institutionengeschichtlich nur schwer einordnen. Im Unter-

war es weder vorstellbar noch möglich, gegen dessen erklärten Willen zu handeln. Brandt hatte sich wegen seiner zunehmenden Aufgaben in anderen Bereichen des Gesundheitswesens nach dem Stopp der „Aktion T4“ aus der Führungsgruppe des Krankenmords zurückgezogen, fungierte jedoch weiter als Kontaktperson des Euthanasiekomplexes zu Hitler.[29] Als Nitsche ihn aufforderte, die Reinstitutionalisierung der „Euthanasie“ mit seiner Person zu decken, verhielt sich Hitlers Generalkommissar anfangs ausgesprochen zurückhaltend. Hinzu kommt, daß sich Brandt gerade wegen des zeitlichen Zusammentreffens des Baubeginns der Ausweichkrankenhäuser mit dem Ende der „Aktion T4“ bemühte, auch bei den bisher an der Durchführung der „Euthanasie“ beteiligten Dienststellen jede Assoziation mit dem organisierten Patientenmord zu vermeiden. Gegenüber Mitgliedern der nationalsozialistischen Führungsgruppe betonte er, daß die hierzu notwendigen Verlegungen „tatsächlich nur für die Kriegsdauer erfolgen“[30] sollte, und stellte den Angehörigen die Übernahme der Besuchskosten in Aussicht. Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß Brandt gegenüber den Funktionsträgern des Regimes seine wahren Absichten in bezug auf die „Euthanasie“ verbergen mußte.[31] Die erste Phase des Krankenhausbauprogramms Brandts und die spätere Wiederingangsetzung der „Euthanasie“ waren zwei voneinander getrennte Maßnahmenbündel, die zwar teilweise von den gleichen Personen organisiert wurden, einen gemeinsamen Problembezug hatten und in einigen Fällen die gleichen Anstaltskomplexe betrafen, jedoch in keinem unmittelbaren Verursachungszusammenhang zueinander standen.

Die als Beleg für die bestimmende Stellung des Reichsbeauftragten angeführten Planungsreisen, die von Mitarbeitern der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten zwischen Mai 1941 und Oktober 1942 unternommen wurden, erweisen bei genauerer Betrachtung eine nur geringe Durchsetzungsfähigkeit seiner Dienststelle. Die internen Richtlinien für die Mitglieder der Kommissionen sahen vor, den regionalen Instanzen viel Raum zur Artikulation eigener Vorstellungen zu lassen, und strebten die Herstellung eines Konsenses über die künftige Nutzung von Heil- und Pflegeanstalten an. Solch ein Verhalten, das im konkurrenzbestimmten Ämterdarwinismus des „Dritten Reiches“ selten anzutreffen ist, zeugt eher von der zurückhaltenden Bewertung der eigenen Durchsetzungschancen.[32] Dort, wo dieser Konsens nicht zustande kam, setzten regionale Instanzen

---

schied zu führerunmittelbaren Sonderbehörden im engeren Sinn konnte sich Linden der entscheidenden Rückendeckung des nationalsozialistischen Machthabers nur auf dem Umweg über Brandt versichern.

29 Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2446.

30 Brandt, Rundschreiben an die Reichsleiter, Gauleiter und Verbändeführer der NSDAP, 8. 10. 1941, BAB, R 43-II/737b, Bl. 109f.; vgl. von Rönn, Paradigma, S. 52.

31 Gaustabsamt Thüringen an die Regierung Erfurt, 29. 6. 1942, StAG, Reg. Erfurt/19362, Bl. 63.

32 Vgl. etwa den Vorschlag einer beginnenden Planungsarbeit für Sachsen [Ende 1941], BAB, R 96-I/15, sowie den Abschlußbericht Beckers über die Planung in Hessen–Nassau, 17. 3. 1942, BAB, R 96-I/15, die beide vom Bemühen der T4-Mitarbeiter geprägt sind, mit den Regionalinstanzen zu einer einvernehmlichen Lösung in der Frage der künftigen Verwendung der Heil- und Pflegeanstalten zu gelangen.

ihre Vorstellungen durch. Oft sahen sich die Berliner Kommissionen bei ihren Inspektionsreisen bereits vor vollendete Tatsachen gestellt, wie in Pommern, dessen Umwandlungspolitik vom Berichterstatter mit der Bemerkung kommentiert wurde, es handele sich hier um „eine Reduzierung, die nicht mehr Planung genannt werden kann, da sie ganz willkürlich und wild ohne jede rechnende Vorausschau vorgenommen worden ist".[33] Andernorts wurde den Berliner Kommissionen von regionalen Gesundheitsbehörden, die Eingriffe in ihre Verhältnisse befürchteten, mit schroffer Ablehnung begegnet. Die westfälische Provinzialverwaltung kündigte für den Fall, daß die Berliner Kommission „Anstaltsraum wegnehmen, grosse Eingriffe oder Anordnungen in ihre [...] Verwaltung machen wollte [...] Kampf und Widerstand"[34] an. In Hamburg verweigerte der Gesundheitssenator mit Verweis auf den Gauleiter jede Diskussion über die künftige Gestaltung der dortigen Psychiatrie. In der Hansestadt, so vermerkt der abschließende Bericht lakonisch, könnten daher keine neuen Planungen stattfinden.[35]

Die Planungsberichte sind in einer weiteren Hinsicht bemerkenswert, denn sie markieren einen wichtigen Perspektivenwechsel des Euthanasiekomplexes. In der Anfangsphase der „Euthanasie" hatten die Landesregierungen und Provinzverwaltungen Anstalten oftmals großzügig an externe Bedarfsträger abgegeben. Anfang 1942 wurden, allerdings mit beträchtlichen regionalen Unterschieden, mehr als zwei Fünftel aller Anstaltsbetten anderweitig genutzt.[36] Vor allem die Wehrmacht zählte zu den frühen Profiteuren des Krankenmordes. In den Gauen Pommern, Wartheland und Danzig-Westpreußen dienten die geräumten Anstalten zur Begründung einer SS-Infrastruktur. Die Mehrheit der freigemordeten Anstalten wurde zur Deckung des durch den Krieg gestiegenen Raumbedarfs herangezogen. Zu dieser Gruppe zählen in erster Linie Reservelazarette und Hilfskrankenhäuser, die Anfang 1942 gut ein Drittel bzw. ein Viertel der umgewandelten Psychiatriebetten beanspruchten. Wehrmachtseinrichtungen bildeten mit rund einem Zehntel der zweckentfremdeten Anstaltsbetten den größten nicht gesundheitsbezogenen Bedarfsträger. Daneben schob sich ein weiterer Nutzungstyp, der eher auf im Regimesinne wünschenswerte Verwendungen nach Kriegsende abzielte: Parteigliederungen sicherten sich größere Anstalten, um dort Schulungseinrichtungen unterzubringen: so die DAF in der bayerischen Heil- und Pflegeanstalt Gabersee. In Thüringen, Sachsen und Württemberg wurden in den geräumten Anstalten Adolf-Hitler-Schulen und nationalpolitische Erziehungsanstalten eingerichtet. Die zeitweilige Unterbringung von Umsiedlerlagern der Volksdeutschen Mittelstelle (insgesamt knapp acht Prozent) nimmt einen vierten Nutzungstyp vorweg, der für die späteren Jahre bestimmend war: Anstalten dienten als Raumpuffer für plötzlich auftretende Bedarfsengpässe.

---

[33] Müller, Bericht über die Planung in Pommern, 11. 12. 1942, BAB, R 96-I/16 (Zitat); vgl. Becker, Abschlußbericht über die Planung in Danzig–Westpreußen vom 26.–30. 9. 1942, 13. 10. 1942, BAB, R 96-I/15.

[34] Becker, Bericht über die Planung in Westfalen vom 2.–21. 5. 1942, 27. 5. 1942, BAB, R 96-I/15.

[35] Becker, Abschlußbericht über die Planung in Hamburg vom 14.–17. 4. 1942, BAB, R 96-I/15.

[36] Aufstellung der T4-Planungsabteilung, Stand Januar 1942, BAB R 96-I/6.

Seit dem Frühjahr 1941 bemühte sich die T4-Zentraldienststelle, der freien Verfügung regionaler Dienststellen über die Heil- und Pflegeanstalten ein Ende zu setzen.[37] Eine Planungsabteilung, die im Frühjahr unter der Leitung von Herbert Becker eingerichtet wurde, sollte verläßliches Datenmaterial über die Zweckentfremdung der Anstalten beschaffen, das später als Grundlage weiterer Planungen dienen konnte. Als vordringlich galt zunächst „die genaue Erfassung des als Reservelazarett umgenutzten Raumes [...] da bei einem evtl. Friedensschluß eine sofortige Inbesitznahme der Häuser durch alle möglichen Behörden stattfinden wird".[38] Anfangs erstreckte sich der Planungshorizont auf die Zeit nach dem bald erwarteten Kriegsende, doch bereits während der ersten Planungsreisen im Sommer 1941, als der Lazarettbedarf der deutschen Wehrmacht nach den schweren Verlusten im Krieg gegen die Sowjetunion dramatisch anwuchs, verschob sich die Perspektive stetig in Richtung Gegenwart. Der Euthanasiekomplex war nun stärker als zuvor darauf bedacht, sich weiterhin die aktuelle Verfügung über die geräumten Anstalten zu sichern, um sie für gesundheitsbezogene Zwecke zu nutzen.[39] Die durch die Kanzlei des Führers betriebene Ernennung Lindens zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ist in diesem Kontext zu sehen.[40] Sie zielte darauf, der Euthanasiezentraldienststelle nach dem Verlust der Tötungsermächtigung wenigstens das Planungsmonopol im Bereich der Psychiatrie zu sichern. De facto bestand die Hauptaufgabe des Reichsbeauftragten jedoch nicht darin, die psychiatrische Nachkriegsplanung zu organisieren, sondern vor allem darin, das knappe Angebot und die steigende Nachfrage nach Anstaltsplätzen miteinander zu vermitteln.

2. Der Wiederbeginn der Patientenmorde in den Regionen

Bayern

Am 30. November 1942 ordnete das Bayerische Innenministerium für die ihm unterstellten Heil- und Pflegeanstalten an, daß diejenigen Insassen „die nutzbringende Arbeit leisten, oder in therapeutischer Behandlung stehen, ferner die noch bildungsfähigen Kinder, die Kriegsbeschädigten und die an Alterspsychose Lei-

---

[37] Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums beklagte bereits im November 1940 die zunehmende Fremdverwertung der Heilanstalten und forderte die abgebenden regionalen Dienststellen auf, im Falle einer nicht gesundheitsbezogenen Verwendung künftig die Zustimmung des Reichsinnenministeriums einzuholen; Conti an die Landesregierungen, Reichsstatthalter und Oberpräsidien u.a., 18. 11. 1940, BAB, R 18/3768.

[38] Gedanken über den Arbeitsgang im Büro des Reichsbeauftragten, [Ende Oktober 1941], BAB, R 96-I/15.

[39] Vgl. z.B. die Anfang 1942 im Umfeld Lindens entstandenen Richtlinien des Reichsbeauftragten zur Planungsfrage, BAB, R 96-I/7.

[40] Vgl. die Vernehmung Allers, 28. 6. 1951, S. 8, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A. Daß die Verordnung auf Betreiben Bouhlers, nicht auf die Initiative Brandts zustandekam, legen ein Schreiben Pfundtners an Stuckart, 13. 9. 1941, BAB, R 43-II/737b, sowie ein Aktenvermerk Lammers' vom 21. 10. 1941, ebenda, nahe.

denden [...] zu Lasten der übrigen Patienten besser verpflegt werden" sollten.[41] Dieser berüchtigte „Hungerkosterlaß" goß das Prinzip der Kategorisierung von Patienten nach ihrer aktuellen oder potentiellen Arbeitsfähigkeit in die juristische Form einer Verwaltungsanordnung und markiert damit den Wendepunkt von einem primär an der genetischen Purifizierung des deutschen „Volkskörpers" interessierten Verständnis von Psychiatriepolitik hin zu einer Konzeption, die erbbiologische Zielsetzungen zeitweilig zurückstellte, um die Heil- und Pflegeanstalten enger in die nationalsozialistische Kriegswirtschaft einzubinden. Der „Hungerkosterlaß" steht zeitlich am Anfang einer zweiten Welle von Patientenmorden. Sie setzte im Spätsommer 1942 in der Provinz Hessen-Nassau und in Bayern ein und breitete sich im Laufe des Jahres 1943 über beinahe alle Regionen des Deutschen Reiches aus. Diese neue Periode vermehrten Sterbens ist sozialgeschichtlich durch eine extreme Polarisierung der Patienten in Kategorien mit stark differierenden Lebenschancen charakterisiert. In Bayern, dessen Psychiatriepolitik sich nicht grundlegend von der Situation in anderen Teilen des Deutschen Reiches unterschied, vervierfachte sich die Anstaltsmortalität nach dem Abbruch der „Aktion T4" von 6,3 (1941) auf 24,8 Prozent (1945).[42] Dieser Anstieg übertraf die ernährungsbedingten Sterblichkeitszuwächse während des Ersten Weltkriegs bei weitem und läßt sich in seiner Dimension mit den Verlustziffern der „Aktion T4" durchaus vergleichen.[43]

Für die Psychiatriegeschichte des „Dritten Reiches" ist die Entstehung des bayerischen „Hungerkosterlasses" von exemplarischer Bedeutung, denn an seinem Beispiel läßt sich der entscheidende Anteil regionaler Initiativen für den Wiederbeginn der Tötungen in den Jahren 1942/43 herausarbeiten. Den äußeren Anlaß, wohl aber nicht den tatsächlichen Grund für den Erlaß bildeten zunehmende Schwierigkeiten bayerischer Heil- und Pflegeanstalten, eine ausreichende Ernährung ihrer Anstaltsinsassen sicherzustellen. 1942 verzeichneten die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten den stärksten Anstieg der Sterblichkeit in den Kriegsjahren.[44] Dieser war zum Teil die Folge einer dramatischen Überbelegung der durch Fremdnutzungen in ihrer Kapazität verminderten und seit dem Abbruch der „Aktion T4" chronisch überfüllten Heil- und Pflegeanstalten.[45] Zu einem erheblichen Teil war er jedoch das Ergebnis einer gezielten Benachteiligung der

---

41 Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern an den Reichsstatthalter der Westmark und die bayerischen Regierungspräsidenten, 30. 11. 1942, Klee, Dokumente, S. 287. Zur Geschichte der bayerischen Psychiatrie während des „Dritten Reiches" vgl. neben den älteren Arbeiten von Schmidt und Richarz die bei von Cranach/Siemen, Psychiatrie, versammelten Anstaltsstudien, die allerdings die Rolle der bayerischen Gesundheitsbehörden weitgehend ausblenden.

42 Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 472.

43 So überstieg die Zahl der 1943/44 in der schwäbischen Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee verstorbenen Patienten mit 1076 Todesfällen die Anzahl der während der „Aktion T4" getöteten Patienten (897) deutlich; Pötzl, Sozialpsychiatrie, S. 228.

44 Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 450.

45 Zwischen September 1941 und Juli 1942 hatte Bayern, bei reduzierter Gesamtkapazität, mehr als 700 Patienten aus Nord- und Westdeutschland aufgenommen; Müller, Bericht über die Planung in Bayern, 17. 10. 1942, BAB, R 96-I/16; Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 470.

Psychiatriepatienten, deren Kostsätze seit der nationalsozialistischen Machtübernahme bereits mehrfach beschnitten worden waren.[46] Die Anstaltsökonomien, die traditionell einen erheblichen Beitrag zum Lebensunterhalt der psychiatrischen Krankenhäuser leisteten, hatten infolge der Belegungsverdichtungen eine immer größere Personenzahl zu versorgen, obwohl ihr Ertrag durch Einberufungen und durch die Ermordung eines großen Teils der in der Landwirtschaft beschäftigten Anstaltspatienten stetig zurückgegangen war. Diese Beschneidung ihrer Selbstversorgungsmöglichkeiten fiel in den geschlossenen Anstalten vor allem deshalb ins Gewicht, weil die Lebensmittelrationen der Psychiatriepatienten nach dem niedrigsten Bedarfssatz für Normalverbraucher berechnet wurden, ohne daß die Patienten über Möglichkeiten verfügten, auf dem freien Markt zusätzliche Lebensmittel zu erwerben.[47] Während dieser Nachteil in den Krankenanstalten für somatisch Kranke durch besondere Zuteilungen ausgeglichen wurde, gewährten die Ernährungsbehörden den Insassen der Heil- und Pflegeanstalten so gut wie keine Mehrleistungen. Selbst Sonderrationen für körperlich arbeitende Kranke wurden nur in Ausnahmefällen genehmigt, so daß die mehrfachen Kürzungen der Fett- und Fleischrationen die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten besonders empfindlich trafen.[48]

Im Herbst 1942 wandten sich daher mehrere Anstaltsdirektoren an die Gesundheitsabteilung im bayerischen Innenministerium und machten diese auf die katastrophale Ernährungslage der Heil- und Pflegeanstalten aufmerksam. Mit der Bitte, die Lebensmittelzuteilung für die psychiatrischen Krankenhäuser zu verbessern, verbanden sie allerdings nicht die Absicht, eine neue Welle der „Euthanasie" in Gang zu setzen. Das Innenministerium lud daraufhin für den 17. November 1942 alle Anstaltsdirektoren zu einer Konferenz, auf der die drängenden Ernährungsfragen besprochen werden sollten. Die Konferenz begann mit einem Vortrag des Günzburger Anstaltsdirektors Albert Sighart über die Verpflegungsknappheit in den Heil- und Pflegeanstalten und Möglichkeiten, dagegen anzuge-

---

[46] Zahlreiche Anstalten hatten bereits seit Anfang der dreißiger Jahre ihre Verpflegungssätze reduziert. In Eglfing-Haar wurden die bereits 1931/32 stark reduzierten Verpflegungsaufwendungen pro Patient nach der nationalsozialistischen Machtübernahme etwa um ein Drittel verringert; Richarz, Heilen, S. 44. In seiner Stellungnahme zum Revisionsbericht 1938 setzte sich der neue Direktor Pfannmüller nachdrücklich für eine weitere Reduktion der Unterbringungskosten in seiner Anstalt ein; Urteil des Landgerichts München I gegen Hermann Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 285. Daß die durch Sparmaßnahmen bewirkte Verschlechterung der Lebensbedingungen in den Heil- und Pflegeanstalten nicht gleichmäßig alle Regionen des deutschen Reiches betraf, zeigen allerdings die Verhältnisse in Westfalen, wo Etatkürzungen in der Vorkriegszeit kaum auf die Lebensverhältnisse in den Anstalten durchschlugen; Walter, Psychiatrie, S. 624.

[47] Der Kaloriengehalt der auf Lebensmittelkarten erhältlichen Rationen sank früher und deutlicher als der Nährwert der durchschnittlich verfügbaren Nahrungsmittel einschließlich markenfreier Zukäufe; Ziegelmayer, Ernährung, S. 24. Einen weiteren, in seiner Auswirkung nur schwer abzuschätzenden Verursacher von Kostschmälerungen bildeten Veruntreuungen von für die Heil- und Pflegeanstalten bestimmten Nahrungsmitteln, auf die Schmidt, Selektion, S. 133, hinweist; vgl. auch Fröhlich-Thierfelder, Mainkofen, S. 241.

[48] Vernehmung Pfannmüller, Nürnberger Ärzteprozeß, Sitzungsprotokoll vom 9. 5. 1947, IfZ, MB 15/24, Bl. 7418, 7432; Schmidt, Selektion, S. 140f.

hen.[49] Seine Vorschläge wurden jedoch vom Leiter der Gesundheitsabteilung, Ministerialdirektor Prof. Walter Schultze, als undurchführbar zurückgewiesen. Als der Kaufbeurer Anstaltsleiter Valentin Faltlhauser im Anschluß an Sigharts Referat eine alte Empfehlung des Deutschen Gemeindetags aufgriff und vorschlug, die Kranken künftig nach ihrer Arbeitsfähigkeit in zwei Kategorien einzuteilen und die nicht mehr arbeitsfähigen Patienten nur mehr mit Hilfe einer sogenannten „Entzugskost" zu ernähren, um das eingesparte Essen den arbeitenden Kranken zuzuteilen, nahm die Konferenz für den Teil der Anstaltsdirektoren, der sich von ihr eine Verbesserung der Ernährungssituation in den Heil- und Pflegeanstalten erwartet hatte, eine unerwartete Wende.[50] Der Kaufbeurer Direktor berichtete über eigene Versuche mit der von ihm vorgeschlagenen Ernährungsweise und empfahl sie seinen Kollegen „als Gebot der Stunde".[51] Die von Faltlhauser propagierte Sonderkost enthielt kein Fett, kaum Fleisch und nur wenig Kohlenhydrate. Zum größten Teil bestand sie aus gekochtem Gemüse.[52] Daß mit der Hungerkost kein Beitrag zur Lösung der Ernährungsfrage angestrebt wurde, sondern eine neuerliche Reduzierung der Anstaltsbelegung, blieb kaum einem Teilnehmer verborgen.[53] Faltlhauser, so berichtet ein Teilnehmer der Sitzung, machte den versammelten Anstaltsdirektoren deutlich, daß es ihm in erster Linie um eine Fortsetzung der „Euthanasie" mit anderen Mitteln ging. Da die Transporte nun einmal abgeschafft seien, „würde man die Sache durch allmähliches Aushungern der Kranken fortsetzen können".[54] Er wende dieses Verfahren bereits bei denjenigen Patienten an, die früher unter die „Euthanasie gefallen wären", aus seiner Sicht mit einigem ‚Erfolg', denn: „Innerhalb 3er Monate gingen die Kranken daraufhin durch Hungerödem ein."[55]

---

49 Aussage des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach, Hubert Schuch, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I, 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051-1, Bl. 148.

50 Aussage des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg, Paul Reiss, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I vom 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 151; Urteil des Landgerichts München I gegen Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 295. Die Einführung einer fleischlosen Sonderkost für „hinfällige oder niedergeführte Patienten" war bereits 1936 von der Arbeitsgemeinschaft der Anstaltsdezernenten beim Deutschen Gemeindetag empfohlen worden; Thom, Kriegsopfer, S. 206.

51 Schreiben des Oberstaatsanwalts beim Landgericht Regensburg an den Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht Nürnberg, 21. 10. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 48. Faltlhauser hatte in seiner eigenen Anstalt bereits seit August 1942 mit der Hungerkost experimentiert; Faulstich, Hungersterben, S. 320.

52 Aussage des Abteilungsarztes des „Männer–Hungerhauses" Nr. 25 in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, Karl Steichele, Sitzungsprotokoll des Schwurgerichts München I, 19. 10. 1949, StAM, Staatsanwaltschaften/17460–1; vgl. auch den Speiseplan der „Hungerhäuser" in Eglfing-Haar und Kaufbeuren; Richartz, Heilen, S. 175.

53 Aussagen Hubert Schuch, 9. 4. 1948, und Albert Sighart, o.D., StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 66 u. 39.

54 Aussage Paul Reiss, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I, 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 151.

55 Oberstaatsanwalt beim Landgericht Regensburg an den Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht Nürnberg, 21. 10. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 48.

Das Vorgehen des Kaufbeurer Psychiaters war von langer Hand vorbereitet. Speisepläne, die die Einführung der Hungerkost in den übrigen Anstalten erleichtern sollten, lagen bereit und wurden im Anschluß an Faltlhausers Referat unter den Anwesenden verteilt. Der Leiter der Gesundheitsabteilung unterstützte die Vorschläge seines Anstaltsleiters mit Nachdruck. Schultze war offenkundig vorab über Faltlhausers Vorhaben informiert worden und hatte sich mit seinem Anstaltsreferenten Gaum darüber verständigt, daß der Ausgleich der Nahrungszuteilung ausschließlich innerhalb der Anstalten erfolgen sollte. Vermehrte Zuteilungen an die Heil- und Pflegeanstalten, so hatten bereits frühere Sondierungen ergeben, kämen dagegen nicht in Betracht.[56] Auch Schultze ließ keinen Zweifel daran, daß er an einer Verbesserung der Ernährungssituation in den Heil- und Pflegeanstalten überhaupt kein Interesse hatte. Ihm ging es in erster Linie darum, die Belegzahlen seiner Anstalten weiter zu reduzieren.[57] Einige Konferenzteilnehmer empfanden Faltlhausers Vorschläge daher – nicht zu Unrecht – als „Ersatz für die inzwischen eingestellten Verlegungen"[58] im Zuge der „Aktion T4".

Das Echo auf den Versuch Schultzes, im Anschluß an Faltlhausers Referat eine Aussprache über das weitere Vorgehen herbeizuführen, war verhalten. Nur Hermann Pfannmüller, der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, setzte sich lautstark für die Hungerkost ein. Die Mehrheit der Anstaltsdirektoren reagierte auf dieses Ansinnen dagegen mit betretenem Schweigen, verhaltener, zum Teil in den Hinweis auf mögliche Durchführungsprobleme gekleideter Ablehnung und zuletzt mit dem Drängen auf eine juristische Absicherung des Verfahrens, so daß das bayerische Innenministerium auf die ursprünglich ins Auge gefaßte informelle Regelung der Hungertötungen verzichtete und die mündlich gegebene Anweisung am 30. November 1942 in Erlaßform brachte.[59]

Die je nach Anstalt sehr unterschiedliche Durchführung des „Hungerkosterlasses" verdeutlicht, daß die Verfügung der staatlichen Gesundheitsbehörden über die Heil- und Pflegeanstalten keine absolute war. Handlungen, die sich derart jenseits des rechtlich gesicherten Rahmens bewegten, setzten bei der Normübertretung zumindest einen stillschweigenden Konsens aller Tatbeteiligten voraus, der gerade aufgrund der verbreiteten Kenntnisse über die Krankenmorde nur bedingt erzwungen werden konnte. Die systematische Schmälerung der Nahrungsgrundlagen mit dem Ziel des Hungertodes wurde in Bayern zuerst in den beiden großen Anstalten Kaufbeuren-Irsee und Eglfing-Haar betrieben, wo mit rund 4200 Insas-

---

56 Vernehmung Walter Schultze, 21. 1. 1947, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 24.

57 Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht München an den Staatsanwalt beim Landgericht München I, 20. 10. 1947, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 14.

58 Aussage Albert Sighart, o.D., StAM Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 39.

59 Aussage des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg, Joseph Entres, 12. 3. 1948, und Rosa W., 4. 2. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 54, 38; Aussagen von Hubert Schuch und Paul Reiss, Protokoll der Sitzung der 3. Strafkammer des Landgerichts München I, 16. 11. 1948, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 148, 151; Urteil des Landgerichts München I gegen Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 295; Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht München an den Oberstaatsanwalt beim Landgericht München I, 23. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 48. Unzutreffend ist die Darstellung bei Schmidt, Selektion, S. 132, der von einer beratenden Mitarbeit der Anstaltsdirektoren am „Hungerkosterlaß" ausgeht.

sen (1941) etwa ein Drittel der bayerischen Psychiatriepatienten untergebracht waren.[60] Beide Anstalten richteten auf Betreiben ihrer Direktoren zwischen August/Oktober (Kaufbeuren-Irsee) und Januar 1943 (Eglfing-Haar) spezielle Hungerhäuser ein, in die man die von den Abteilungsärzten zur Tötung bestimmten Patienten verbrachte. Im Verlauf des Jahres 1943 wurde die Hungerkost auch in den Anstalten Ansbach, Erlangen, Klingenmünster und Mainkofen eingeführt, während ein entsprechender Versuch des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll/Regensburg an der Weigerung der Anstaltsärzte scheiterte, auf den Hungerstationen Visiten durchzuführen.[61]

Die beiden regionalen Kristallisationskerne der zweiten Euthanasiephase in Bayern weisen bei näherer Betrachtung einige Gemeinsamkeiten auf: Sowohl in Eglfing als auch in Kaufbeuren amtierten ältere Direktoren, die durch ihren Berufsweg in der Region fest verwurzelt waren, schon bei den Zwangssterilisationen und der „Aktion T4" an vorderer Stelle mitgewirkt hatten und seitdem auf der Gehaltsliste des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden standen.[62] Beide Anstalten waren zudem durch die angeschlossenen „Kinderfachabteilungen" über den „Euthanasiestopp" hinaus kontinuierlich in den Prozeß der Ermordung von Psychiatriepatienten involviert. Zusätzlich zur Tötung durch Nahrungsentzug wurden in beiden Anstalten weitere Patienten durch überdosierte Schlafmittelgaben ermordet.[63]

In einigen kleineren bayerischen Anstalten scheinen die Patienten besser ernährt worden zu sein. Dies gilt besonders für die schrumpfende Zahl der konfessionellen Heil- und Pflegeanstalten, aber auch für manche der staatlichen Institute, wie Günzburg und Kutzenberg, deren Direktoren die Hungerkost ablehnten.[64] Der je nach Anstalt unterschiedliche Umgang mit den Psychiatriepatienten läßt beträchtliche Handlungsspielräume der einzelnen Anstalten erkennen. Die traditionell starke Stellung der Direktoren gegenüber ihren Aufsichtsbehörden, die auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung nicht wesentlich verändert wurde, konnte – wie im Falle Eglfings und Kaufbeurens – der Radikalisierung

---

60 Belegzahlen und Bettenkapazität nach dem Planungsbericht Müllers für Bayern, 17. 10. 1942, BAB, R 96-I/16.

61 Faulstich, Hungersterben, S. 322; Weisenseel, Ansbach, S. 148f.; Cording, Karthaus-Prüll, S. 213–216; Fröhlich-Thierfelder, Mainkofen, S. 241.

62 [Aufstellung der Euthanasie-]Gutachter, Anlage zum Schreiben Beckers an Nitsche, 6. 2. 1944, BAB, R 96-I/1, die Pfannmüller seit November 1939 und Faltlhauser seit September 1940 als T4-Gutachter führt. Für 1943/44 weisen die Abrechnungslisten für Weihnachtsgratifikationen des Reichsausschusses neben den Anstaltsdirektoren jeweils mehrere Angehörige des Pflegepersonals der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und Kaufbeuren als Gratifikationsempfänger aus; BAB, NS 51/242, Bl. 85f., 91, 92, 126, 133.

63 Vernehmung Valentin Faltlhauser, 22. 4. 1948, S. 10f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F; Vernehmung Pfannmüller, 3. 5. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 77.

64 Aussage Werner Leibbrand, Sitzungsprotokoll des Schwurgerichts München I, 4. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/17460–1, Bl. 325f.; Vernehmung Albert Sighart, 9. 8. 1949, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Sa–Sz; von Cranach/Schüttler, Günzburg, S. 259. Zur Entwicklung der Sterblichkeit, die die anstaltsspezifischen Unterschiede in der Durchführung des Erlasses widerspiegelt, Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 472.

der Psychiatriepolitik Vorschub leisten, aber auch als Faktor wirken, der Patienten das Leben bewahrte. Die Leiter der Heil- und Pflegeanstalten verfügten in ihrer Doppelfunktion als leitende Ärzte und oberste Verwaltungsbeamte ihrer Einrichtungen in klinikinternen Angelegenheiten (und zu diesen zählte im zeitgenössischen Verständnis neben den Therapiemaßnahmen auch der Küchenbetrieb) über große individuelle Gestaltungsmöglichkeiten, die vor allem dann zum Tragen kamen, wenn gesundheitspolitische Vorgaben Essentiale des ärztlichen Berufsverständnisses zu tangieren drohten.[65] Ein zweiter retardierender Faktor bestand in der Zurückhaltung des gerade in Bayern oftmals konfessionell gebundenen Pflegepersonals, das den „Hungerkosterlaß" auch in solchen Anstalten unterlaufen konnte, deren Direktoren den Krankentötungen positiv gegenüberstanden.[66]

Wenn auch die Ziele der bayerischen Initiative teilidentisch mit denen der „Aktion T4" waren, so hatte sich das Koordinatensystem des Patientenmords seit dem Sommer 1942 doch in entscheidender Weise verschoben. Während die T4-Planer viel Mühe darauf verwandt hatten, den Selektions- und den Tötungsvorgang durch ein mehrstufiges, hochformalisiertes Verfahren voneinander zu trennen und die Verantwortung dafür auf mehrere Schultern zu verteilen, um so den einzelnen Arzt zu entlasten, waren die Patientenmorde der zweiten Phase unmittelbar in den Anstaltsalltag integriert. Im Unterschied zur „Aktion T4", in der die Berliner Euthanasiezentrale sowohl über die Tötungsermächtigung verfügte als auch die Selektion der Opfer kontrollierte, wurde der Patientenmord in der zweiten Phase der „Euthanasie" durch eine Regionalbehörde der Gesundheitsverwaltung organisiert, und die Auswahl der Patienten geschah in der Verantwortung der Anstaltsärzte. Dieser Versuch, Patiententötungen in bayerischer Eigenverantwortung zu organisieren, mutet angesichts der wachsenden Zentralisierungsbestrebungen im Bereich der Psychiatrie zunächst paradox an, ist aber gerade aus diesem Kontext heraus erklärbar. Seit dem Abbruch der „Aktion T4" standen überregionale Verlegungen in den Tod als Patentmittel zur Behebung von Unterbringungsproblemen nicht mehr zur Verfügung. Die bayerischen Gesundheitsbehörden, die bereits die Hälfte ihrer Psychiatriebetten anderen Zwecken zur Verfügung gestellt hatten,[67] mußten sich im Gegenteil immer häufiger gegen Versuche des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten zur Wehr setzen, sich Zugriff auf die in Bayern verbliebenen Bettenkapazitäten zu verschaffen. Hierzu zählten rund 550 Patienten aus Norddeutschland, die dort der ersten Welle der Krankenhaus-Sonderanlagen „Aktion Brandt" hatten weichen müssen, und zwischen September und November 1941 in bayerische Anstalten verlegt

---

65 Zur Stellung der Anstaltsdirektoren Kersting, Anstaltsärzte, S. 41–60.

66 Aussage der Köchin Elisabeth S., [1949], S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Sa–Sz; Vernehmung Karl Steichele, StAM, Staatsanwaltschaften/17460–1, Bl. 279; Urteil des Landgerichts München I gegen Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 295; vgl. Mader, Sterben, S. 27–30, Plötzl, Sozialpsychiatrie, S. 239.

67 Berechnet nach der Ausarbeitung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten über Anstalten, die vollständig oder teilweise einem Kriegszweck dienen, 3. 8. 1943, BAB, R 96-I/6.

wurden.[68] Angesichts der aus seiner Sicht „immer unerträglicheren Übergriffe Berlins"[69] und der grassierenden Bettennot in Bayern, war Schultze daran interessiert, freie Bettenkapazitäten in seine Hand zu bekommen, über die er eigenständig disponieren konnte. Um dies zu erreichen, schienen regional organisierte Patiententötungen begrenzten Umfanges in den Augen der bayerischen Gesundheitsverwaltung ein gangbarer Weg. Diese Tötungen betrafen insbesondere die etwa 3000 Personen zählende Gruppe von Patienten, die nach dem Abbruch der „Aktion T4" nach Bayern verlegt wurde.[70] Ihr Risiko, in einer bayerischen Heil- und Pflegeanstalt zu sterben, war deutlich höher als die ohnehin vermehrte Sterbewahrscheinlichkeit der bayerischen Anstaltsinsassen.[71]

Läßt man die Entschlußbildung zur Reinitialisierung der Patientenmorde in Bayern abschließend Revue passieren, so wird deutlich, daß es sich dabei weniger um gesundheitspolitisches policy-making nach dem Muster Programmentwicklung durch die Zentralebene, Programmdurchsetzung durch stabil in die Hierarchie eingebundene nachgeordnete Dienststellen handelte, sondern um einen mehrstufigen Prozeß, der in erster Linie durch Interaktionen zwischen der lokalen und der regionalen Führungsebene des Gesundheitswesens gekennzeichnet ist. Dagegen fehlen gesicherte Belege für ein Engagement der gesundheitspolitischen Zentralebene. Die Definition des Nahrungsmangels in den Heil- und Pflegeanstalten als gesundheitspolitisches Problem aus dem Kreis der psychiatrischen Praktiker heraus markiert den ersten Schritt auf dem Weg zum „Hungerkosterlaß". In einer zweiten Phase forcierten einige der Anstaltsdirektoren eine Lösung, die Patientenmord als Maßnahme der regionalen „Selbsthilfe"[72] in Betracht zog. Faltlhauser, der ebenso wie sein Kollege Hermann Pfannmüller bereits bei früheren Mordaktionen eng mit der Berliner Euthanasiezentrale zusammengearbeitet hatte, nutzte die Schwierigkeiten in der Nahrungsversorgung als Argument, um die Krankenmorde in Bayern erneut aufleben zu lassen, diesmal als dezentralisierte, in den Anstaltsalltag integrierte Tötungen. Der Hunger fungierte hier nur mehr als Vorwand für die gewaltsame Reduktion der bayerischen Psychiatriepatienten, er war kein politisches Problem, um dessen Lösung man sich ernsthaft bemühte. Die Mittelinstanz der Gesundheitsverwaltung, in diesem Fall das Bayerische Innenministerium, gab diesen Plänen eine Plattform, wählte aus den unterschiedlichen Lösungsansätzen die ihr genehme Variante aus und betrieb schließlich deren Umsetzung.

---

68 Faulstich, Hungersterben, S. 326.

69 Vernehmung Schultze, 21. 1. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 24; vgl. auch die Vernehmung Max Gaum, 15. 3. 1948, ebenda, Bl. 26.

70 Davon entfielen rund 1900 Personen auf das Jahr 1943; Faulstich, Hungersterben, S. 326f.

71 Dort wo sich Sterbequoten für einzelne Transporte berechnen lassen, erreichen sie Werte zwischen 63 und 75 Prozent, wobei zahlreiche Patienten bereits wenige Wochen nach der Verlegung verstarben; Walter, Psychiatrie, S. 773; Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 453.

72 Vernehmung Faltlhauser, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I vom 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 144.

Die Rheinprovinz

Charakteristisch für die zweite Phase der „Euthanasie" ist die Verkettung psychiatriepolitischer Entscheidungen mit übergeordneten Funktionspostulaten des allgemeinen Gesundheitswesens unter den Bedingungen eines zunehmend zerstörerischer wirkenden Luftkrieges. Dies wird besonders im Rheinland deutlich, wo bereits im August 1942, noch vor der Einführung der Hungerkost in der schwäbischen Teilanstalt Irsee, erneut Psychiatriepatienten in eine Tötungsanstalt verlegt wurden. Mit dem ersten größeren Transport über die Provinzgrenzen hinaus gelangten rund 370 Geisteskranke in die hessische Anstalt Hadamar, die schon während der „Aktion T4" als Vergasungsanstalt gedient hatte, und die auch in der zweiten Phase der Krankenmorde als überregionales Tötungszentrum fungieren sollte. Zu den auslösenden Faktoren der Verlegungen zählten in erster Linie Kapazitätsengpässe in der Krankenhausversorgung der urbanen Ballungszentren, die die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger von Staat und Partei dadurch zu bewältigen suchten, daß sie den Lebensraum psychiatrischer Patienten zugunsten somatisch Kranker beschnitten. Dieser Prozeß der gegenseitigen Verdrängung hierarchisch differenzierter Patientengruppen, in dem Wehrmachtsangehörige die Zivilkranken, potentiell Produktive die in der Kriegswirtschaft „Unverwertbaren", und Alte und Sieche die Psychiatriepatienten beiseite schoben, ist geradezu konstitutiv für die erfahrbare Wirklichkeit der Gesundheitsversorgung in den Kriegsjahren. Er läßt sich, seit 1942 zunehmend radikalisiert, in den meisten Gebieten des Deutschen Reiches beobachten.[73] Die Hierarchisierung der Patienten läßt sich auch an der Gebäudenutzung ablesen. Sozial stigmatisierte und unproduktive Kranke wurden von moderneren in einfachere oder stärker luftkriegsgefährdete Einrichtungen ausquartiert. In die freigeräumten Gebäude verlegten die Gesundheitsbehörden in der Rangfolge der Kranken höher positionierte Patienten. Die häufigsten Verdrängungsketten sind die Nutzung ehemaliger Heil- und Pflegeanstalten durch Sieche und Alte, deren Wohnraum wiederum zur Unterbringung von Ausweichkrankenhäusern, Lazaretten oder Obdachlosen verwendet wurde bzw. die direkte Umwandlung der Heil- und Pflegeanstalten in Ausweichkrankenhäuser.[74] Für beide Formen finden sich zahlreiche Belege in der Rheinprovinz, in Norddeutschland und im Gau München-Oberbayern.[75]

Beispielhaft für die Verdrängungskette: somatisch Kranke – Alte – psychiatrisch Kranke steht die Teilevakuierung der Riehler Heimstätten, des zentralen kommunalen Alten- und Pflegeheimes der Stadt Köln, durch die dortige Stadtver-

---

[73] Für Hamburg vgl. die differenziert argumentierende Studie von Rönns, Entwicklung, S. 62, 72.

[74] In einer Aufstellung des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten findet sich folgende Prioritätenliste bei der Umwandlung von Heil- und Pflegeanstalten: 1. Krankenhäuser, 2. Tuberkuloseheilstätten, 3. Alterskrankenhäuser und Pflegeheime, 4. Altenheime; Richtlinien des Reichsbeauftragten zur Planungsfrage [Januar 1942], S. 2, BAB, R 96-I/7.

[75] Z.B. Vogt an Krause-Wichmann, 22. 6. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54489-II, Bl. 266; Gesundheitsamt Essen, Monatlicher Lagebericht, 9. 6. 1943, ebenda, Bl. 271; Auszug aus dem Protokoll der Stadtratssitzung vom 4. 5. 1944, StadtAM, Gesundheitsamt/118; Wunder, Transporte, S. 257.

waltung. Aufgrund der besonderen Größe der Riehler Heimstätten, in denen sich beinahe vier Fünftel aller Kölner Altenheimplätze befanden,[76] sind die dortigen Gegebenheiten nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in anderen deutschen Städten übertragbar, jedoch läßt sich am Kölner Beispiel das oben skizzierte Verdrängungsgeschehen, das einen sozialgeschichtlichen Basisprozeß des deutschen Gesundheitswesens während der Kriegsjahre bildet, besonders anschaulich demonstrieren. Die Verlegungen wurden mehrere Wochen vor der reichsweiten Weichenstellung für die verstärkte Einbeziehung der Heil- und Pflegeanstalten in die Beschaffung von Krankenhausbetten durchgeführt und wirkten in vieler Hinsicht als Vorbild für ähnliche lokal initiierte Verlegungen aus Städten der Rheinprovinz.

Obgleich unter dem Vorwand katastrophenmedizinischer Notmaßnahmen betrieben, und im konkreten Fall durch akute Bettenanforderung der Gauleitung ausgelöst,[77] hatten die Verlegungen aus den Riehler Heimstätten eine längere Vorgeschichte. Die Kölner Gesundheitsbehörden diskutierten die Einrichtung eines zentralen Ausweichkrankenhauses in den Riehler Heimstätten bereits im April 1941, zu einem Zeitpunkt, als von gravierenden Luftkriegsfolgen in Deutschland noch keine Rede sein konnte. Bereits seit Kriegsbeginn wurden die Insassen der kleineren Kölner Altenheime in Riehl zusammengezogen und die freigemachten Räumlichkeiten in der Innenstadt für kriegswirtschaftliche Zwecke umfunktioniert.[78] Nach den schweren Luftangriffen Ende Mai 1942 nutzte die Stadt die Gelegenheit, um die seit längerem geplante Räumungsaktion unter dem Deckmantel des bei der Beseitigung der Luftkriegsfolgen entstehenden Handlungsdrucks durchzuführen, und betrieb eine Teilräumung der Riehler Heimstätten, um dort Kölner Luftkriegsopfer unterzubringen.[79] Luftangriffe dienten den rheinischen Stadtverwaltungen seit dem Frühjahr 1941 immer wieder als willkommenes Argument, um neue Räumungen zu fordern.

Noch im Juni 1942 wurden rund 200 Alte von Köln ins badische Denkingen abtransportiert, die übrigen Bewohner des Riehler Altenheims sollten in Heil- und Pflegeanstalten des Kölner Umlandes untergebracht werden. Bereits in einer frühen Phase der Verhandlungen, die die Stadt mit der für die Geisteskrankenfürsorge zuständigen Provinzialverwaltung und freigemeinnützigen Trägern führte, kristallisierten sich zwei Anstalten als mögliche Zielorte für die Kölner Alters-

---

76 Verwaltung der Riehler Heimstätten, Zahl der Heimplätze für alte und sieche Personen, StadtAK, Acc. 673/41, Bl. 59.

77 Der Leiter des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit, Hartung, forderte von der städtischen Gesundheitsverwaltung die Bereitstellung von wenigstens 1500 Krankenhausbetten für Katastrophenfälle; Aktenvermerk über eine Besprechung der Mob.-Abteilung des Kölner Gesundheitsamtes, 20. 8. 1942, StadtAK, 687/2, Bl. 126–135.

78 Drei Kölner Altenheime dienten bereits seit Kriegsbeginn als Lazarette bzw. Hilfskrankenhäuser. Nach dem Überfall auf die Sowjetunion wurden sechs weitere Altenheime in der Kölner Innenstadt in Notquartiere umgewandelt; Aktenvermerk der Kölner Gesundheitsverwaltung, 14. 4. 1944, StadtAK, Acc. 673/43.

79 Niederschrift über die Besprechung der Gesundheitsverwaltung am 3. 4. 1941, StadtAK, 687/2, Bl. 75. Auch nach dem großen Angriff am 31. 5. 1942 trat im Kölner Stadtgebiet kein akuter Bettenmangel auf; Niederschrift einer durch die Gauleitung einberufenen Besprechung über Erfahrungen des Luftkriegs, 5. 6. 1942, StadtAK, 687/2, Bl. 121.

heimbewohner heraus: die Provinzialanstalt Düren und die Anstalt Kloster Hoven/Marienborn, ein von Augustinerinnen geführtes Pflegeheim für weibliche Geisteskranke, das überwiegend mit Kranken des Provinzialfürsorgeverbandes belegt war.[80] Während die Hovener Augustinerinnen dem Ansuchen der Kölner Stadtverwaltung bereitwillig entgegenkamen und rund die Hälfte ihrer Anstalt zur Verfügung stellten,[81] reagierte die rheinische Provinzialverwaltung zögerlich auf die Kölner Evakuierungspläne. Zwar konnten bis Mitte Juli weitere 400 Alte in die Heil- und Pflegeanstalt Düren verlegt werden,[82] danach gerieten die Verhandlungen jedoch ins Stocken, vor allem deshalb, weil der provinzialrheinische Anstaltsdezernent Creutz sich außerstande sah, innerhalb der Provinz genügend Plätze für die zur Verlegung anstehenden Geisteskranken bereitzustellen. In dieser Situation trat die Kölner Gauleitung auf den Plan. Der Leiter des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit, Rudolf Hartung, der zu den energischsten Verfechtern des Krankenexportes über die Provinzgrenzen hinaus zählte, nahm unter Umgehung der verwaltungsmäßigen Zuständigkeiten Kontakt mit der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten auf und ließ sich von dieser freie Betten in der Anstalt Hadamar nachweisen, die während der T4-Aktion als Tötungsanstalt gedient hatte und nach dem Stopp der Krankenmorde nur mit wenigen Patienten belegt war.[83] Damit versehen, trat er Ende Juli 1942 an den Anstaltsdezernenten der Rheinprovinz heran, und forderte ihn auf, „zum Zwecke der Schaffung weiteren Raumes für ein Ausweichkrankenhaus der Stadt Köln den größten Teil der vom Rheinischen Landesfürsorgeverband stark in Anspruch genommenen privaten Heil- und Pflegeanstalt Klosterhoven bei Zülpich zu räumen. In Anbetracht der von Dr. Hartung geltend gemachten Dringlichkeit", teilte Creutz dem Kölner Oberbürgermeister das Ergebnis dieses Gesprächs mit, habe er sich diesem Ansuchen nicht verschließen können, „zumal Dr. Hartung imstande war, über die Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten in Berlin in der Nassauischen Heil- und Pflegeanstalt Hadamar freie Plätze zur Unterbringung eines Teils der zu verlegenden Kranken anzubieten". Creutz hob jedoch ausdrücklich hervor, daß er kein Interesse daran habe, die Pfleglinge des Rheinischen Landesfürsorgeverbandes mit erheblichem Aufwand aus Kloster Hoven abtransportieren zu lassen, „wo sie bisher günstig untergebracht waren, während sie nunmehr in 6 verschiedenen und zum Teil sehr weit entfernt liegenden Anstalten zu höheren Pflegesätzen untergebracht werden sollen", und betonte, „daß die eingeleiteten Maßnahmen *im Interesse der Stadt Köln* auf Veranlassung des Leiters des Gauamts für Volksgesundheit in Köln getroffen worden sind".[84] Die Korrespondenz des rheinischen Anstaltsdezernenten macht zunächst das Verlaufsmuster des

---

80 Düren stand seit Mitte Juni 1942 als möglicher Verlegungsort fest, Kloster Hoven seit August 1942; Aktenvermerk der Kölner Stadtverwaltung für den Beigeordneten Heringhaus, 13. 6. 1942, StadtAK, Acc. 673/57.

81 Aktenvermerk der Mob.-Abteilung der Kölner Stadtverwaltung für den Beigeordneten Heringhaus, 18. 8. 1942, StadtAK, Acc. 673/24.

82 Aktenvermerk für den Beigeordneten Heringhaus, 13. 6. 1942, StadtAK, Acc. 673/57.

83 Als schematisierte Darstellung des Wirkens des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten bei den Verlegungen in den Tod vgl. Abb. 15.

84 Creutz an den Kölner Oberbürgermeister, 10. 8. 1942, StadtAK, Acc. 673/24.

Entscheidungsbildungsprozesses deutlich, der durch unterschiedliche Handlungsanteile von Gauleitung und Provinzialverband geprägt ist: Als sich die Provinzialverwaltung gegen weitere Patientenverlegungen sträubte und dies mit fehlenden Aufnahmekapazitäten begründete, unterminierte Hartung deren Argumentationsbasis, indem er durch Vermittlung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten Anstaltsplätze in einer anderen Region beschaffte.[85] Der Gauamtsleiter war es auch, der mit der Gekrat, die Transportgesellschaft der Berliner Euthanasiezentrale, für die Durchführung der Evakuierungen anwarb. Die Gauleitung Köln hatte also maßgeblichen Anteil am Zustandekommen der von der Kölner Gesundheitsverwaltung gewünschten Verlegungen.

Die zögerliche Haltung der Provinzialverwaltung läßt unterschiedliche Interessenlagen zwischen Gau- und Provinzbehörden sichtbar werden. Während die Gauleitung bereits im Sommer 1942 ausschließlich in katastrophenmedizinischen Kategorien dachte, dabei primär somatisch Kranke in ihre Überlegungen einbezog und Psychiatriepatienten als beliebig disponible Restgröße betrachtete, sind die Gedankengänge des rheinischen Anstaltsdezernenten stark von den wirtschaftlichen Eigeninteressen der Provinz geprägt.[86] Ökonomisch waren Verlegungen, die nicht nur hohe Transport- und Unterbringungskosten verursachten, sondern auch Schäden an Inventar und Bausubstanz der dann anderweitig genutzten Heil- und Pflegeanstalten befürchten ließen, in der Tat sinnwidrig, solange in der eigenen Provinz genügend Anstaltsplätze zur Verfügung standen. Darüber hinaus resultierte die zögerliche Haltung von Creutz wohl auch aus den negativen Erfahrungen, die er wenige Monate zuvor mit den von der T4-Zentrale angeordneten Verlegungen gemacht hatte. Auch diese waren mit kriegsbedingten Notwendigkeiten bemäntelt worden, ohne daß für die an der Patientenselektion beteiligten Anstaltsärzte von Anfang an eine Tötungsabsicht erkennbar war. Der Anstaltsdezernent hatte während der „Aktion T4" zu den verhaltenen Euthanasiegegnern in der rheinischen Provinzialverwaltung gezählt, und – allerdings ohne sich zu exponieren und um den Preis persönlicher Verstrickung in die Maschinerie des Tötens – auf die verzögerte Abwicklung der Verlegungstransporte in die Vergasungsanstalten hingewirkt.[87]

---

85 Diese Praxis ist auch in späterer Zeit dokumentiert. Anfang 1943 erhielt die Rheinprovinz auf Betreiben des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit weitere 600 Betten in den polnischen bzw. ukrainischen Hungeranstalten Tworki, Kulparkow und Jaroslaw zugeteilt; Regierung Köln an die Provinzialverwaltung der Rheinprovinz, 3. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 61.

86 Es ist nicht ganz auszuschließen, daß die ökonomischen Argumente vorgeschoben wurden, um regimekonform gegen die Verlegungen zu argumentieren. Creutz gehörte zu denjenigen Anstaltsdezernenten, die der Verlegung von Psychiatriepatienten generell mit Mißtrauen begegneten. Die Haltung des provinzialrheinischen Anstaltsdezernenten zur „Aktion T4" oszillierte zwischen hinhaltendem Widerstand und verzögernder Mitwirkung. Creutz hatte Ende 1940 versucht, den Landeshauptmann der Rheinprovinz zum Widerspruch gegen die Verlegungstransporte zu bewegen, seine Verweigerungshaltung jedoch eingestellt, als Haake nach anfänglichem Zögern auf die Linie der Berliner Euthanasiezentrale einschwenkte; vgl. Werner, Rheinprovinz, S. 137, und Werner, Creutz, S. 194 f.

87 Vor diesem Hintergrund läßt sich das oben zitierte Schreiben auch als Versuch des Provinzialpsychiaters interpretieren, angesichts des inzwischen bekannt gewordenen Schicksals

Nachdem die Unterbringungsfrage im Sinne des Gauamtes für Volksgesundheit geregelt war, wurden im August 1942 369 Riehler Alte in die Anstalt Kloster Hoven verlegt und dafür 370 Anstaltspfleglinge nach Hadamar transportiert. Der Verlegungsdruck auf die Ersatzsiechenheime in Düren und Hoven blieb auch nach der ersten Evakuierungswelle im Sommer 1942, mit der vorgeblich die unmittelbaren Luftkriegsfolgen ausgeglichen werden sollten, bestehen.[88] Nach dem Abschluß der ersten Evakuierungsaktion erklärte der Kölner Gauamtsleiter Hartung, daß die Entfernung weiterer vier- bis fünfhundert Wohnstiftler aus Riehl ins Auge gefaßt würde, da er festgestellt habe, daß in den Heil- und Pflegeanstalten noch Bettenkapazitäten zur Verlegung von Siechen vorhanden seien.[89] Die Anstalt Kloster Hoven nahm bis zum Januar 1944 rund 500 Kölner Alte auf (mehr als 300 davon noch während des laufenden Jahres). Nach Düren wurden mehr als 800 Altenheimbewohner verlegt.[90] Beide Anstalten gaben dafür sukzessive psychiatrische Fälle an Anstalten außerhalb der Rheinprovinz ab. Die Belegungsbilanz der Heil- und Pflegeanstalt Düren zeigt, wie eng die Verlegung der Riehler Siechen und der Abtransport der Geisteskranken aus diesen Anstalten miteinander zusammenhingen.[91] Verlegt wurden bei solchen Transporten vor allem Anstaltsinsassen, die in den Augen der Anstaltspsychiater „eine ‚einseitige Auslese' [...] nach der negativen Seite" darstellten, chronisch kranke, nicht mehr arbeitsfähige und hinfällige Patienten. Die therapierbaren, rüstigen und arbeitsfähigen Kranken behielten die Anstalten nach Möglichkeit zurück.[92] Von den Verlegungen während der „Aktion T4" unterschieden sich diese Transporte zum einen dadurch, daß sie nicht mehr aufgrund namentlicher Meldungen, sondern nur noch aufgrund mit den Anstalten vereinbarter Transportstärken durchgeführt wurden,[93] ferner durch die weniger berechenbaren Patientenschicksale. Bedeutete eine Verlegung in den Jahren 1940/41 für den Großteil der Abtransportierten den sicheren Tod, so waren die Transportziele der zweiten Euthanasiephase mit stark differierenden, geradezu polarisierten Lebenschancen verbunden, ohne daß die Quellen genauere Rückschlüsse auf die Gründe für die Zuordnung zum jeweiligen Transportziel zulassen.[94] Ganz deutlich zeigt sich dies bereits bei den ersten Transpor-

---

der in den Jahren 1940/41 aus dem Rheinland abtransportierten Patienten seine Nicht-Verantwortung für eine zweite Verlegungswelle zu dokumentieren.

88 Insbesondere die Kölner Gauleitung drängte auch in den folgenden Monaten weiter auf Verlegungen; auszugsweise Niederschrift einer Besprechung am 18. 11. 1942, StadtAK, 687/2.

89 Niederschrift einer durch den Leiter des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit, Hartung, anberaumten Besprechung, 30. 11. 1942, StadtAK, 687/2, Bl. 197.

90 Aufstellung über Krankentransporte aus den Riehler Heimstätten seit Juni 1942, StadtAK, Acc. 673/12; Bericht über die vorübergehende Belegung des Pflegeheims Düren, 12. 8. 1942, StadtAK, Acc. 673/57.

91 Tab. E.6; E.7. Daß weniger Geisteskranke aus Düren abtransportiert als Alterssieche dorthin verlegt wurden, hängt vermutlich mit der weitaus höheren Sterblichkeit der Psychiatriepatienten zusammen.

92 Vernehmung Creutz, 21. 11. 1947, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca-Do.

93 Vernehmung Allers, 18. 8. 1949, S. 6, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

94 Vgl. Vernehmung Creutz, 21. 11. 1947, S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca-Do.

ten der zweiten Verlegungswelle: während die Dürener Insassen in die Pflegeanstalt Schloß Ruyff verbracht wurden und damit in der Rheinprovinz verblieben,[95] transportierte die Gekrat die Hovener Patientinnen in die hessische Anstalt Hadamar, wo ein Großteil von ihnen innerhalb weniger Wochen verstarb. Allerdings deutete zum Zeitpunkt der Verlegungen kaum etwas auf eine Wiederaufnahme der Krankenmorde hin. Die Begleitumstände der Transporte, etwa die Forderung des Wiesbadener Oberpräsidenten, daß den verlegten Kranken bestimmte Bedarfsgegenstände wie Wäsche und Geschirr aus ihren Heimatanstalten mitgegeben werden sollten, entsprachen durchaus den Gepflogenheiten regulärer Krankenverlegungen.[96] Trotzdem vermutete die rheinische Provinzialverwaltung angesichts der bekannten Vorgeschichte der hessischen Anstalt wenig Gutes für ihre Patienten, so daß Creutz sie im August 1942 in Begleitung seines Verwaltungsleiters besuchte, um sich persönlich ein Bild über die Unterbringung der rheinischen Patienten zu verschaffen.[97] Bei diesem Besuch fanden sich keine Hinweise auf eventuelle Tötungsvorhaben.[98] Noch im gleichen Monat setzten jedoch erneute Patiententötungen ein, diesmal durch überdosierte Medikamentengaben.[99] Ihnen fielen im August 1942 35 Kranke zum Opfer, mehr als 160 weitere Patienten bis Ende Oktober.[100] Zwar verneinte der hessische Anstaltsdirektor auf die besorgte Nachfrage der rheinischen Provinzialverwaltung hin eine direkte Euthanasieabsicht. Die exorbitanten Sterberaten[101] und sein Hinweis, ein Großteil der verlegten Patienten sei alt und hinfällig gewesen, daher könne er es mit seiner „nationalsozialistischen Einstellung nicht vereinbaren, irgend welche medizinischen Maßnahmen anzuwenden, seien sie medikamentöser oder sonstiger Art, damit das Leben dieser für die menschliche Gesellschaft vollkommen ausfallenden Individuen verlängert wird, ganz besonders in der jetzigen Zeit unseres Existenzkampfes, bei dem jedes Bett für die Wertvollen unseres Volkes benötigt wird",[102] ließen jedoch kaum einen Zweifel am eigentlichen Zweck der Anstalt offen.

---

95 Schaumburg, Aktennotiz, 25. 7. 1942, ALVR, 13073, Bl. 24.

96 Creutz an den Kölner Oberbürgermeister, 10. 8. 1942, ALVR, 13073, Bl. 31. Creutz hat später vor Gericht den „grundsätzlich anderen Charakter" dieser Verlegungen im Unterschied zu denen der „Aktion T4" betont. „Alle späteren Krankenverlegungen waren ausschließlich Evakuierungsverlegungen, die im Zuge der Freimachung von Anstaltsraum für Wehrmachtslazarette, Ausweich- und Hilfskrankenhäuser, Altersheime usw. angeordnet und vorgenommen worden sind. Der Grund dieser Krankenverlegungen war in jedem einzelnen Falle durchaus einleuchtend und zwingend. Die Verlegungsanordnungen ergingen von hierzu legitimierten Behörden, insbesondere durch den Reichsminister des Inneren. Es hat sich also alles in transporttechnischer Hinsicht in dem Rahmen abgespielt, der bei normalen Krankenverlegungen üblich ist. Diese Transporte standen auch keineswegs unter irgendwelchen Geheimhaltungsbestimmungen. Die Weisungen von Berlin ergingen völlig offen und ohne Geheimschutz, und auch die gesamten sonstigen Maßnahmen sind offen wie bei ganz normalen Transporten durchgeführt worden." Vernehmung Creutz, 21. 11. 1947, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca–Do.

97 Werner, Rheinprovinz, S. 141.

98 Aktenvermerk der Provinzialverwaltung, 5. 8. 1942, ALVR, 13073.

99 Leipert u. a., Sterilisation, S. 94.

100 Tab. E.10.

101 Tab. E.10.

102 Zit. nach Werner, Rheinprovinz, S. 141.

Die geräumten Teile der Riehler Heimstätten dienten bis zum Kriegsende als Reservekrankenhaus der Stadt Köln, auf das die Gesundheitsverwaltung vor allem dann zurückgriff, wenn durch Luftangriffe oder lokale Epidemien Kapazitätsengpässe in den städtischen Krankenhäusern entstanden. Neben seiner Funktion als Kapazitätsreserve fungierte das ehemalige städtische Altenheim in den letzten Kriegsjahren zudem als Verschiebebahnhof für Sieche und Krankenhauspatienten, die zur Evakuierung aus dem Stadtgebiet anstanden. Kranke, die nach Luftangriffen obdachlos geworden waren, wurden aus den zerstörten Hospitälern zuerst nach Riehl verlegt, dort gesammelt und, sobald ein Aufnahmeort zur Verfügung stand, von dort aus weitertransportiert. Für die Krankenbelegung der Riehler Heimstätten liegen keine exakten Zahlen mehr vor. Eine unvollständige Liste weist über 3000 Personen aus, die zwischen Juni 1942 und Januar 1944 von dort aus weiterverschickt wurden. In knapp der Hälfte der Fälle handelte es sich um Alte und Alterssieche, in den übrigen Fällen um luftkriegsverletzte Patienten.[103]

Eine zweite Welle von Verlegungen betraf vor allem Städte in der nördlichen Rheinprovinz. Sie markiert den Übergang einer lokal geübten Praxis auf die regionale Ebene und steht stärker als das Kölner Beispiel für die „Dominanz katastrophenpolitischer Verwaltungskalküle"[104], die die zweite Euthanasiephase beherrschten. Als der Regierungsbezirk Düsseldorf nach schweren Luftangriffen (allein in Duisburg waren mehr als 800 Krankenhausbetten zerstört worden) im Juli 1942 mit akuten Versorgungsproblemen im Krankenhaussektor zu kämpfen hatte, suchten die kommunalen Gesundheitsverwaltungen im Verein mit dem Regierungspräsidenten nach Verlegungsmöglichkeiten analog zum Kölner Vorgehen, die zum einen die unmittelbaren Luftkriegsfolgen ausgleichen, gleichzeitig aber auch eine Reserve für künftige Luftangriffe schaffen sollten. Die Vorstellungen, die der Düsseldorfer Medizinaldezernent gegenüber dem Anstaltsreferenten des Reichsinnenministeriums entwickelte, zeigen, wie sehr die Logik der Verdrängung in dieser Zeit das Denken der Gesundheitsbehörden bestimmte, und wie kurzfristig die Planungshorizonte wurden, innerhalb derer die Gesundheitsbehörden agierten. Vor dem Hintergrund, möglichst rasch Betten für mehrere hundert Kranke bereitstellen zu müssen, sollte die bei Düsseldorf gelegene Provinzialheilanstalt Grafenberg in ein Krankenhaus für körperlich Kranke umgewandelt werden, ferner plante der Medizinaldezernent der Bezirksregierung, alle Siechen und Altersheiminsassen in der nördlichen Rheinprovinz zu erfassen und zentral in einer weiteren geräumten Heilanstalt unterzubringen.[105] Aus dieser Anstalt seien „ebensoviel Geisteskranke zu verlegen wie Siechenhausfälle umgesetzt werden", wobei die Psychiatriepatienten möglichst so evakuiert werden sollten, „daß die aufnehmende Anstalt [keinen] Anspruch auf Pflegerinnen und Hauspersonal erhebt".[106] Zusätzlich müsse eine weitere große Heil- und Pflegeanstalt zum Katastrophenpuffer bei Luftangriffen im Regierungsbezirk umgewandelt werden. Diese Anstalt könne zunächst weiter in Betrieb bleiben, allerdings sei für einen

[103] Tab. E.5.
[104] Von Rönn, Paradigma, S. 51.
[105] Vogt, Aktenvermerk, 29. 8. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 85.
[106] Vogt, Entwurf eines Schreiben an Linden, 3. 8. 1942, ebenda, Bl. 85f.

schnellen Abtransport der Geisteskranken Vorsorge zu treffen, so daß eine Räumung der Anstalt in kürzester Zeit möglich würde.[107] Psychiatriepatienten fungierten in diesem Konzept nicht mehr als eigenständiger Bezugspunkt, der gesundheitspolitisches Handeln begründete, sondern nur mehr als „Platzhalter für den Bedarfsfall"[108], die ihre Räumlichkeiten im Zuständigkeitsbereich der Krankenversorgung halten und sie so vor dem Zugriff anderer Dienststellen sichern sollten.

Da die Versuche der Düsseldorfer Regierung, zumindest einen Teil der Kranken außerhalb des Regierungsbezirks unterzubringen, auf erhebliche Schwierigkeiten stießen, und sich der Anstaltsdezernent der Rheinprovinz zäh gegen Versuche zur Wehr setzte, weitere Provinzialanstalten in Krankenhäuser umzuwandeln,[109] wandte sich der Düsseldorfer Medizinaldezernent an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten mit der Bitte, „daß von einer überbezirklichen Stelle die Unterbringung der Siechen und Altersheim-Insassen in die Wege geleitet wird".[110] Ganz offensichtlich war Lindens Apparat jedoch auf solche Wünsche der regionalen Dienststellen schlecht vorbereitet. Als die Gesundheitsbehörden der Rheinprovinz nach den schweren Luftangriffen auf das südliche Ruhrgebiet von Linden dringend „eine große Anstalt in Mitteldeutschland"[111] forderten, mußte dieser erklären, er habe keine Möglichkeit, weitere Geisteskranke aus der Rheinprovinz herauszuziehen.[112] Da Linden erst Mitte Dezember ein größeres Kontingent auswärtiger Anstaltsplätze bereitstellen konnte,[113] wurden die Umlegungen in reduzierter Form provinzintern vorgenommen. Ihnen fielen bis Dezember 1942 zwei kleinere Heil- und Pflegeanstalten der Diakonie zum Opfer, die jeweils in ein Siechenheim bzw. ein Ausweichkrankenhaus umgewan-

---

107 Vogt an das Reichsministerium des Innern, 8. 9. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54492, Bl. 91f.

108 Aly, Medizin, S. 57.

109 Creutz lehnte die Bereitstellung von Anstaltsraum für Krankenhauszwecke nicht rundweg ab, setzte aber die Prioritäten anders als die Medizinaldezernenten der rheinischen Bezirksregierungen. Während diese auf eine möglichst weitgehende Umwandlung der Heil- und Pflegeanstalten drängten, bestand Creutz darauf, daß die Funktionsfähigkeit der psychiatrischen Einrichtungen im Kern nicht angetastet werden dürfe. Dies galt insbesondere für die akademischen Lehrkrankenhäuser sowie Aufnahmeplätze für frischerkrankte und in absehbarer Zeit therapierbare Kranke; Creutz an die Regierung Köln, 25. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 63f.

110 Vogt, Entwurf eines Schreibens an Linden, [3. 8. 1942], NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 85.

111 Aktenvermerk über eine Besprechung zwischen Creutz und Vertretern der vom Luftkrieg betroffenen Städte im Regierungsbezirk Düsseldorf, 28. 7. 1942, ebenda, Bl. 33.

112 Ebenda, Bl. 32.

113 Linden, Fernschreiben an die Oberpräsidenten in Merseburg, Stettin, Breslau, Kattowitz, Kassel, das sächsische, thüringische und bayerische Innenministerium und die Reichsstatthalter im Sudetengau, Oberdonau, Salzburg und Wien, 12. 10. 1942, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 15. Danach sollten auf die Provinz Sachsen, Schlesien, den Gau Wien und den Sudetengau je 300, auf Sachsen 125 und auf Hessen-Nassau und Bayern je 100 Evakuierte entfallen. Für die restlichen 125 Patienten waren Unterbringungsorte in Österreich und Thüringen vorgesehen. Die tatsächlichen Evakuierungsorte weichen erheblich von dieser Planung ab.

delt wurden.[114] Hinzu kam, daß die Belegung der schon teilweise als Hilfskrankenhaus genutzten Anstalten Galkhausen und Waldniel erneut verdichtet wurde.[115] Im Februar/März 1943 wurden rund 1300 weitere Geisteskranke aus der Rheinprovinz verlegt, gut ein Viertel davon nach Thüringen, etwa die Hälfte in zwei Anstalten der Provinz Sachsen, in denen mit hoher Wahrscheinlichkeit Patienten ermordet wurden.[116] Zwei weitere Transporte mit insgesamt 133 Patienten gingen in die pommersche Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde ab.[117]

Am Beginn der dritten Transportwelle im Frühsommer 1943 stand erneut eine Serie von Luftangriffen, die diesmal auf das südliche Ruhrgebiet zielte, insbesondere auf Essen, das in den ersten Apriltagen des Jahres 1943 mehrmals schwer getroffen wurde. Die Entscheidung zur Ausweitung der Verlegungen fiel in einem Klima, in dem die nord- und westdeutschen Gaue bereits seit längerem auf „Befreiung" von „Ballastexistenzen" drängten. Schon im Februar hatte der Medizinaldezernent des Regierungsbezirks Köln neue Abtransporte von Psychiatriepatienten gefordert und dafür vom Reichsbeauftragten Linden 600 Betten in polnischen und ukrainischen Anstalten zugewiesen bekommen.[118] Am Vormittag des 10. April 1943 tagten in Essen unter dem Vorsitz von Joseph Goebbels, der als Leiter des interministeriellen Luftkriegsschädenausschusses die Koordination der Schadensbekämpfung übernommen hatte, Vertreter der Berliner Ministerien, des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten sowie die Gauleiter der westdeutschen Gaue und eine Reihe von Oberbürgermeistern der luftkriegsgeschädigten Städte.[119] Eine Aufzeichnung über den Verlauf der Sitzung aus der Hand des Düsseldorfer Medizinaldezernenten macht erneut die zentrale Rolle der Reichsverteidigungskommissare bei der Ingangsetzung dieser dritten Evakuierungswelle deutlich: Fritz Schlessmann, der den erkrankten Gauleiter von Essen vertrat, und der Düsseldorfer Gauleiter Friedrich Florian drängten, von Goebbels unterstützt, nachdrücklich darauf, „alle Geisteskranken beschleunigt nach dem

---

114 In der Heil- und Pflegeanstalt Tannenhof und dem Genesungsheim Hösel wurden ein Ausweichkrankenhaus bzw. ein Siechenheim für Essen und Düsseldorf eingerichtet. Regierung Düsseldorf, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 21. 12. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54489-I, Bl. 64.

115 Galkhausen fungierte bereits während der „Aktion T4" als Zwischenanstalt für die Patienten der Rheinprovinz. In Waldniel befand sich eine „Fachabteilung" des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden.

116 Es handelt sich hierbei um die Anstalten Pfafferode und Altscherbitz, deren jährliche Sterberaten 1943 mit 29,4 Prozent bzw. 28 Prozent die in bayerischen Tötungsanstalten deutlich übertrafen; Faulstich, Hungersterben, S. 512, 518; zum Verdacht systematischer Patiententötungen vgl. Hirschinger, Ausmerzung, S. 155, 160, 173. In beiden Anstalten lag die Sterblichkeit der aus Westdeutschland evakuierten Patienten deutlich über der der einheimischen Anstaltsinsassen.

117 Tab. E.3, die Transportziele nach dem sog. Levenstein-Bericht [1947], ALVR, 16968, dessen Angaben allerdings auf Meldungen der rheinischen Heilanstalten aus der Nachkriegszeit beruhen, die nicht immer zuverlässig sind.

118 Regierung Köln an die Provinzialverwaltung der Rheinprovinz, 3. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 61.

119 Vgl. Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 10. 4. 1943, Bd. II/8, S. 83–88.

Osten abzutransportieren".[120] Erhalten bleiben sollten nur noch Auffangstationen für therapierbare Frischerkrankte, die Abteilungen für arbeitsfähige Kranke zur Versorgung der landwirtschaftlichen Betriebe der Anstalten sowie eine psychiatrische Abteilung in der Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg für den Hochschulunterricht.[121] Die Gauleiter konnten bei ihrem Vorstoß auf die Forderungen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen verweisen, die, unterstützt von der für den Luftschutz verantwortlichen Schutzpolizei und lokalen NSDAP-Dienststellen, energisch auf die Freimachung der Stadtkerne von Pflegebedürftigen insistierten.[122]

Nur eine Woche nach der Essener Sitzung stellte der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten dem Regierungsbezirk Düsseldorf zunächst 2500 Betten in auswärtigen, z.T. im Generalgouvernement gelegenen Anstalten bereit, weitere folgten in den nächsten Monaten.[123] Parallel zum Abtransport der Siechen und Luftkriegsverletzten wurden auf diese Weise allein im Zeitraum von Mai bis Juli 1943 rund 4000 Psychiatriepatienten aus dem Rheinland verlegt. Diesmal waren vor allem solche Patienten betroffen, die keinen oder nur wenig Kontakt mit ihren Angehörigen hatten.[124] Stärker als dies im Rahmen der „Aktion T4" der Fall gewesen war, wurden in die dritte Verlegungswelle auch kirchliche Anstalten miteinbezogen.[125] Die evangelische Anstalt Hephata in Mönchengladbach wurde ebenso wie die Alexianeranstalten in Neuss und Krefeld zum Ausweichkrankenhaus umfunktioniert, die beiden St. Josephs-Klöster in Neuss und Mönchengladbach zur Unterbringung von Alterspfleglingen und Krebssiechen genutzt.[126] Insgesamt hat die Zahl der 1943 aus der nördlichen Rheinprovinz verlegten Patienten 5000 überstiegen. Die meisten Patienten (etwa 1 250) wurden in die Provinz Sachsen evakuiert. Für die anderen endete der Transport in den im Osten gelegenen Hungeranstalten (ca. 950), in Bayern (ca. 500) oder in einer der Tötungsanstalten Pommerns (ca. 650) und Hessen-Nassaus (ca. 400).[127] Auch für diejenigen Patien-

---

120 Vogt, Aktenvermerk über ein Telefonat mit Linden, 13. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 3.

121 Übersicht über die Maßnahmen der Räumung der im Regierungsbezirk Düsseldorf gelegenen Heil- und Pflegeanstalten [Frühjahr 1943], ebenda, Bl. 10f.

122 Gesundheitsamt Duisburg, Maßnahmen auf dem Gebiete der Beschaffung ausreichender Betten in den Krankenhäusern in Duisburg unter Berücksichtigung der letzten Luftangriffe, 12. 8. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 66; Creutz an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 27. 8. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54492, Bl. 64.

123 Creutz, Aktennotiz vom 17. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 5.

124 Levenstein-Bericht [1947], ALVR, 16968, Bl. 95.

125 Zwischen dem 1. 4. 1943 und dem 1. 4. 1944 verminderte sich trotz erheblicher Belegungsverdichtungen die Zahl der in konfessionellen Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz untergebrachten Patienten von 3277 auf 1231; Aufstellung des Rheinischen Landesfürsorgeverbands [1946], ALVR, 16968, Bl. 114.

126 Gauamt für Volksgesundheit Düsseldorf an die Regierung Düsseldorf, 23. 7. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 21; Leweling, Zwangssterilisation, S. 43f.; Baltes, „Euthanasieprogramm", S. 48; Seibert an die Pflegeanstalt St. Josephs-Haus Mönchengladbach-Hardt, 11. 5. 1943, Klee, Dokumente, S. 299f.

127 Tab. E.3; E.8. Die genaue Zahl der Abtransportierten läßt sich nicht mehr exakt bestimmen, da die erhaltenen Transportlisten teilweise voneinander abweichen. Das Schicksal

ten die nicht ermordet wurden, bedeutete die Auswahl zur Verlegung „fast immer ein elendes Leben mit aufs äußerste reduzierter Nahrung und Pflege und dem sehr wahrscheinlichen Tod".[128] In den überfüllten Zielorten der Verlegungen standen sie als „Fremdpatienten" am unteren Ende der Anstaltshierarchie und wurden bar jeder therapeutischen Zuwendung zumeist in Doppelstockbetten, Baracken oder anderen Notunterkünften verwahrt. Der Großteil der Verlegungen wurde im Sommer 1943 parallel zum Abtransport der Siechen und Luftkriegsverletzten durchgeführt, so daß sie im Unterschied zu den T4-Transporten diesmal kaum öffentliches Aufsehen erregten. Bis zum Kriegsende kamen auf diese Weise rund 6000 Psychiatriepatienten aus der Rheinprovinz ums Leben.[129]

Über die Nutzung des von seinen Patienten entleerten Anstaltsraumes kam es zu heftigen Kontroversen zwischen den regionalen Gesundheitsbehörden und dem Berliner Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten. Schon die Vorbereitung dieser Transporte war von erheblichen Spannungen zwischen den Reichs- und den bezirklichen Dienststellen begleitet, die ihre Ursache in unterschiedlichen Vorstellungen über die Verwendung des freigemachten Anstaltsraumes hatten. Anders als für die Gesundheitsverwaltung des Regierungsbezirks, spielte der Aspekt der Raumnutzung für Krankenhauszwecke in den Überlegungen Lindens nur eine untergeordnete Rolle. Ihm ging es generell um die Freimachung von Gebäuden von Psychiatriepatienten. Vom Düsseldorfer Medizinaldezernenten darauf hingewiesen, daß ein Teil des freiwerdenden Raums überwiegend in privaten Heilanstalten in Luftschutzorten erster Ordnung anfallen würde und damit nicht für die Benutzung als Hilfskrankenhaus in Frage käme, entgegnete der Reichsbeauftragte, „die Anstalten würden in der heutigen Zeit in erster Linie zur Aufnahme von Obdachlosen benötigt".[130] Dagegen wollte der Anstaltsdezernent der Rheinprovinz vor allem Gebäude freimachen, „deren Räumung für das Gesundheitswesen von Vorteil ist".[131]

Vergleicht man die Evakuierungstransporte aus dem Rheinland mit der Situation in anderen Regionen, so werden drei Hauptunterschiede deutlich. Erstens stellte sich in den Jahren 1942/43 das Problem von Kapazitätsengpässen in der Krankenhausversorgung in Westdeutschland ungleich drängender als in Süddeutschland, da die preußischen Westprovinzen vergleichsweise früh zum Zielgebiet alliierter Luftangriffe wurden.

Zweitens traten im Rheinland die vom Luftkrieg betroffenen Kommunen als wirkungsmächtige gesundheitspolitische Akteure auf den Plan, während die Diskussion in Bayern zwischen dem Innenministerium und den ihm unterstellten Heil- und Pflegeanstalten geführt wurde. Anders als in Süddeutschland stellte hier

---

der 1943 in hessische Anstalten transportierten Patienten, die in der Regel nach einigen Wochen in die Tötungsanstalt Hadamar verlegt und dort ermordet wurden (vgl. die Transportaufstellungen bei Werner, Psychiatrie, S. 930–968) legt es nahe, dies auch für die mehr als 500 dorthin verlegten rheinischen Patienten anzunehmen.

128 So von Rönn, Paradigma, S. 51, mit Bezug auf Hamburger Psychiatriepatienten.

129 Werner, Rheinprovinz, S. 142.

130 Vogt, Aktenvermerk über ein Telefonat mit Linden, 13. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 3.

131 Creutz, Aktennotiz, 17. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54450-I, Bl. 5.

der durch lokale Dienststellen erzeugte Verlegungsdruck im Kräftedreieck zwischen kommunalen Gesundheitsverwaltungen, Gauleitungen und dem Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten das entscheidende Movens neuer Evakuierungen dar. Die Regionalisierung gesundheitspolitischer Planungshorizonte in der zweiten Kriegshälfte, strukturelle Kapazitätsengpässe auf dem Gesundheitssektor und die Auswirkungen des strategischen Luftkriegs bildeten die Rahmenbedingungen eines mehrstufigen Radikalisierungsprozesses, der die Ausgrenzung der Psychiatriepatienten aus dem System der medizinischen Versorgung weiter vorantrieb und dabei zunehmend auch andere Patientengruppen erfaßte, besonders nicht mehr arbeitsfähige Tuberkulosekranke, Alte und sieche Patienten. In mehreren westdeutschen Städten, z.B. in Köln, Düsseldorf und Duisburg, formulierten kommunale Gesundheitsverwaltungen das Faktum knapper Krankenhausbetten als gesundheitspolitischen Problembestand erster Ordnung. Dadurch, daß sie mit wachsender Intensität auf die „Freimachung" stadtnaher Anstalten von Geisteskranken drängten, um in den geräumten Heil- und Pflegeanstalten Einrichtungen der städtischen Alten- und Gesundheitspflege unterzubringen, forcierten sie einen Prozeß der wechselseitigen Verdrängung hierarchisch differenzierter Patientengruppen, der das Gesicht des deutschen Gesundheitswesens während des Krieges zunehmend prägte. Die Gauleitungen fungierten dabei als wirkungsmächtige Verstärker kommunaler Verlegungswünsche. In einigen Fällen übte die Kombination des wichtigsten Parteiamtes in der Region mit den zivilen Befugnissen des Reichsverteidigungskommissars geradezu eine katalytische Wirkung auf den Verdrängungsprozeß aus. Indem sie zunächst gegenüber den Gesundheitsbehörden luftsicherer Gaue auf die Verlegung der Kranken drangen, und sich, wenn entsprechende Vorstellungen erfolglos blieben, mit der Bitte um die Zuteilung neuer Evakuierungsmöglichkeiten an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten wandten, transponierten sie lokale Verlegungswünsche auf die übergeordneten Entscheidungsebenen. Dienststellen der Reichsebene fungierten in diesem Verfahren, im Gegensatz zur ersten Phase der „Euthanasie", vor allem als Koordinatoren, die freie Anstaltsplätze zuwiesen und Transportkapazitäten bereitstellten. Nur selten dagegen waren sie Initiatoren der Transporte.

Drittens wurde im Rheinland offenbar kein Versuch unternommen, Kapazitätsprobleme in der Krankenhausversorgung wie in Bayern und Sachsen gleichsam vor Ort, durch die Institutionalisierung eines regionalen Euthanasiesystems zu „lösen". Statt dessen transportierte man die Geisteskranken in eine der Tötungsanstalten innerhalb Deutschlands oder in eines der neuen Tötungszentren an der östlichen Peripherie. Auch andere dichtbesiedelte Gebiete wie Hamburg und die Provinz Westfalen wählten diesen Weg.[132] Allerdings zielten die Verlegungen der Patienten aus der Rheinprovinz nicht unmittelbar auf deren Tötung ab. Die Gesundheitsbehörden der Rheinprovinz waren in erster Linie daran interessiert, über die von Psychiatriepatienten belegten Gebäudekapazitäten zu verfügen. Um die angespannte Situation in der Krankenhausversorgung Westdeutschlands zu entschärfen, versuchten die Städte, möglichst viele Kranke über die Provinzgren-

[132] Für Hamburg vgl Böhme/Lohalm, Wege; zu Westfalen Walter, Psychiatrie, S. 629–776.

zen hinaus zu verlegen. Dies betraf somatisch Kranke und Psychiatriepatienten prinzipiell in gleicher Weise. Die Zielorte der verlegten Anstaltsinsassen waren hierbei zunächst von nachgeordneter Bedeutung. Noch wenige Tage bevor der erste Transport rheinischer Psychiatriepatienten in die pommersche Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde verschickt wurde, verhandelte der Reichsgesundheitsführer namens der Rheinprovinz mit dem Kommissar für die besetzten Niederlande über die Aufnahme westdeutscher Psychiatriepatienten in holländischen Heil- und Pflegeanstalten.[133] In Bayern und Sachsen dagegen zielten Kostschmälerungen und erhöhte Medikamentengaben direkt auf die Ermordung eines Teils der dort untergebrachten Anstaltsinsassen.

Sachsen

Von den rund 5000 Psychiatriepatienten, die im Lauf des Jahres 1943 aus dem Rheinland evakuiert wurden, gelangte nur ein kleiner Teil (etwa 230 Personen) nach Sachsen. Allerdings wurde eine größere Anzahl von Krankenhauspatienten dorthin verlegt sowie Alte und Sieche, die die Region, in der Erwartung, Luftkriegsopfer aufzunehmen, beherbergt hatte.[134] Daß Sachsen nur wenige Psychiatriepatienten aus dem Rheinland aufnahm, obwohl es damals zu den luftsicheren Regionen zählte und über eine vergleichsweise gut ausgebaute medizinische Infrastruktur verfügte,[135] hängt mit spezifischen Entwicklungen der sächsischen Psychiatrie in den ersten Kriegsjahren zusammen. Bereits in der Vorkriegszeit beeinträchtigten Kapazitätsengpässe die psychiatrische Betreuung in den sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalten.[136] Anders als etwa in Bayern und Hessen, wo die „Aktion T4" zeitweise für eine gewisse Entleerung der Anstalten gesorgt hatte, führte der Krankenmord in Sachsen nicht zu einer nennenswerten Reduktion der Belegdichte in den psychiatrischen Krankenhäusern, denn bis Anfang 1942 entzog die sächsische Landesregierung fast zwei Drittel ihrer Anstaltsbetten dem ursprünglichen Verwendungszweck. Sachsen wandelte damit mehr Psychia-

---

133 Conti versuchte, Seyß-Inquart dazu zu bewegen, die bislang mit Juden belegte Anstalt Appeldorn zu räumen, um darin Psychiatriepatienten aus Westdeutschland aufzunehmen. Dies sei, so betonte Conti, „keine Fürsorge für Minderwertige [...] sondern [...] die zweckmäßigste, ja sogar einzig mögliche Maßnahme [...] um die Krankenhaus-Versorgung der westdeutschen Gaue zu bessern"; Conti, Fernschreiben an Seyß–Inquart, 23. 12. 1942, ZSL, Slg. Verschiedenes/228. Laut Creutz sind diese Verhandlungen am Widerstand des deutschen Statthalters in den Niederlanden gescheitert. Brandt habe diese Frage Hitler vorgetragen, dieser habe entschieden, daß die Evakuierung von rheinischen Geisteskranken in die westlichen Besatzungsgebiete zu unterbleiben habe; Vernehmung Creutz, 29. 11. 1947, S. 2, 7, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca–Do.

134 Bis zum September 1943 evakuierte allein der Gau Düsseldorf rund 2800 Sieche und Kranke nach Mitteldeutschland. Wie hoch der sächsische Anteil war, läßt sich aufgrund fehlender Angaben über die Zielorte der Evakuierungen nicht mehr bestimmen, obwohl ein beträchtlicher Teil davon auf Sachsen entfallen sein dürfte. Gesichert ist lediglich ein Transport mit 400 Essener Kranken vom März 1943 sowie ein Transport mit 60 Kölner Altenheiminsassen.

135 Vgl.Thom, Kriegsopfer, S. 202.

136 Thom, Kriegsopfer, S. 203.

triebetten um als die meisten anderen Flächenstaaten.[137] Gut die Hälfte der geräumten Anstalten diente der Unterbringung von Reservelazaretten. In Sachsen profitierten aber auch diejenigen Bedarfsträger, die keinen Bezug zur Gesundheitsversorgung hatten, überproportional von der Schließung der Heilanstalten, z. B. die Luftwaffe, die aus der bei Dresden gelegenen Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg eine Unteroffiziersvorschule machte, und Himmlers Volksdeutsche Mittelstelle, die in den Heil- und Pflegeanstalten Hubertusburg, Leipzig-Dösen, Sonnenstein und Zschadraß Lager für Umsiedler aus Bessarabien, Wolhynien und Galizien errichtete. Gerade die größeren staatlichen Heil- und Pflegeanstalten, die das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung bildeten, fielen dieser Entwicklung zum Opfer. Sechs der acht belegstärksten Anstalten wurden Ende 1941 mehr als zur Hälfte anderweitig genutzt. Lediglich die Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz sowie die kleine Anstalt Waldheim, in der vornehmlich geistesgestörte Straftäter untergebracht waren, standen weiterhin uneingeschränkt für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung. Etwas besser gestaltete sich die Situation in den kleineren Pflegeheimen der Kreise und gemeinnütziger Träger. Allerdings stand kaum eine dieser Einrichtungen unter ärztlicher Leitung.[138]

Bis zum Frühjahr 1943 herrschte in Sachsen eine relativ große Bereitschaft, auswärtige Patienten aufzunehmen. Auf eine Anfrage des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten Linden, der den Abtransport der Geisteskranken aus der Rheinprovinz vorbereitete, meldete Sachsen im August 1942 450 freie Betten nach Berlin.[139] Die Kooperationsbereitschaft der sächsischen Behörden wurde dadurch begünstigt, daß in den zahlreichen kleineren Anstalten und Kreispflegeheimen Plätze zur Verfügung standen, die zumindest für kleinere Transporttranchen als Raumpuffer dienen konnten, bis Plätze in den größeren Landesanstalten verfügbar waren.[140] Zudem nutzten einige der neuen Bedarfsträger, insbesondere die Volksdeutsche Mittelstelle, ihre Anstaltsplätze nur teilweise.[141]

Anders als im Verlauf der „Aktion T4", wo die Euthanasiezentrale direkt auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen zugreifen konnte, war die mit dem Abtransport der Geisteskranken aus Westdeutschland beauftragte Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten in dieser Phase auf die Mitwirkung der

---

137 Tab. E.11; E.2. Nur Baden, Ostpreußen und Berlin wandelten einen größeren Anteil ihrer psychiatrischen Betten um. Berlin konnte allerdings nach der Umwandlung der städtischen Heil- und Pflegeanstalten auf freie Betten in der Provinz Brandenburg zurückgreifen, die traditionell eng mit dem Berliner Gesundheitswesen vernetzt war.

138 Bericht der T4-Planungskommission über Sachsen, 18. 2. 1943, SächsHStA, MdI/16849, Bl. 48–51.

139 Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten an die Landesregierungen, Oberpräsidenten, Reichsverteidigungskommissare u. a., 5. 8. 1942, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 1 f.; Aufstellung des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, 13. 8. 1942, ebenda, Bl. 12; Fernschreiben des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten an die Oberpräsidenten von Merseburg, Stettin, Breslau, Kattowitz und Kassel, die bayerischen, sächsischen, thüringischen Innenminister sowie die Reichsstatthalter im Sudetengau und den Gauen Oberdonau, Salzburg und Wien, 12. 10. 1942, ebenda, Bl. 15.

140 Allers an Pfotenhauer, 16. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 26.

141 Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, 1. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 28.

regionalen Behörden angewiesen. Das Kommunikationsgebaren zwischen der Reichsarbeitsgemeinschaft und den sächsischen Dienststellen läßt erkennen, daß die Berliner Stellen im Frühjahr 1943 weder über genaue Kenntnisse der aktuellen Bettenkapazitäten verfügten, noch eine Möglichkeit besaßen, Verlegungen gegen den Willen der regionalen Behörden zu erzwingen.[142]

Das zweite Quartal 1943, in dem der durch die Patientenmorde gewonnene Belegungsspielraum bereits wieder aufgebraucht war, ist durch die Suche nach Mitteln gegen die neuerliche Überfüllung der sächsischen Anstalten bestimmt, ohne daß kurzfristige Lösungen erkennbar gewesen wären. Die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums prüfte zunächst Umschichtungen innerhalb ihres Verfügungsbereichs, um die freien Betten der kleineren Anstalten effizienter zu nutzen, und erörterte die Möglichkeit weiterer Belegungsverdichtungen durch die Aufstellung von Krankenbaracken auf dem Anstaltsgelände.[143]

Seit dem Frühsommer 1943 schottete sich Sachsen zunehmend gegen „gaufremde" Kranke jeder Art ab. Waren im April noch 400 Anstaltsbetten für auswärtige Patienten „ohne besondere Schwierigkeiten"[144] kurzfristig verfügbar gewesen, so galten die sächsischen Heil- und Pflegeanstalten im Juni als „bis auf den letzten Platz belegt".[145] Neue Transporte auswärtiger Kranker nach Sachsen, erklärte der Leiter der dortigen Gesundheitsabteilung dem Geschäftsführer der Berliner Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten, seien daher keinesfalls möglich. Für diesen Kurswechsel der sächsischen Regierung waren mehrere Gründe ausschlaggebend. Bei den ersten Meldungen nach Berlin waren die Anstaltsdirektoren offenbar von der Voraussetzung ausgegangen, daß die Kranken nur übergangsweise in Sachsen untergebracht würden und hatten daher bis zur maximalen Aufnahmefähigkeit verfügbare Betten nach Berlin gemeldet.[146] Im Falle dauernder Belegung rechnete die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums nun mit schweren Schäden an den für weitaus geringere Patientenzahlen ausgelegten Installationen und Versorgungseinrichtungen der Heil- und Pflegeanstalten.[147] Eine Verstetigung der Überbelegung stand jedoch zu befürchten, da nicht nur der Rücktransport westdeutscher Patienten in die Heimatorte zunehmend unwahrscheinlicher wurde, sondern im Gegenteil die Transporte aus

---

142 So betonte der in dienstlichen Angelegenheiten sonst eher kurz angebundene Allers in einem Schreiben an das sächsische Innenministerium, in dem er neue Verlegungen in Aussicht stellte, dessen „moralische Verpflichtung", diese Patienten unterzubringen und bat um Mitteilung geeigneter Anstaltsplätze; Allers an Pfotenhauer, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 26.

143 Fernholz, Aktenvermerk, 17. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 34.

144 Ebenda.

145 Fernholz, Fernschreiben an die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten, 19. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 48; daß Sachsen parallel dazu ein Einreiseverbot für pflegebedürftige und gebrechliche Personen verhängte, geht aus dem Schreiben des Kölner Gauleiters Grohé an den Dresdener Gauleiter Mutschmann vom 6. 12. 1943 hervor; SächsHStA, MdI/16850, Bl. 87.

146 Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, über ein Telefonat mit Linden, 17. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 65.

147 Neefe, Entwurf eines Schreibens an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 10. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 61.

der Rheinprovinz weiterhin anhielten[148] und auch andere Regionen Anspruch auf Unterbringungsgelegenheiten in Sachsen erhoben. Berlin evakuierte mehrere hundert Alterskranke in sächsische Reservelazarette, und die Provinz Westfalen stellte im Juni 1943 die Verlegung ihrer gesamten Anstaltspatienten in Aussicht.[149]

Als im Juni neue Transporte ins Haus standen, lehnte der sächsische Gaugesundheitsführer Fernholz auf Anordnung seines Gauleiters die Aufnahme weiterer „außersächsischer Geisteskranker" rundweg ab.[150] Die Versuche der sächsischen Gesundheitsverwaltung, den Verlegungsstopp durchzusetzen, waren indes wenig erfolgreich. Bis zum Herbst 1943 gelang es ihr weder, neue Transporte von Alten und Siechen zu verhindern, noch die Verlegung von Psychiatriepatienten nach Sachsen zu stoppen. Als sie einen für die Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf bestimmten Transport Neußer Psychiatriepatienten aufzuhalten versuchte, erzwang die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten via Brandt eine Anweisung des Generalbevollmächtigten für die Reichsverwaltung an den als Reichsstatthalter dem Reichsinnenministerium dienstrechtlich unterstellten sächsischen Gauleiter, den Transport passieren zu lassen, da „die Plätze in den freizumachenden Anstalten im durch Bombenangriffe heimgesuchten Westen dringendst für die Unterbringung von Kranken und ortsgebundenen kriegswichtigen Industriearbeitern usw. gebraucht"[151] würden. Sollte eine Unterbringung in festen Gebäuden nicht möglich sein, so seien die Geisteskranken notfalls in Barakken unterzubringen, die vom Reich zur Verfügung gestellt würden, allerdings von den Anstalten in Eigenregie errichtet werden müßten.[152]

Der Vorfall ist nicht nur deshalb bemerkenswert, weil er das Ende einer anfänglichen Phase überregionaler Solidarität mit den vom Luftkrieg besonders schwer betroffenen Gebieten Westdeutschlands markiert. Er verdeutlicht, daß die gesundheitspolitische Problemdefinition und die „Lösungsversuche" zunächst aus den Regionen heraus erfolgten, in diesem Fall über das Begriffspaar Evakuierung und Abschottung. Die Reichsarbeitsgemeinschaft für die Heil- und Pflegeanstalten (und nicht der zu diesem Zweck berufene Reichsbeauftragte für Heil- und Pflegeanstalten) agierte dabei als überregionale Clearingstelle für die oft gegenläufigen Interessen von Evakuierungs- und potentiellen Aufnahmegebieten, wobei ihr Durchsetzungsvermögen gegenüber den Regionen wechselhaft blieb. Gerade der beschriebene Konflikt läßt die vergleichsweise schwache Stellung der Reichs-

---

148 Offenbar war Sachsen für seine Bereitschaft, somatisch Kranke aufzunehmen, zugesichert worden, daß keine weiteren Geisteskranken dorthin verbracht würden; Allers an Pfotenhauer, 16. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 26.

149 Thom, Kriegsopfer, S. 215.

150 Fernholz, Fernschreiben an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 19. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 40.

151 Stuckart an Mutschmann, 25. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 57; Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, 23. 6. 1943, ebenda, Bl. 54; Plange, Telegramm an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 16. 7. 1943, ebenda, Bl. 64, sowie die telegraphische Antwort Allers an Plange vom gleichen Tag, ebenda, o.P.

152 Linden an das Sächsische Staatsministerium des Innern, 7. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 59. Linden wies den Sächsischen Heil- und Pflegeanstalten insgesamt 15 Barakken zu, in denen bis zu 900 Geisteskranke untergebracht werden konnten.

arbeitsgemeinschaft deutlich hervortreten. Die Befehlsgewalt der Berliner Euthanasiezentrale wurde nur dort anerkannt, wo sie gegen die Psychiatriepatienten wirksam wurde und die Regionen von den vermeintlichen „Ballastexistenzen" befreite, stieß aber schnell an Grenzen, sobald sie Eigeninteressen der Regionen tangierte. Erst der Rückgriff auf Hitlers Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, der sich im Juni 1943 erstmals in Konflikte um Patientenverlegungen einschaltete, verschaffte der Reichsarbeitsgemeinschaft genügend Autorität, um die Transporte durchzuführen.[153] Seitdem sie die Aufnahme von Geisteskranken auch gegen den Willen der sächsischen Behörden erzwang, verschlechterte sich das vordem kooperative Verhältnis zwischen der Reichsarbeitsgemeinschaft und den sächsischen Gesundheitsbehörden spürbar.[154] Bis zum Herbst kam es mehrfach zu Konflikten mit sächsischen Dienststellen, in die sich Hitlers Generalkommissar Brandt als weisungsgebende Stelle auf seiten der Zentralinstanzen einschaltete. Wo die Mitarbeiter der Berliner Reichsarbeitsgemeinschaft vordem um die Bereitstellung von Anstaltsplätzen baten, ordneten sie deren Zurverfügungstellung nunmehr unter Berufung auf eine entsprechende Weisung Brandts an. Ein eindeutiger Sieger im Machtkampf zwischen Region und Zentralbehörde ist jedoch nicht erkennbar. Zwar wurden mehrere Transporte an der sächsischen Grenze zurückgewiesen, doch deutet eine Anordnung des Dresdener Gauleiters, nach der „außersächsische Geisteskranke unter keinen Umständen nach Sachsen verlegt werden dürfen"[155] und er die Referenten persönlich für die strikte Einhaltung dieser Anweisung verantwortlich macht, darauf hin, daß solche Transporte im Sommer 1943 weiterhin stattfanden.[156] Auch die – allerdings nur bruchstückhaften – Zahlenangaben über Verlegungen nach Sachsen stützen diesen Befund. Die Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, die als Sammelanstalt für Transporte aus Sachsen und anderen Regionen diente, nahm im Laufe des Jahres 1943 mehr als 900 zusätzliche Kranke auf.[157] Ähnliche Belegungsverdichtungen betra-

---

153 Seit Juni 1943 fungierte Brandt in den Schreiben der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten als anordnende Instanz der Verlegungen; Siebert an die Heil- und Pflegeanstalt Dösen, 29. 6. 1943; Siebert an die Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf, 13. 7. 1943; SächsHStA, MdI/16850, Bl. 63; zur Rolle Brandts vgl. auch den Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege vom 17. 7. 1943, ebenda, Bl. 65.

154 Z.B. manipulierten die sächsischen Gesundheitsbehörden die Anzahl der freien Anstaltsbetten, indem sie anstelle der üblichen kriegsmäßigen Belegungsdichte die günstigeren Vorkriegswerte als Berechnungsgrundlage heranzogen; undatierte Abschrift eines Schreibens des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, an die Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen, [1943], StAL, Heil- und Pflegeanstalt Dösen/214, Bl. 6.

155 Fernholz, Aktenvermerk über einen Vortrag beim Reichsstatthalter am 29. 10. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 81.

156 So wurden im Sommer 1943 rund 400 Berliner Alterskranke provisorisch in sächsischen Wehrmachtslazaretten untergebracht, die Militärverwaltung drängte jedoch nach einer Übergangszeit auf die Überführung dieser Kranken in zivile Einrichtungen; Standortarzt Dresden an die Gauamtsleitung der NSV Sachsen, 2. 11. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 85; Fernholz an die Gauamtsleitung der sächsischen NSV, 4. 11. 1943, ebenda, Bl. 86.

157 Vgl. Tab. E.9. In dieser Zahl sind die im Laufe des Jahres wieder aus Großschweidnitz verlegten Patienten berücksichtigt. Da die Aufnahmebücher sächsischer Anstalten unvollständig überliefert sind, läßt sich nicht exakt klären, woher die 1943 nach Großschweidnitz verlegten Patienten stammten. Von den knapp 1800 mit Sammeltransporten

fen sowohl die zahlreichen kleinen Anstalten, die nicht zuletzt auch durch den Verlegungsdruck auswärtiger Patienten, zwischen November 1941 und August 1943 mehr als 900 Betten an Siechenheime, Hilfskrankenhäuser und Reservelazarette abgeben mußten und damit den Grad ihrer Fremdnutzung beinahe verdoppelten,[158] aber auch die großen Landesanstalten. So mußte die nahe bei Leipzig gelegene Anstalt Dösen im September/Oktober 1943 kurzfristig fünf Anstaltsgebäude mit zusammen rund 550 Betten für städtische Krankenhäuser räumen und im Dezember noch einmal weitere 260 Betten.[159]

Zieht man im Sommer 1943 eine Zwischenbilanz der psychiatrischen Versorgung in Sachsen, wird deutlich, daß sich die Lebensumstände der Psychiatriepatienten in den sächsischen Landesanstalten durch das Zusammenwirken überregionaler und regional motivierter Ansprüche an den Anstaltsraum in beinahe allen Bereichen dramatisch verschlechtert hatten. Der wachsenden Menge der Psychiatriepatienten stand eine stetig abnehmende Zahl von Ärzten und Krankenpflegern gegenüber, so daß auch diejenigen Fälle, die im zeitgenössischen Verständnis als therapierbar galten (in erster Linie Neuaufnahmen) kaum mehr behandelt wurden.[160] Der therapeutische Funktionsverlust der Heil- und Pflegeanstalten traf vor allen Dingen die Neuerkrankten. Für die Lebenschancen der meisten Psychiatriepatienten war allerdings weniger die Funktionsentleerung der psychiatrischen Krankenhäuser bestimmend, als die zunehmende Schmälerung des Lebensraumes, der ihnen zugestanden wurde. Raum ist hier in einem durchaus wörtlichen Sinn zu verstehen. Verlegungen aus anderen Regionen beschnitten ihn unmittelbar, indem sie die ohnehin nicht sehr zahlreichen Plätze in sächsischen Landesanstalten verringerten, mehr aber noch mittelbar dadurch, daß sie die „Entmischung" der kleineren, bislang von Psychiatriepatienten, Alten und Alterskranken gemeinsam genutzten Fürsorgeeinrichtungen, die das sächsische Innenministerium seit dem Abbruch der „Aktion T4" forciert hatte, weiter vorantrieben.[161] Die Ansprüche gaufremder Bedarfsträger wurden seit dem Frühjahr 1943

---

dorthin verlegten Psychiatriepatienten kamen rund 1200 aus Sachsen. Sicher ist lediglich, daß die restlichen Patienten zu einem geringen Teil aus der Rheinprovinz kamen, kaum aus Westfalen und ebenfalls nicht aus Hamburg. Auch für eine Herkunft aus Berlin, von wo im Laufe des Jahres 1943 eine größere Anzahl von Psychiatriepatienten verlegt wurde, finden sich keine Indizien. Denkbar ist allerdings, daß ein Teil der Berliner Kranken über brandenburgische Zwischenanstalten nach Sachsen transportiert wurde; Tab. E.8; Krumpold, Auswirkungen, Tab. 12; Böhme/Lohalm, Wege, S. 492f.; Beddies/Dörries, Patienten, S. 142.

158 Tab. E.2.

159 Aufstellung über die von der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen zur Verfügung gestellten Betten, StAL, Heil- und Pflegeanstalt Dösen/30, Bl. 219.

160 Für eine größere Anstalt wie Leipzig-Dösen bedeutete dies, daß sie 1942 zwar noch über 40 Prozent ihrer Patienten, aber nur mehr über ein Viertel ihrer früheren Ärzte verfügte; Fragebogen der Heil- und Pflegeanstalt Dösen zur Arbeitskräftebilanz, StAL, Heil- und Pflegeanstalt Dösen/104.

161 Der Effekt, daß Verlegungen von außerhalb weitere gauinterne Verlegungsketten nach sich zogen, läßt sich auch in anderen Regionen beobachten. So forderte die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten die Mecklenburgische Gesundheitsverwaltung auf, innerhalb des Landes Kranke so zu verlegen, daß die in mehreren Anstalten

zunehmend von Raumanforderungen regionaler Stellen überlagert, insbesondere von Städten, die wie Leipzig auf die Verlagerung eines Teils ihrer luftkriegsgefährdeten oder luftkriegszerstörten Krankenhäuser, Alten- und Siechenheime aus den urbanen Ballungsräumen drängten. All dies hatte weitere Transporte in die ohnehin schon überfüllten Landesanstalten zur Folge, denen keine entsprechenden Kapazitätsausweitungen gegenüberstanden. Im Gegenteil: Innerhalb der Heil- und Pflegeanstalten rivalisierte die wachsende Gruppe der evakuierten Krankenhauspatienten, Alterssiechen und chronisch Kranken mit den Geisteskranken um die verbliebenen Unterbringungsmöglichkeiten und die in den psychiatrischen Rumpfabteilungen zusammengedrängten Patienten konkurrierten untereinander um ein abnehmendes Quantum an Nahrung, Wäsche und Pflegepersonal. Um in den Anstalten weiteren Raum für somatisch Kranke zu gewinnen, insistierte der Reichsbeauftragte Linden darauf, daß deren Belegung „mit allen Mitteln gesteigert"[162] werde. Er empfahl, Psychiatriepatienten, wo immer dies möglich war, in Doppelstockbetten unterzubringen, da es „zu den vordringlichsten Aufgaben" der Anstalten gehöre, „alles zu tun, um die Not der vorübergehend erkrankten, aber sonst leistungsfähigen Bevölkerung zu lindern, insbesondere die vorhandenen Betten zur vorübergehenden Belegung mit Verletzten oder körperlich Kranken zur Verfügung zu halten". Dieser Erlaß, der die psychiatrischen Krankenhäuser zu bloßen Bewahranstalten degradierte, markiert einen grundlegenden Funktionswandel der deutschen Anstaltspsychiatrie: Die Heil- und Pflegeanstalten hatten sich von einer Hilfseinrichtung für psychisch Kranke zur Verfügungsreserve für somatische Patienten gewandelt. Extrem hohe Sterblichkeitsraten unter den Psychiatriepatienten, die sich nicht nur in Sachsen, sondern in beinahe allen Regionen des Deutschen Reiches finden lassen, waren die Folge dieser Entwicklung.[163]

In der Gemengelage von örtlichen Versorgungsproblemen, dem Druck auswärtiger Verlegungen und der Erwartung weiterer Transporte, entstand in Sachsen ein Klima, das durch zunehmende Schwierigkeiten bei der Versorgung der Kranken, wachsende Überforderung des Anstaltspersonals und den Zwang zu immer kurzfristigeren Lösungen in der Unterbringungsfrage gekennzeichnet war.[164] Dieses Klima bildet den Rahmen für das Wiederaufleben der Patientenmorde im Sommer/Herbst 1943. Im August 1943 ermächtigte die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums den Großschweidnitzer Direktor Alfred Schulz und den leitenden Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim, Gerhard Wischer, Patienten nach eigenem Ermessen durch die Gabe hochdosierter Sedativa zu er-

---

nachgewiesenen freien Plätze in einer Anstalt zusammengefaßt und mit auswärtigen Kranken belegt werden konnten; Allers an Marung, 25. 6. 1943, MeckLHA, MfU/10063.

162 Linden, Rundschreiben an die Landesregierungen u.a., 14. 3. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/1076.

163 Faulstich, Hungersterben, S. 583 f.

164 Thom, Kriegsopfer, S. 215, akzentuiert demgegenüber als Beweggrund für Wiederingangsetzung der Erwachseneneuthanasie Überfüllungsprobleme, die durch den Transport von bis zu 23 000 westfälischen Geisteskranken nach Sachsen im Sommer 1943 ausgelöst worden seien. Empirisch ist diese These nicht zu stützen, da, entgegen den Planungen, keiner der Transporte tatsächlich nach Sachsen abging; vgl. Tab. E.8.

morden.[165] Bereits wenige Wochen später begannen in den Sächsischen Landesanstalten Tötungen durch hohe Dosierungen der Schlafmittel Veronal, Luminal und Morphium-Scopolamin.[166] Im September berichtete Wischer erstmals über den Beginn der Medikamententötungen nach Berlin.[167] Noch deutlicher wurde er einige Wochen darauf: Seine Anstalt müsse einen Großteil der Neuaufnahmen aus der Gegend zwischen Leipzig, Chemnitz und Meißen aufnehmen. Er könne diese Aufnahmen niemals unterbringen, wenn er „nicht entsprechende Maßnahmen zur Freimachung von Plätzen durchführen würde, was ganz reibungslos geht".[168] Großschweidnitz und Zschadraß folgten ihm darin spätestens im Januar 1944.[169] In Großschweidnitz starben auf diese Weise zwischen Mitte 1943 und September 1944 etwa 2400 Patienten durch gezielte Euthanasiemaßnahmen. Rund 80 Prozent davon (1943) waren im Zuge überregionaler Evakuierungsmaßnahmen dorthin verlegt worden.[170]

Ähnlich wie im Rheinland zeigt das sächsische Beispiel, daß die zweite Welle der Krankenmorde in enger Beziehung zur katastrophenmedizinischen Bewältigung des Luftkriegs und der durch ihn verursachten Schädigung der medizinischen Infrastruktur stand. Es ist bezeichnend für die gewandelte Zielsetzung der zweiten Phase, daß die Tötungen vielfach eine direkte Reaktion auf Transportwellen waren, die unmittelbar durch Kriegsfolgen ausgelöst wurden.[171] Anders als bei der „Aktion T4", die den beteiligten Anstaltsärzten nur wenig Handlungsspielraum gelassen hatte, erteilte das sächsische Innenministerium diesmal lediglich eine Tötungsermächtigung,[172] mit der die Verantwortung für die Anzahl und Art

---

165 Anklageschrift gegen Hermann Paul Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 12.

166 Die Dosierung der Medikamente variierte in den einzelnen Anstalten. Üblich war die einmalige Gabe von 0,1–0,2 Gramm Luminal in der Abendkost zur Sedierung von unruhigen Patienten. In Großschweidnitz wurden mehrere Tage hintereinander Tagesdosen von 0,9 Gramm Luminal (etwa das Dreifache der zulässigen Höchstdosis), bzw. einem Gramm Veronal, vermischt mit dem Schlafmittel Paraldehyd, verabreicht, bis der Tod der Patienten absehbar war; Vernehmung der Krankenschwester Hildegard A., 21. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 247.

167 Wischer an Nitsche, 13. 9. 1943, BAB, R 96-I/18.

168 Wischer an Nitsche, 4. 11. 1943, BAB, R 96-I/18.

169 Vernehmung der Oberschwester Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 380; Bericht der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß an das Amtsgericht Grimma, 2. 11. 1946; Aussage der Apothekenschwester Gertrud G., 1. 11. 1946, beide StAL, Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß/1045. Dagegen bestritt der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf, Ernst Leonhardt, trotz dringenden Tatverdachts seine Beteiligung an der Patiententötung durch Medikamente; Vernehmung Leonhardt, 15. 4. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 81.

170 Krumpolt, Auswirkungen, S. 98.

171 In diesem Sinne z.B. Wischer an Nitsche, 29. 12. 1943, BAB, R 96-I/18: „Die Arbeit in der Anstalt ist reichlich, sehr viele Zugänge, vor allem nach dem Terrorangriff auf Leipzig [...] desgleichen viele Abgänge, die ganz reibungslos sich erledigen."

172 Daß die Mitwirkung an den Patiententötungen der zweiten Euthanasiephase freiwillig war, wurde von mehreren beteiligten Ärzten betont, z.B. in der Vernehmung der Großschweidnitzer Anstaltsärztin Elfriede Ochsenfahrt vom 13. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 177; ebenso in der Vernehmung Ger-

der zur Tötung selektierten Kranken in die Hand der behandelnden Ärzte gegeben wurde. Auch nach Rückfrage blieben die Vorgaben des sächsischen Gaugesundheitsführers in punkto Selektionskriterien ausgesprochen vage. In Frage kämen in erster Linie „ganz schwere Endzustände von Geisteskranken".[173] Diese machten jedoch nur einen geringen Teil der Anstaltsbevölkerung aus, weitaus weniger, als während der zweiten Euthanasiephase ums Leben kamen. De facto wurden vor allem therapieresistente und besonders pflegeintensive Kranke zur Tötung ausgewählt, also diejenigen Patientengruppen, die bereits überproportional in der Gruppe der T4-Opfer vertreten waren und die nach dem Abbruch der Aktion bevorzugt in andere Anstalten verlegt wurden.[174] Am Zweck der Tötungen ließ das sächsische Innenministerium dagegen keinen Zweifel: Es „war nur die Aufgabe gestellt", so einer der 1947 in Dresden angeklagten Psychiater, „daß es unbedingt erforderlich ist, die Räume von Unheilbaren zu befreien".[175]

Auch wenn der wachsende Raumbedarf ziviler und militärischer Stellen zweifellos eine zentrale Rahmenbedingung für den Wiederbeginn der „Euthanasie" in Sachsen darstellt, läßt sich dieser nicht allein aus den Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Bombenkriegs erklären. Die Überfüllung der sächsischen Heil- und Pflegeanstalten war das Ergebnis großzügiger Abtretungen an externe Bedarfsträger, so daß die Luftkriegsfolgen das Problem fehlender Kapazitätspuffer zwar verschärften, es aber nicht verursachten. Zudem stellen die Tötungsermächtigungen vom Sommer 1943 in Sachsen – ähnlich wie in Bayern – keine gleichermaßen scharfe Zäsur dar wie bei der Wiederaufnahme der Tötungen in Hadamar, der die Patienten aus der Rheinprovinz zum Opfer fielen. Der Übergang von der systematischen Schmälerung der Lebensgrundlagen von Psychiatriepatienten zu einer Politik, die die gezielte Ermordung der Anstaltsinsassen als Mittel gesundheitspolitischen Handelns einkalkulierte, verlief in Sachsen und in Bayern fließend. Betrachtet man die jährliche Sterblichkeit in der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, die als Zentrum der sächsischen Restpsychiatrie Anfang 1942 über ein Viertel der sächsischen Anstaltsbetten verfügte, fällt ins Auge, daß die Sterblichkeit ihren stärksten Anstieg bereits in den Jahren 1941/1942 hatte.[176] Diese

---

hard Wischers vom 12. 6. 1950, BAB, EVZ I/27, A. 8, Bl. 17. Wischer hob hervor, daß es sich bei dieser Anordnung „wirklich um eine Ermächtigung", die den beteiligten Medizinern Handlungsspielräume einräumte, gehandelt habe „während uns Anstaltsärzten die Ausführung der Anordnung des Reichsverteidigungskommissars bezüglich der Krankentransporte [der „Aktion T4", W.S.] als ein ganz klarer Befehl mitgeteilt wurde".

173 Vernehmung Wischer, 12. 6. 1950, BAB, EVZ I/27, A. 8, Bl. 17.

174 Vernehmung der Krankenschwester Hildegard A., 21. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 247; Vernehmung Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 380.

175 Vernehmung Artur Mittag, auszugsweise Abschrift und Übersetzung aus dem russischen Protokoll [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 9 (Zitat); Vernehmung der Oberschwester Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 380.

176 Faulstich, Hungersterben, S. 584. Auch in den Anstalten Arnsdorf und Untergöltzsch nahm die Sterblichkeit in diesem Zeitraum signifikant zu, so daß der Planungsbericht des T4-Psychiaters Müller vom 10. 9. 1942 für die sächsischen Anstalten insgesamt eine „besonders hohe Mortalität" feststellte; BAB, R 96-I/16.

Verdoppelung der Sterblichkeit (von knapp 20 auf mehr als 40 Prozent) war zum Teil eine direkte Folge der Mangelernährung, die in sächsischen Anstalten eine bis in die Vorkriegszeit zurückreichende Tradition hatte. Die sächsische Landesregierung, die in diesen Fragen durch zwei ausgesprochene Euthanasiebefürworter, den Gauleiter Mutschmann und den Innenminister Fritsch beeinflußt wurde,[177] hatte die Kostsätze der Heil- und Pflegeanstalten bereits vor 1939 mehrfach reduziert und damit die Lebenschancen der Psychiatriepatienten früher und radikaler als in anderen Regionen des Deutschen Reiches durch die Art und den Umfang der ihnen zugeteilten Nahrung hierarchisiert. Im Frühjahr 1938 führten die Landesanstalten nach dem Vorbild der von Hermann Nitsche, dem späteren Obergutachter der „Aktion T4" geleiteten Heil- und Pflegeanstalt Pirna/Sonnenstein, für einen Teil der nicht mehr arbeitsfähigen Patienten eine fleisch- und nährstoffarme Breikost ein, die überwiegend aus zerkochten Kartoffeln und Gemüse bestand. Bis 1940 stieg der Anteil der durch diese „Sonderkost" ernährten Kranken auf 50 Prozent.[178] Läßt sich die Reduktion der Kostsätze noch aus dem Kontext allgemeiner Sparmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie erklären, so legen weitere Kostschmälerungen, die das sächsische Innenministerium bei Kriegsbeginn in Kraft setzte, und die weit über die allgemein üblichen Beschränkungen hinausgingen, die kaum verhohlene Absicht nahe, die Nahrungsgrundlagen der Psychiatriepatienten zugunsten anderer Personengruppen erheblich zu beschneiden. Insbesondere hochwertige Nahrungsmittel wie Butter, Obstkonserven, Milch und Teigwaren, durften sächsischen Anstaltspatienten fortan nicht mehr verabreicht werden.[179] Von dort war es nur ein kleiner Schritt zur Großschweidnitzer „Vitaminkost"[180], die spätestens seit 1943 mit dem erklärten Ziel der Tötung verabreicht wurde.

Im Rheinland dagegen unterschritten die Nahrungsgrundlagen der Anstaltsinsassen trotz kriegsbedingter Schmälerungen das existenzsichernde Niveau nicht.[181] Insbesondere fehlen dort Hinweise auf eine regional initiierte Diskrimi-

---

177 Im September bzw. im November 1939 waren Mutschmann bzw. Fritsch an den Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf herangetreten, um ihn zur Tötung seiner Anstaltsinsassen zu bewegen, dieser lehnte jedoch eine Mitwirkung ab; Vernehmung Wilhelm Sagel, 3. 5. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 95; die treibende Rolle Mutschmanns bei der Reinitialisierung der zweiten Euthanasiephase läßt sich aus einer Vernehmung von Dietrich Allers am 3. 4. 1963, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A, erschließen. Allers gab an, von Nitsche erfahren zu haben, daß in Sachsen auf Weisung Mutschmanns erneut Krankentötungen eingesetzt hätten.

178 Thom, Kriegsopfer, S. 209.

179 Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, 13. 4. 1938, SächsHStA, MdI/16830; Rundschreiben Pfotenhauers an die Direktoren der Landesanstalten, 22. 9. 1939, ebenda. Im Gefolge beider Verordnungen verfügte das sächsische Innenministerium mehrmalige Pflegesatzsenkungen, so daß die Verpflegungsaufwendungen zwischen 1938 und 1940 nahezu halbiert wurden; zur Ernährungssituation in den sächsischen Heil- und Pflegeanstalten vgl. Krumpolt, Auswirkungen, S. 67, 71.

180 Heinze an Nitsche, 20. 1. 1944, BAB, R 96-I/18. Der medizinische Chefgutachter der Kindereuthanasie wandte sich in seinem Schreiben gegen den „Wahnsinn", der in Großschweidnitz ohne Rückbindung an den Euthanasiekomplex praktizierten Hungereuthanasie und plädierte entschieden für eine Rezentralisierung der Tötungskompetenz.

181 Kaminsky, Zwangssterilisationen, S. 500–504; Faulstich, Hungersterben, S. 583.

nierung der Psychiatriepatienten bei der Nahrungszuteilung.[182] Auch die Sterblichkeit der dortigen Anstalten erreichte nicht die erschreckende Dimension der sächsischen Anstalten. In der Anstalt Grafenberg, um ein Beispiel zu nennen, erreichte sie 1944 ihren Höchststand mit knapp 21 Prozent, während sie in den meisten Anstalten der nördlichen Rheinprovinz zwischen acht und 18 Prozent pendelte. Insbesondere in den Anstalten der Inneren Mission stieg die Sterblichkeit im Vergleich zu den Vorkriegsjahren nur mäßig an.[183] Vergleicht man die Lebensbedingungen der sächsischen Psychiatriepatienten mit denen der im Rheinland verbliebenen, wird deutlich, daß hinsichtlich der Behandlung der Geisteskranken große Handlungsspielräume der regionalen Gesundheitsverwaltung bestanden, die in der Rheinprovinz eher zu Gunsten der Psychiatriepatienten und in Sachsen entschieden zu deren Lasten genutzt wurden.

Dies zeigt sich am deutlichsten bei dem zweiten Grund für die erhöhte Sterblichkeit in den sächsischen Anstalten: einer bis in die ersten Kriegstage zurückreichenden Praxis überdosierter Medikamentengaben. Bereits im August 1939, als das Ausmaß der Krankenmorde auch für die späteren Tatbeteiligten noch nicht abzusehen war, rief der damalige sächsische Landespsychiater und spätere Chefgutachter der „Aktion T4" die Anstaltsdirektoren zu einer Konferenz im Innenministerium zusammen und wies sie an, pflegeaufwendige Patienten mit erhöhten Medikamentengaben ruhigzustellen, um auf diese Weise Personal und Nahrungsmittel einzusparen. Die Aussagen mehrerer Teilnehmer dieser Konferenz belegen deutlich, daß Nitsche von dieser Maßnahme eine starke Erhöhung der Sterbeziffern erwartete und dies billigend in Kauf nahm. Man sei sich darüber „im Klaren"[184] gewesen, „dass man dadurch eine starke Erhöhung der Sterbeziffern herbeiführen würde, besonders, da die Lebensmittelzuteilung für Geisteskranke gekürzt wurde". Diese Praxis erlebte nach dem Abbruch der „Aktion T4" einen neuen Aufschwung. Auf die Vorhaltungen von Anstaltsdirektoren, die sich über die unhaltbar gewordenen Zustände in den Landesanstalten beklagten, reagierte die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums mit der Empfeh-

---

182 Im Dezember 1942 bilanzierte der Leiter der Anstalt Hephata den Stand der Nahrungsmittelversorgung mit den Worten „Dankbar sind wir, daß die behördlichen Stellen den Schwachen und Kranken die gleichen Lebensmittelrationen zuweisen wie den Gesunden draußen. Damit ist auch die Ernährungsfrage für unsere Anstaltsgemeinde immer noch befriedigend gelöst." Bericht für die Verwaltungsratssitzung am 9. 12. 1942, zit. nach Kaminsky, Zwangssterilisationen, S. 503.

183 Faulstich, Hungersterben, S. 583.

184 Vernehmung Alfred Schulz (Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz), Auszug und Übersetzung aus dem russischen Protokoll [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 5. Daß es dabei um mehr als nur die Inkaufnahme steigender Sterblichkeitsziffern ging, klingt verklausuliert in der Vernehmung an. Auf der Sitzung sei die „Frage der Sterbefälle bei chronisch Psychischkranken [...] im Hinblick auf das Euthanasieproblem erörtert" worden. Nitsche empfahl, die Patienten zu sedieren. Obgleich er auf die damit verbundenen Gesundheitsrisiken hingewiesen habe, habe der damalige Leiter der sächsischen Gesundheitsabteilung, Haunstein, „geraten, größere Dosen zu geben"; Vernehmung Nitsches, Auszug und Übersetzung aus dem russischen Protokoll [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 7; vgl. auch die Vernehmung Wischers, 12. 6. 1950, BAB, EVZ-I/27, A. 8, Bl. 16.

lung, „in erhöhtem Umfange Beruhigungsmittel zu verabreichen".[185] Zuvor schon hatten einzelne Ärzte Patienten überdosierte Sedativa mit direkter Tötungsabsicht verabreicht.[186]

Alles in allem läßt der Wiederbeginn der Erwachsenen-„Euthanasie" in Sachsen einen hohen Anteil regionaler Kontinuitäten und regionaler Initiativen erkennen. Die sächsische Entwicklung verweist auf ein Bündel regionaler Spezifika, die allesamt fördernd auf den Wiederbeginn der „Euthanasie" gewirkt haben und die erklären können, warum sie in Sachsen früher begann als in anderen Regionen, deren medizinische Versorgungssituation vergleichbar war. Die Hierarchisierung der Psychiatriepatienten und die damit verbundene selektive Zuteilung von Lebenschancen als Teil der anstaltspsychiatrischen Praxis waren in Sachsen stärker ausgeprägt als in anderen Regionen. Ebenso müssen das Ausmaß der systematischen Unterernährung und die Praxis, Anstaltsinsassen durch hochdosierte Medikamentengabe zu sedieren, als sächsische Spezifika gelten. Typologisch ist die Behandlung sächsischer Anstaltspatienten, die in der Zwischenphase zwischen erster und zweiter Euthanasiewelle von der Schmälerung der Lebensgrundlagen bis hin zur direkten Tötung reichte, als landesspezifischer Stil im Umgang mit den psychisch Kranken vom individualisierten Töten zu trennen, das „einzelne positiv eingestellte aktive Psychiater in ihren Anstalten in völlig unauffälliger Form ausgiebig schon vor der Aktion [T4]"[187] praktiziert hatten.

3. Versuche zur Rezentralisierung der „Euthanasie" und die Ausweitung der Tötungen im Sommer/Herbst 1944

Der „Euthanasiestopp" hatte zwar die Dimensionen der Tötungen deutlich reduziert, jedoch den Mord an den Psychiatriepatienten nicht beendet. Die gegen arbeitsunfähige Konzentrationslagerhäftlinge gerichtete „Aktion 14f13" lief nach dem Abbruch der „Aktion T4" ebenso ununterbrochen weiter wie der Mord an minderjährigen Psychiatriepatienten. In mehr als 20 sogenannten „Kinderfachabteilungen", die der Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden in ausgewählten Anstalten eingerichtet hatte, kamen bis Kriegsende wenigstens 5000 geistig behinderte Kinder und Jugendliche durch überdosierte Schlafmittelgaben ums Leben.[188] Auf die gleiche Weise setzten einige Anstaltsärzte auch den Mord an erwachsenen Psychiatriepatienten fort. In Sachsenberg, einer mit 600

---

185 Anklageschrift gegen Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 13.

186 Der Arzt der Großschweidnitzer Frauenabteilung, Robert Herzer, verabreichte seit 1941 überdosierte Schlafmittel; Anklageschrift gegen Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 19, ebenso der auf der Männerstation tätige Günter Langer; auszugsweise Abschrift und Übersetzung aus dem russischen Protokoll der Vernehmung [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 10.

187 Müller, Bericht über die Planung Baden, Juli 1942, 15. 9. 1942, S. 3, BAB, R 96-I/16.

188 Zur Kindereuthanasie vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 182–189.

Betten eher kleinen Anstalt in der Nähe von Schwerin, die schon beinahe die Hälfte ihrer Kranken durch die „Aktion T4“ verloren hatte, ermordete der Stationsarzt Alfred Leu seit dem Frühjahr 1941 rund 500 weitere Patienten mit Hilfe hoher Dosen der Schlafmittel Luminal und Veronal.[189] Auch wenn die Tötungen hier auf den Widerstand der übrigen Anstaltsärzte stießen, so sind die Vorgänge in Sachsenberg kein Einzelfall geblieben.[190] Aus anderen Regionen ist bekannt, daß Anstaltsdezernenten und Leiter der zuständigen Gesundheitsabteilungen die ihnen unterstellen Ärzte nach dem Abbruch der „Aktion T4“ nachdrücklich zur Fortsetzung der Mordaktion innerhalb der Anstaltsmauern ermunterten.[191]

Der genaue Anteil der T4-Zentraldienststelle an den dezentralen Tötungen von erwachsenen Psychiatriepatienten läßt sich nur schwierig fassen. Der Modus des individualisierten Tötens durch Schlafmittelinjektionen innerhalb der Heil- und Pflegeanstalten war bereits in der Planungsphase der Erwachseneneuthanasie diskutiert worden, wurde aber seinerzeit verworfen, da die Organisatoren der Krankenmorde ihn angesichts einer geschätzten Opferzahl von etwa 100000 Psychiatriepatienten für zu wenig effizient erachteten.[192] Nach dem Abbruch der „Aktion T4“ stärkte der Euthanasiekomplex, dort wo er von Tötungen erfuhr, die Anstaltsärzte in eigener Initiative verübten, diesen Medizinern den Rücken und versuchte gleichzeitig, sie stärker an Vorgaben aus Berlin zu binden. Die gegen die Anstaltsmorde in Sachsenberg protestierenden Ärzte Medow und Bornebusch wurden in die Reichshauptstadt zitiert, wo sie der Organisator der Kindereuthanasie, Hans Hefelmann, unter Androhung schwerster Folgen zum Stillschweigen verpflichtete.[193] Leu, so führte Hefelmann aus, habe zwar eigenmächtig, ansonsten jedoch durchaus im Sinne der Berliner Dienststellen gehandelt. Er „sei der Mann ihres Vertrauens“[194], allerdings solle er künftig nicht mehr „von sich alleine aus, sondern nur auf Anordnung der Berliner Dienststellen handeln“.

Insgesamt gesehen bestimmten indes weder lokale Täter noch zentrale Instanzen das Geschehen der zweiten Euthanasiephase, sondern regionale Akteure. Im Falle Bayerns und Sachsens wurde die Wiederaufnahme der Erwachsenentötun-

---

189 Urteil des Schwurgerichts Schwerin gegen Hans-Heinrich Braunroth u.a., 16. 8. 1946, ZSL, 449 AR 424/92; Aussage Dr. Frankenberg, 17. 11. 1951, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F.

190 Zur internen Auseinandersetzung um die Sachsenberger Anstaltsmorde vgl. die Vernehmung Braunroths durch das Landgericht Schwerin, 2. 11. 1951, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Bra-Bz, und die Vernehmung Walter Medows, 5. 11. 1951, S. 1, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ma-Me.

191 Nach der Einstellung der Tötungen in Grafeneck habe der Leiter der Medizinalabteilung im Württembergischen Innenministerium den Anstaltsleitern erklärt, „sie möchten auf eigene Faust weitere Tötungen durchführen. Er sei bereit und in der Lage, ihnen jede Menge eines geeigneten Injektionspräparates zu liefern“; Vernehmung Otto Mauthe, 15. 11. 1961, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ma-Me; weitere Belege für Thüringen bei Schmuhl, Rassenhygiene, S. 230. Daß dieser Aufforderung zumindest in der württembergischen Anstalt Zwiefalten Folge geleistet wurde, zeigt Faulstich, Hungersterben, S. 356f.

192 Vernehmung Richard von Hegener, 30. 3. 1949, S. 46, BAB, EVZ I/1, A. 2.

193 Urteil des Schwurgerichts Schwerin gegen Braunroth u.a., 16. 8. 1946, S. 28, ZSL, 449 AR 424/92.

194 Vernehmung Medow, 5. 11. 1951, S. 1, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ma-Me.

gen durch die Gesundheitsabteilungen der jeweiligen Landesregierungen eingeleitet, zumindest in Sachsen hat die Gauleitung dies nach Kräften gefördert. In der Provinz Hessen-Nassau ging die Initiative von einem engen Vertrauten des Gauleiters Jakob Sprenger aus.[195] Der Anstaltsdezernent Fritz Bernotat veranlaßte unmittelbar nachdem die Anstalt im August 1942 von der Berliner Euthanasiezentrale in die Verfügung des Wiesbadener Bezirksverbandes zurückgegeben wurde, die Ermordung dorthin verlegter Patienten aus der Rheinprovinz.[196] Ein ähnliches Verlaufsmuster ist auch für die Einrichtung der Vernichtungsanstalt Meseritz-Obrawalde wahrscheinlich, die neben Großschweidnitz und Hadamar den dritten Zentralort des Tötens in der zweiten Euthanasiephase bildet. Hier, an der Ostgrenze Pommerns, begannen die Morde mit einiger Wahrscheinlichkeit im Spätsommer 1942, nachdem mit dem ehemaligen Kreisleiter Walter Grabowski ein Vertrauensmann des Gauleiters Franz Schwede die Verwaltungsleiterstelle der Anstalt übernommen hatte und ähnlich wie Alfons Klein in Hadamar die Geschicke der Tötungsanstalt bestimmte.[197] Bis Kriegsende kamen in Meseritz nachweislich wenigstens 6691 Menschen zu Tode, vorsichtige Schätzungen der bundesdeutschen Justiz gehen allerdings von mehr als 10000 Ermordeten aus.[198]

Daß die Morde in Hadamar und Meseritz-Obrawalde mit Wissen der T4-Zentraldienststelle geschahen, kann mit einiger Sicherheit angenommen werden. Durch die Anstaltsbesuche der Planungskommission, deren Berichte später durch Transportaufstellungen und Kapazitätsberechnungen des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ergänzt wurden, waren die Planer des Krankenmords über die Belegungs- und Sterblichkeitsverhältnisse in den Anstalten genau informiert. Zudem hatten mehrere Protagonisten der zweiten Euthanasiephase bereits an der ersten Welle der Krankenmorde mitgewirkt und diesen Kontakt

---

195 Daß Bernotat in dessen Auftrag, zumindest aber mit Wissen des Gauleiters handelte, kann als sicher angenommenen werden. In einer vergleichbaren Entscheidungssituation – der Ermordung tuberkulosekranker Zwangsarbeiter – läßt sich die vom Gauleiter über Bernotat und den Verwaltungsleiter der Anstalt, Alfons Klein, bis zum Anstaltsarzt Adolf Wahlmann reichende Befehlskette präzis rekonstruieren; Vernehmung Klein, 11. 10. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6216 P, Bl. 180, 211; Vernehmung Wahlmann, 11. 10. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 322.

196 Aussage des Personaldezerenten beim Oberpräsidium Hessen-Nassau, Max Kranseuhler, 11. 10. 1045, BAK, All. Proz. 8/FC 6216 P, Bl. 302; Vernehmung Klein, 12. 5. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 242; Vernehmung des Pflegers Heinrich R., 29. 8. 1945, ebenda, Bl. 252; Urteil des Landgerichts Frankfurt/M. gegen Adolf Wahlmann u. a., 21. 3. 1947, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 1, S. a-21; zum Anstieg der Sterblichkeit vgl. Tab. E.10.

197 Beddies, Heil- und Pflegeanstalt, S. 106; Vernehmung der Schwester Margarete B., 4. 12. 1964, S. 1, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Bra-Bz; Vernehmung des Pflegers Otto S., 1945, ZSL, AR-Z 340/1959, Bd. XI, Bl. 2564; Anklageschrift der Staatsanwaltschaft München I gegen Luise E. u. a., 1964, S. 19, ZSL, 439 AR 1631/61; Stellungnahme der Stationsärztin Hilde Wernicke zur Anklage, 30. 9. 1945, ZSL, VI 449 AR-Z 497/66; Vernehmung Wahlmann,17. 9. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 56, 59; 11. 10. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6216, Bl. 320.

198 Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Hamburg gegen Friedrich Lensch und Kurt Struve, 24. 4. 1973, S. 363, ZSL, Sammelakte ASA 60. Zu einem ähnlichen Ergebnis (6558 Tote) gelangt Hirschinger, Ausmerze, S. 170. Zur Geschichte der Anstalt vgl. Beddies/Dörries, Patienten, S. 149–158.

auch nach dem Abbruch der „Aktion T4“ aufrechterhalten.[199] Auch daß die T4-Zentrale kurz vor dem Wiederbeginn der Krankenmorde mit der Patiententötung vertrautes Pflegepersonal nach Hadamar versetzte, spricht für deren Einbindung.[200] Aufgrund fehlender Quellen kann jedoch die für das Verhältnis von Zentrum und Peripherie in der zweiten Phase der „Euthanasie“ entscheidende Frage, ob diese Anstalten von Beginn als überregionale Tötungszentren konzipiert wurden, oder ob der Wiederbeginn des Patientenmords dem gewaltsamen Abbau regionaler Überbelegungen dienen sollte und eher der Initiative einzelner Gauleitungen zuzurechnen ist, nicht mit letzter Sicherheit beantwortet werden, zumal sich für beide Varianten Indizien finden.

In Hadamar ist die enge Beziehung zwischen dem Abtransport von Psychiatriepatienten aus den luftkriegsgefährdeten Regionen Westdeutschlands und dem Wiederbeginn der Tötungen evident, auch wenn die Bettenknappheit für den radikalsten Protagonisten der Vernichtungspsychiatrie in Hessen-Nassau wohl nur ein willkommener Anlaß war. Gegenüber dem neuberufenen Anstaltsarzt verband Bernotat seine Ankündigung, die weitgehend leere Anstalt mit Kranken zu belegen, mit der ausdrücklichen Aufforderung, Patienten zu ermorden, sofern der Anstaltsraum knapp würde.[201] Für die Integration Meseritz-Obrawaldes in ein überregionales System von Patiententötungen spricht, daß sie bereits seit 1942 zum Ziel von Evakuierungstransporten aus anderen Provinzen wurde.[202] Allerdings nahmen an einer Tagung führender Euthanasieärzte, die vom 30. September bis 1. Oktober 1942 in Heidelberg stattfand, zwar Valentin Faltlhauser/Kaufbeuren, Hermann Pfannmüller/Eglfing und Alfred Schulz/Großschweidnitz teil, jedoch keine Vertreter der Provinzen Hessen-Nassau und Pommern.[203] Als Indiz für eine anfangs eher regionale Orientierung der Tötungen spricht zudem, daß sie in Meseritz-Obrawalde bereits zu einem Zeitpunkt einsetzten, wo an der Gültigkeit von Hitlers Entscheidung, die überregionalen Verlegungstransporte in den Tod zu beenden, nicht zu zweifeln war. Die Anzahl der Todesfälle, die in Meseritz

---

199 So fungierte der bayerische Anstaltsdirektor Hermann Pfannmüller als Gutachter der „Aktion T4“ und richtete später in seiner Anstalt eine Kinderfachabteilung ein. Alfons Klein, der Verwaltungsleiter der Anstalt Hadamar, war längere Zeit zur Gemeinnützigen Stiftung für Anstaltspflege, einer Tarnorganisation der T4-Zentrale, abgeordnet.

200 Vernehmungen der Pflegerinnen Emmi B., 5. 9. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 192, und Käthe H., 5. 9. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6216, Bl. 131,135.

201 Vernehmung Wahlmann, 11. 4. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 547.

202 Unter anderem wurden Psychiatriepatienten aus Hamburg, Berlin, Bremen und Westfalen nach Obrawalde verlegt; Faulstich, Hungersterben, S. 460.

203 An der Tagung nahmen neben den oben Genannten Vertreter der T4-Zentrale sowie mehrere leitende Ärzte teil, an deren Anstalten Kinderfachabteilungen bestanden, u.a. H. Heinze/Görden und Prof. C. Schneider/Heidelberg nebst Mitarbeitern, V. Ratka/Tiegenhof, E. Wischer/Waldheim, Th. Steinmeyer/Pfafferode; Liste der an der Heidelberger Tagung teilnehmenden Ärzte, 30.9.–1.10.1942, ZSL, Heidelberger Dokumente, Ordner 133. Der Zweck der Tagung läßt sich nicht mehr ermitteln. Da ein Großteil der Teilnehmer, einschließlich Pfannmüller und Faltlhauser, an der Kindereuthanasie mitwirkte, wäre dieser Bezug denkbar, zumal zwei Wochen später eine weitere Konferenz stattfand, die der weiteren „Abstimmung“ der Gutachtertätigkeit dienen sollte. Eine Tagung mit beinahe identischem Teilnehmerkreis hatte bereits am 11. und 12. Mai 1942 stattgefunden.

1942 mit 1,5 Sterbefällen pro Tag anfangs noch nicht die Dimension expliziter Tötungsanstalten erreichte, deutet ebenfalls auf ein allmähliches Hineingleiten in den systematisch betriebenen Patientenmord. Ein Jahr später, als die Anstalt mit Patienten aus nahezu allen Reichsteilen gezielt überfüllt wurde, vervierfachte sich die Zahl der gestorbenen Patienten auf durchschnittlich 6,2 Tote pro Tag. Nach dieser sehr konservativen Schätzung starben jeden Monat mehr als 10 Prozent der durchschnittlichen Anstaltsbevölkerung.[204] Mehrere Organisatoren des Krankenmords haben unabhängig voneinander eine Vernetzung Obrawaldes mit dem Euthanasiekomplex bestritten, ohne daß dafür prozeßtaktische Gründe erkennbar sind. Der Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten betonte auf die Nachfrage des vernehmenden Staatsanwalts ausdrücklich, daß die Anstalt mit „der von der RAG durchgeführten Euthanasie–Aktion nichts zu tun"[205] gehabt habe, so daß die Aussage des T4-Betriebsarztes Curd Runckel, der von einem Mitarbeiter erfahren haben will, daß der Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz–Obrawalde „die Anstalt von sich aus ‚leer gemacht' habe"[206], nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist.

Auch wenn mit Kaufbeuren im Süden, Hadamar im Westen und Meseritz-Obrawalde an der östlichen Peripherie wenigstens drei Heil- und Pflegeanstalten im Spätsommer 1942 erneut damit begonnen hatten, Patienten aus anderen Regionen des Deutschen Reiches zu ermorden, lassen sich erst seit Anfang 1943 Anhaltspunkte dafür finden, daß die Berliner Euthanasiezentrale gezielt auf eine Wiederingangsetzung der Krankenmorde hinarbeitete. Den ersten noch vagen Hinweis liefert eine Bemerkung Nitsches, der im Januar 1943 ein Treffen mit dem Reichsgesundheitsführer Conti vorbereitete. Allerdings deutet ihr beiläufiger Charakter zu diesem Zeitpunkt auf den nachgeordneten Stellenwert dieser Problematik.[207] Hauptsächlich ging es bei dem geplanten Treffen um die Vorbereitung einer Imagekampagne, die der durch die Mordaktion arg in Verruf geratenen Psychiatrie zu neuem Ansehen verhelfen sollte, ferner um den Versuch, den Zugriff der Zentralinstanzen auf die Heil- und Pflegeanstalten zu verdichten.[208] Im Verlauf des Frühjahrs 1943 nahm der Plan, das Mordgeschehen in die einzelnen

---

204 Berechnet nach der Auszählung der allerdings nicht vollständig erhaltenen Sterbebücher der Anstalt, die in der Inhaltsangabe eines polnischen Berichts aus dem Jahr 1945 über die Vorgänge in Meseritz–Obrawalde mitgeteilt werden; ZSL, 117 AR-Z 161/69, Bl. 7f.

205 Vernehmung Allers, 21. 4. 1950, S. 10, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

206 Vernehmung Curt A. Runckel, 22. 1. 1963, S. 20, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Re–Rz.

207 Nitsche an Schneider, 14. 1. 1943, BAB, R 96-I/2. Nitsche schloß sein Schreiben mit dem Hinweis, er glaube „im übrigen, dass die Besprechung mit C. auch für die Euthanasiefrage [wer]tvoll sein wird". Daß das „Wiederaufleben der Euthanasie" zu diesem Zeitpunkt unter den Organisatoren der Krankenmorde als unsicher galt, zeigt der Aktenvermerk des T4-Arztes Robert Müller, Zur Planung, 9. 2. 1943, BAB, R 96-I/16.

208 Ein für Nitsche bestimmter Aktenvermerk Robert Müllers über „Vorschläge zu einer Besprechung Dr. Conti/Dr. Linden v. 14. 1. 1943", der viele Gedanken der Psychiatriereform-Denkschrift vom Juni 1943 (BAB, R 96-I/9) vorwegnimmt, formulierte als Gesprächslinie: „1. Das Irrenwesen braucht eine zentrale leitende Stelle, die wissenschaftliche Anregungen gibt und jederzeit ein Instrument in der Hand haben muß, um über die Belegungen der Anstalten – auch der kleinsten – Bescheid zu wissen"; BAB, R 96-I/7.

Heil- und Pflegeanstalten zurückzuverlagern, konkretere Formen an. Da damit zu rechnen sei, „daß die von der Reichsarbeitsgemeinschaft durchgeführten Maßnahmen zu gegebener Zeit wieder aufleben werden [...] wobei es vielleicht nötig sein wird, die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten in größerem Umfange in den Vollzug der Maßnahmen einzuschalten“[209], bemühte sich der Reichsbeauftragte Linden, Befürworter der Krankenmorde auf freie Direktorenposten zu lancieren.

In den folgenden Monaten gewann das Problem knapper Psychiatriebetten erheblich an Bedeutung, denn nach schweren Luftangriffen auf Hamburg und die Industriestädte Südwestfalens begannen auch diese Regionen seit dem Juli/August 1943, die in den dortigen Heil- und Pflegeanstalten verbliebenen Psychiatriepatienten zu entfernen, um die Räumlichkeiten als Ausweichkrankenhäuser und Notunterkünfte für Luftkriegsgeschädigte zu nutzen. Allein aus Hamburg und der Provinz Westfalen wurden in der zweiten Jahreshälfte 1943 rund 5000 Geisteskranke abtransportiert, hinzu kamen eine nicht näher bekannte Zahl von somatisch Kranken sowie etwa 3000 Berliner Anstaltsinsassen, von denen ein Teil in sächsische Anstalten, der Großteil aber wohl nach Meseritz-Obrawalde verlegt wurde.[210] Im Gegensatz zu Bayern und Sachsen, die der steigenden Überfüllung der Heil- und Pflegeanstalten durch die Errichtung regionaler Tötungsanstalten begegneten, externalisierten diese mehrheitlich urban geprägten Regionen ihr Überfüllungsproblem durch den Abtransport der Anstaltsinsassen über die Provinzgrenzen hinaus. Die von Brandt geforderte Evakuierung von rund 23000 Psychiatriepatienten aus dem Rheinland überstieg jedoch die Möglichkeiten der Heil- und Pflegeanstalten in den anderen Teilen des Deutschen Reiches bei weitem. Daran konnten auch eilig organisierte Programme zur Belegungsverdichtung in den psychiatrischen Krankenhäusern kaum etwas ändern. Ein Brief Lindens an den Reichsstatthalter in Thüringen macht den Problemdruck deutlich, der auf den mitteldeutschen Heilanstalten lastete: „Die Durchführung des mir von dem Reichsgesundheitsführer und dem Generalkommissar für das Sanitäts- und Ge-

---

209 Linden an den Medizinaldezernenten der Provinz Hannover, 4. 3. 1943, zit. nach Aly, Medizin, S. 59. Daß es sich bei der Anfrage Lindens an die Provinz Hannover um keinen Einzelfall handelte, zeigt der erhaltene Entwurf einer ähnlichen Bitte an den Präsidenten des Bezirksverbands der bayerischen Pfalz, Richard Imbt [1943]; BAB, R 96-I/18. Für die künftige Entwicklung der Psychiatrie sei es von grundlegender Bedeutung, „dass die Psychiater immer mehr aus innerer persönlicher Überzeugung sich der Euthanasie-Idee zuwenden“. Die Mehrheit der Anstaltsärzte lasse allerdings „in dieser Hinsicht z.Zt. noch viel zu wünschen übrig“. Daher sei es gerade jetzt „besonders wichtig, euthanasiezuverlässige Psychiater in Direktorenstellen zu bringen“.

210 Zu den Verlegungen aus Hamburg und der Provinz Westfalen vgl. Tab. E.8, allgemein Schmuhl, Rassenhygiene, S. 234; Aly, Medizin, S. 60. Über die Dimension der Verlegungen der Berliner Patienten, die zumeist in Brandenburger Umlandanstalten untergebracht wurden, ist wenig bekannt. Sicher scheint nur, daß sie mehrheitlich im 4. Quartal 1943 stattfanden. Aus der Anstalt Neuruppin wurden beispielsweise zwischen September und November 1943 735 Patienten unter anderem nach Meseritz-Obrawalde, Hadamar, Uchtspringe und Altscherbitz verlegt, die Anstalt Eberswalde gab rund 1000 Patienten in Anstalten im ganzen Reichsgebiet ab; Faulstich, Hungersterben, S. 471–473. Zu den Transporten Berliner Anstaltspfleglinge nach Sachsen vgl. den Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege über einen Telefonanruf des Pg. Glade, 3. 11. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 82.

sundheitswesen gestellten Auftrags, die Heil- und Pflegeanstalten der Provinzen Rheinland und Westfalen sofort zu räumen",[211] stoße auf Schwierigkeiten, da die Aufnahmefähigkeit der in Betracht gezogenen Verlegungsanstalten erschöpft sei. Daher müsse auch in den thüringischen Anstalten die Erweiterung der Belegfähigkeit durch den Bau zusätzlicher Barackenunterkünfte bis an die Grenze der Wirtschaftskapazität vorangetrieben werden. Im benachbarten Sachsen lehnte der Gauleiter Mutschmann Lindens Pläne zur Aufstellung der Baracken ab, da die Wirtschaftsanlagen der Anstalten durch die zahlreichen Fremdnutzungen bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit belastet seien und bei weiterer Überlastung Betriebsstörungen zu erwarten seien.[212]

Vor dem Hintergrund zunehmender Kapazitätsprobleme in den verbliebenen Heil- und Pflegeanstalten bei gleichzeitig steigenden Belegungsforderungen sind die gemeinsamen Versuche Nitsches und de Crinis' zu sehen, die verschiedenen regionalen „Euthanasie"-Initiativen unter ihrer Führung zu einem einheitlichen Strang zusammenzuflechten und dabei den Umfang der Tötungen auszuweiten.[213] Ende Juni 1943, wenige Tage, nachdem die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten auf Anweisung Brandts mit der Ausarbeitung von Verlegungsplänen für die westdeutschen Psychiatriepatienten begonnen hatte,[214] machte Nitsche, wahrscheinlich von sächsischen Kollegen dazu ermuntert, Hitlers Generalkommissar „einen ganz konkreten Vorschlag in der E[uthanasie, W.S.].-Frage".[215] Brandt nahm diesen Vorschlag nach einiger Bedenkzeit an, wohl nicht nur deshalb, weil Nitsches Bitte seinen gesundheitspolitischen Superioritätsanspruch zu einer Zeit unterstrich, als dieser von Conti noch heftig bestritten wurde, sondern vor allem, weil sich ihm eine Gelegenheit bot, die Verlegung der westdeutschen Psychiatriepatienten auf den Weg zu bringen, so daß Nitsche einen Monat nach dem Gesprächstermin an de Crinis berichten konnte: „Was unsere Aktion bei Prof. Br. anlangt, so [...] hat er mir durch Herrn Blankenburg die Ermächtigung erteilt, im Sinne meines ihm mündlich gemachten E.-Vorschlags vor-

---

211 Linden an Sauckel, 7. 7. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/1076.

212 Fernholz an den Reichsbeauftragten für Heil- und Pflegeanstalten, 10. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 61.

213 Max de Crinis Rolle in der zweiten Euthanasiephase ist nach wie vor nicht hinreichend geklärt, zumal sein Biograph Hinrich Jasper diese Phase kaum beleuchtet. Obwohl de Crinis kein offizielles Amt in der Bürokratie der Krankenmorde bekleidete, wird aus den erhaltenen Schriftwechseln seine führende Rolle bei der Wiederingangsetzung der Krankenmorde deutlich. Seit 1941 übte der Berliner Psychiatrieordinarius, der durch seine Nebentätigkeiten als einflußreicher Referent für medizinische Berufungsangelegenheiten im Reichserziehungsministerium und als Mitarbeiter des SD über gute Kontakte zu den Berliner Ministerien und zur SS verfügte, die Funktion einer Kontaktperson des Euthanasiekomplexes zu anderen Reichsbehörden aus; vgl. die Vernehmung Ernst Wentzler, 11. 10. 1963, S. 10, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Uta–We; Vernehmung von Hegener, 9. 5. 1960, S. 8, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner He; Vernehmung Karl Genzken, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 3. 1947, IfZ, MB 15/21, Bl. 3912; Nitsche an Rüdin, 17. 1. 1944, BAB, R 96-I/18.

214 Allers an Pfotenhauer, 17. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 46.

215 Nitsche an de Crinis, 30. 10. 1943, BAB, R 96-I/18. Das Gespräch fand anläßlich eines Treffens statt, bei dem Brandt Vorschläge führender Psychiater zur Reform der Heil- und Pflegeanstalten überreicht wurden.

zugehen.“[216] Dieses Gespräch, dessen Ergebnis im internen Schriftverkehr von Nitsche rasch zum „E-Auftrag“[217] erweitert wurde, ist als Beleg für eine umfassende Wiederaufnahme der Patiententötungen unter der Schirmherrschaft Karl Brandts gewertet worden.[218] Dabei liegt die unzureichende empirische Fundierung dieser Vermutung auf der Hand. Schon die Formulierung „konkreter Vorschlag“ deutet eher auf eine Begrenzung der Aktion, während die Ermächtigungsverfügung der „Aktion T4“ gerade durch die Unbestimmtheit ihrer Formulierung charakterisiert ist.[219] Weiterhin läßt sich aus einer Notiz, die das Ergebnis einer Dienstbesprechung zwischen Nitsche, Allers und Siebert vom 12. August 1943 protokollierte, schließen, daß Brandts Antwort von den Euthanasie-Planern keinesfalls als generelle Tötungsermächtigung verstanden wurde, denn ein Ergebnis dieser Besprechung bestand darin, die Heil- und Pflegeanstalten an die Beachtung ihrer Berichtspflicht zu erinnern, „um bei einer evtl. Aufhebung des ‚Stopp‘ in der Lage zu sein, mit den Arbeiten beginnen zu können“.[220] Daher gehen Interpretationen fehl, die in einer Konferenz, die Nitsche wenige Tage später für den 17. August 1943 nach Berlin einberufen hatte, den Auftakt zur regionenübergreifenden, zentral organisierten Tötungspraxis sehen wollen.[221] Von diesem Treffen ist lediglich bekannt, daß dort einer „Anzahl besonders ausgewählte(r) Psychiater“[222] die Ermächtigung zum Patientenmord nach eigenem Ermessen erteilt wurde und ihnen die zur Tötung „evtl. erforderlichen Medikamente“[223] in Aussicht gestellt wurden, ohne daß diese jedoch bis zum Jahresende geliefert werden konnten.[224] Die genaue Zusammensetzung der Konferenzteilnehmer kennen wir nicht. Von den führenden Euthanasie-Psychiatern fehlten Max de Crinis und Carl Schneider, so daß die Planungsgruppe offenbar allein durch Nitsche vertreten wurde. Bei den übrigen scheint es sich um etwa zehn Anstaltsdirektoren gehandelt zu haben, wobei Vertreter der bereits etablierten Tötungszentren Kaufbeuren, Eglfing-Haar

---

216 Nitsche an de Crinis, 25. 8. 1943, BAB, Personalakte de Crinis.

217 Nitsche an Allers, 2. 12. 1943, BAB, R 96-I/18.

218 Schmuhl, Rassenhygiene, S. 232f.; Aly, Medizin, S. 61.

219 Auch die Formulierung Nitsches, er habe im August 1943 „durch Vermittlung des Prof. Brandt die nunmehr ausdrückliche Zustimmung Hitlers erreicht [...] gewisse zuverlässige Ärzte zu ermächtigen, in einzelnen Fällen Sterbehilfe durch Medikamente zu leisten“, deutet darauf, daß es sich nicht um eine generelle, sondern eine begrenzte „Euthanasie“-Ermächtigung gehandelt hat; Anklageschrift gegen Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 12.

220 Aktenvermerk über eine Dienstbesprechung zwischen Allers, Nitsche und Siebert zur Arbeit der Abteilung IIa, 12. 8. 1943, BAB, R 96-I/1.

221 So Aly, der die Ansicht vertritt, auf dieser Besprechung sei die bedarfsorientierte „dezentralisierte lautlose Tötungspraxis der Überdosen per Injektion festgelegt worden“; Aly, Medizin, S. 57; zur Berliner Konferenz vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 232; differenzierter argumentiert Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 428.

222 Nitsche an de Crinis, 30. 10. 1943, BAB, R 96-I/18.

223 Wischer an Nitsche, 13. 9. 1943, BAB, R 96-I/18.

224 Nitsche drang unter Bezugnahme auf ein Schreiben Wischers darauf, die bislang ausstehenden Medikamentenlieferungen in Gang zu bringen, und empfahl, den betroffenen Psychiatern einen Zwischenbescheid zukommen zu lassen, da „sonst [...] ein irriger Eindruck“ entstünde; Nitsche an Allers, 6. 12. 1943, BAB, R 96-I/18.

und Hadamar wohl nicht anwesend waren.[225] Lediglich die Anwesenheit von Ärzten aus dem Land und der Provinz Sachsen läßt sich mit einiger Sicherheit belegen.[226] Die Begrenzung der Euthanasieermächtigung auf „ausgewählte Ärzte", der Teilnehmerkreis der Besprechung und der zeitliche Zusammenhang mit bereits durchgeführten und geplanten Verlegungen nach Mitteldeutschland sprechen allesamt für eine begrenzte Euthanasieermächtigung, die dazu diente, den durch die Transporte aus Westdeutschland ausgelösten Überfüllungsdruck auf die in Mitteldeutschland gelegenen Anstalten mit den erprobten Mitteln per Krankenmord zu mindern und gleichzeitig Platz für neue Verlegungen zu erhalten, um auf diese Weise katastrophenpolitischen Handlungsspielraum zurückzugewinnen[227] – also auch hier eine Form regionalisierter „Euthanasie" als „Lösung" für ein Problem, das man anders nicht bewältigen zu können glaubte oder nicht anders bewältigen wollte.[228] Ein weiterer Grund für diese begrenzte Verlagerung der Tötungskompetenz von der Zentralebene auf einzelne Anstaltsärzte bestand mit einiger Wahrscheinlichkeit in den Informationsdefiziten des Berliner Euthanasie-

---

225 Der Zwischenbericht der Staatsanwaltschaft Frankfurt/M., o.D., aus dem Verfahren gegen den Stellvertreter Bracks, Werner Blankenburg, ZSL, AR-Z 340/1959, Bd. 1, Bl. 282, zitiert eine in den Prozeßakten nicht auffindbare Aussage Nitsches im Verf. gegen Gerhard Bohne, wonach Brandt im Sommer 1943 „etwa 10 Ärzte zur Tötung ‚in einzelnen besonders dringenden Fällen'" ermächtigt habe.

226 Mit hinreichender Sicherheit gilt dies für die Anstaltsdirektoren Beese (Uchtspringe/Provinz Sachsen) und Wischer (Waldheim/Sachsen); Vernehmung des Pflegers H. durch den Untersuchungsrichter des Landgerichts Hildesheim, 7. 8. 1952, S. 2f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hu–Jz; Wischer an Nitsche, 13. 8. 1943, BAB, R 96-I/18. Auf die Teilnahme von Ärzten aus den Anstalten Kalmenhof/Idstein, Görden, Ansbach, Großschweidnitz, Tiegenhof und Meseritz-Obrawalde ist indirekt aufgrund der bruchstückhaft überlieferten Medikamentenanforderungen beim Kriminaltechnischen Institut des Reichssicherheitshauptamtes geschlossen worden, allerdings beziehen sich die meisten dieser Meldungen auf das Jahr 1944, so daß zwar auf eine Beteiligung dieser Anstalten an den Patientenmorden, nicht jedoch auf den Zeitpunkt ihrer Integration in ein System koordinierter Tötungen geschlossen werden kann; BAB, R 58/1059, sowie die Empfangsbestätigungen der Morphium-Skopolamin- und Luminalsendungen in BAB, R 96-I/2.

227 Daß das Problem schwindender katastrophenpolitischer Handlungsspielräume im Denken der Euthanasieplaner eine zentrale Rolle spielte, zeigt ein Schreiben Lindens, in dem er sich darüber beklagte, daß aus allen Reichsteilen Anträge bei ihm eingingen, die die Freimachung der Heil- und Pflegeanstalten und insbesondere die Verlegung „gaufremder" Geisteskranker forderten. Es sei ihm jedoch „unmöglich jeder Großstadt die ihr zunächst gelegene Anstalt als Ausweichkrankenhaus zur Verfügung zu stellen und dazu noch die Geisteskranken aus den besonders schwer getroffenen Gebieten zu entfernen, um die dadurch gewonnenen Räume für Krankenhäuser oder sonstige Zwecke abzugeben". Möglich sei „entweder nur das eine oder das andere". Infolge der Räumungen aus Westdeutschland, Hamburg und Brandenburg seien „die Anstalten aller Gaue so gefüllt, daß Verlegungen, abgesehen von den laufenden Sonderaktionen nicht mehr möglich sind"; Linden an die Landesregierungen, Reichsstatthalter und Oberpräsidenten, 24. 9. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 140.

228 So mußten die in der Provinz Sachsen gelegenen Anstalten Altscherbitz und Pfafferode bis Juni 1943 rund 1080 rheinische Patienten aufnehmen. Dies entsprach etwa einem Drittel der in der Provinz insgesamt verfügbaren Bettenkapazität; Ankerstein, Heilen, S. 106–109. Die sächsischen Anstalten Arnsdorf, Großschweidnitz und Leipzig waren als Aufnahmeorte für einen Teil der aus dem Rheinland zu evakuierenden Patienten vorgesehen; Allers an Pfotenhauer, 17. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 46.

komplexes, dem es angesichts des exponentiell anschwellenden Transportaufkommens, der steigenden Sterblichkeit in den Anstalten und der fortdauernden Fremdverwendung von Psychiatriebetten an einer aktuellen Übersicht über den Belegungsstand der einzelnen Heilanstalten mangelte.[229]

In den folgenden anderthalb Jahren fanden sich in mehr als 30 Anstalten Ärzte, die Teils auf Ermunterung durch die regionale Gesundheitsbürokratie, teils aber auch ohne offiziellen Auftrag in eigener Initiative bereit waren, solche Patientenmorde durchzuführen.[230] Dabei veränderte sich der Charakter der ärztlichen Beteiligung am Krankenmord im Vergleich zu den Tötungen der Jahre 1940/41 grundlegend. Während der „Aktion T4“ hatte ein ausgeklügeltes Verfahren die Vorselektion in der Heimatanstalt, die Auswahl der zu Tötenden durch externe „Gutachter“ und die Ermordung in den Vernichtungsanstalten räumlich voneinander separiert. Diese Aufspaltung des Krankenmords in mehrere Einzelschritte wirkte für die beteiligten Ärzte in mehrfacher Hinsicht entlastend. Sie differenzierte den Kreis der beteiligten Ärzte in eine Gruppe von Mittätern an der Peripherie, zu der die an der Ausfüllung der Meldebögen mitwirkende Mehrheit der deutschen Anstaltspsychiater zählte,[231] eine etwa 30 Personen umfassende Gruppe von Gutachtern mit der Befugnis, im Dreierkollegium über die Tötung von Patienten zu entscheiden, und die kleine Gruppe der eigentlichen Vergasungsärzte. Über die Tötung konnte nach Aktenlage entschieden werden, der Transport und die Tötung der Selektierten erfolgte in Gruppen, so daß die Ermordeten kaum als Individuen in Erscheinung traten. Vor allem aber bewirkte der Modus des Tötens, daß kein Arzt die Verantwortung für ein ausgelöschtes Leben allein trug, so daß ein breiter Raum für individuelle Exkulpationsstrategien entstand, von denen die Behauptung, über den eigentlichen Zweck der Verlegungen nicht informiert zu sein, für den äußeren Kreis der Tatbeteiligten die wichtigste war. Demgegenüber verengte sich der Täterkreis in der zweiten Phase auf die Direktoren, Stationsärzte und Pfleger der beteiligten Anstalten. Der Modus des individualisierten Tötens, das in der zweiten Welle der Krankenmorde innerhalb des normalen Anstaltsbetriebs stattfand, ließ jedoch für eine distanzierende Differen-

---

229 Die an der Uchtspringer Kinderfachabteilung beschäftigte Ärztin Hildegard Wesse berichtet, daß ihr Beese, nachdem er von der Berliner Tagung zurückgekommen war, mitgeteilt habe, daß die Anstalt den Auftrag bekommen habe, „die Schwerkranken zu euthanasieren. In Berlin war offenbar die Ordnung nicht mehr so erhalten, deshalb sagte er die Auswahl müssen wir selbst treffen“; Vernehmung Dr. Hildegard Wesse, 24. 7. 1952, ZSL, 439 AR-Z 37/66, Bl. 372.

230 Die Zahl bezieht sich auf die Aufstellung gerichtsbekannter bzw. in hohem Maße der Medikamententötung verdächtigter Anstalten bei Klee, Dokumente, S. 2f. Allerdings läßt sich nur in wenigen Fällen der genaue Zeitpunkt der Aufnahme der Medikamententötungen bestimmen. Während die Praxis der Hungertötungen durch die Zweiteilung der Anstaltskost schon 1943 weit verbreitet war, scheint die Zahl der Anstalten mit Medikamententötungen erst im zweiten Halbjahr 1944 deutlich zugenommen zu haben; vgl. Runckel an Nitsche, 30. 6. 1944, BAB, R 96-I/2.

231 Zum Aspekt der Mittäterschaft qua Dienststellung vgl. Kersting, Anstaltsärzte, S. 332f. Kategorische Weigerungen von Ärzten, an der Auswahl zur Verlegung mitzuwirken, wie sie etwa der Münsteraner Oberarzt Ferdinand Hegemann formulierte, blieben demgegenüber eine Ausnahme.

zierung der Tatbeteiligung ebenso wenig Raum wie für eine Anonymisierung der Opfer, die nun den Abteilungen der jeweiligen Ärzte entstammten. Insofern waren mehr Ärzte enger in den Mordvorgang integriert als während der „Aktion T4", und der Akt des Tötens der auf einfachen medizinischen Grundtechniken wie Injektionen und Medikamentenverabreichungen basierte, war stärker medikalisiert als in der ersten Phase.[232] Die Begutachtungsbögen der ersten Phase wurden auch von Ärzten angefertigt, die oftmals erkennbar widerwillig kooperierten. Das individualisierte Töten der zweiten Phase erforderte von den beteiligten Ärzten ungleich größeres Engagement. Die Opfer begegneten den Ärzten nun nicht mehr nur in der Form anonymisierter Aktenvorgänge, sondern waren Psychiatriepatienten aus der ihnen anvertrauten Gruppe von Kranken. Selektion und Tötung lagen in der Hand der behandelnden Stationsärzte, die die Opfer ausgewählten Stationspflegern bezeichneten, sofern sie die tödliche Spritze nicht selbst setzten. Bei den am Patientenmord beteiligten Ärzten und Pflegekräften begünstigten der Verweis auf die Verantwortung für die vorrangige Versorgung anderer Patientengruppen, die Salvationsformel der widrigen Kriegsumstände, vor allem aber ihre zunehmende Überforderung durch die katastrophalen Lebensverhältnisse in den Anstalten die persönliche Entschlußbildung zur Beteiligung am Krankenmord.[233]

Das Verhalten Nitsches in den folgenden Monaten läßt darauf schließen, daß ihn das Ergebnis der Berliner Konferenz keineswegs zufriedenstellte. In den folgenden Monaten setzte er alle ihm verfügbaren Hebel in Bewegung, um sein Ziel flächendeckend durchgeführter und von der Zentraldienststelle koordinierter Anstaltsmorde zu erreichen. Seine rastlos anmutende Aktivität in dieser Angelegenheit wurde nur durch zwei Faktoren eingeschränkt: die Folgen einer Prostataoperation und den immer noch bestehenden Stopp-Befehl Hitlers für die „Aktion T4", der Brandts Handlungsspielraum in dieser Angelegenheit klar begrenzte. Mehrmals versuchte Nitsche, der die Zeit zwischen September 1943 und Januar 1944 größtenteils im Krankenbett verbringen mußte, Brandt über seine Berliner Kontaktleute Allers und de Crinis zu einer Erweiterung der im August erteilten Tötungsermächtigungen zu bewegen. Hitlers Generalkommissar, der damals kurz vor einer entscheidenden Erweiterung seiner Machtbefugnisse stand, hielt sich in dieser Frage jedoch außerordentlich bedeckt. Einige Tage nach der Berliner Euthanasiekonferenz war es de Crinis „nicht möglich", Brandt „für unsere gemeinsame Sache zu fixieren". Er hoffe jedoch, ihn bei einer anderen Gelegenheit „zu einer Stellungnahme in der Angelegenheit, so wie wir sie besprochen haben, zu bringen".[234] Daß dem nicht so war, mußte der Geschäftsführer der „Aktion T4" erleben. Brandt, so berichtet Allers über ein Treffen Anfang Januar 1944,

---

232 Vgl. Lifton, Ärzte, S. 115.

233 So versuchte eine leitende Pflegekraft der Anstalt Großschweidnitz den „objektiv gesehen furchtbar[en] Entschluß", die ihr anvertrauten Patienten zu ermorden, durch den Hinweis auf „unüberwindbare Schwierigkeiten" in einer infolge massiver Überbelegung, andauernder ministerieller Raumforderungen und akutem Personalmangel „nicht zu bewältigenden Situation" zu rechtfertigen; Vernehmung Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 381.

234 De Crinis an Nitsche, 31. 8. 1943, BAB, R 96-I/18.

scheine am Euthanasieproblem zwar sehr interessiert zu sein „sagte aber, daß er nichts aussprechen könne; vielmehr wegen seiner Dienststellung praktisch ja nur noch das Gegenteil sagen könne [...] Er hat ausdrücklich betont, daß die Wiederaufnahme der Arbeit im großen Stil kommen müsse, daß allerdings im Kriege nicht mehr damit zu rechnen sei.“[235]

Auch ohne Rückendeckung Brandts arbeitete Nitsche beharrlich an der Ausweitung der Patientenmorde. Für den Februar 1944 plante er, die Teilnehmer der Berliner Konferenz zu einem zweiten Treffen zusammenzurufen, „um die Angelegenheit weiter zu fördern und ihren gegenwärtigen Stand festzustellen“.[236] Daß es bei diesem Treffen auch darum gehen sollte, die Verfügungsgewalt der Zentraldienststelle über das dezentralisierte Töten zurückzuerlangen, legt ein Schreiben nahe, mit dem der medizinische Chefgutachter der Kindereuthanasie, Hans Heinze, auf einen vorbereitenden Brief Nitsches anwortete. Heinze, Direktor der Anstalt Brandenburg-Görden, zweifelte daran, „dass man das E.-Problem auch auf Grund Ihrer geplanten Besprechung in irgendwelche geordneten Bahnen lenken kann“.[237] Er habe sich stets „gegen diese wilden E.-Maßnahmen, die keiner zentralen Kontrolle unterliegen, deutlich genug ausgesprochen [...] Diese Dinge wären nur in richtige Bahnen zu lenken, wenn man während dieses illegalen Interims die Reichsausschuß-6rfahrungen zum Vorbild nehmen würde und dann auf jeden Fall wieder eine zentrale Steuerung erreicht hätte. Diese Zentrale aber müsste die Machtbefugnisse haben, mit eisernem Besen zu kehren und jeden zu bestrafen, der auf eigene Faust zu handeln wagt. Wenn wir das nicht erreichen, hilft unser ganzes Bemühen um die Hebung des Ansehens der Psychiatrie einen Dreck.“

Die von Nitsche geplante Konferenz fand schließlich nach mehreren Terminverschiebungen am 29./30. März 1944 in der Ausweichstelle der T4-Zentrale in Schoberstein am Attersee statt. Gegenüber der Berliner Tagung hatte sich der Kreis der Teilnehmer erweitert. Neben dem T4-Psychiater Friedrich Mennecke waren diesmal mit dem Direktor der südhessischen Anstalt Eichberg, dem badischen Anstaltsreferenten Gustav Schneider und Valentin Faltlhauser auch süddeutsche Anstaltspsychiater angereist, allerdings fehlte Brandt, um dessen Teilnahme man sich im Vorfeld intensiv bemüht hatte.[238] Es gelang Nitsche in Schoberstein nicht, eine zentrale Steuerung der Krankenmorde, wie sie Heinze gefordert hatte, zu etablieren, wohl aber bewirkte die Tagung eine stärkere Anbindung der süddeutschen Anstalten an die Zielsetzungen der Zentraldienststelle. Offen-

---

235 Allers an Nitsche, 15. 1. 1944, BAB, R 96-I/1.

236 Nitsche an de Crinis, Januar 1944, zit. nach Aly, Medizin, S. 63.

237 Heinze an Nitsche, 20. 1. 1944, BAB, R 96-I/18.

238 Auch nach dem Treffen der Euthanasiepsychiater in Attersee zögerte Brandt mit einer klaren Stellungnahme gegenüber den Plänen von de Crinis und Nitsche. Es sei leider nicht möglich gewesen, so berichtet de Crinis über ein Gespräch, das am Rande einer Tagung von Wehrmachtsärzten zustandekam, „Prof. Brandt für unsere Angelegenheit zu fixieren. Er gab mir lediglich die kurze Antwort, daß er über die Angelegenheit großzügiger denke. Ich schließe daraus, dass er meint, wieder eine größere Verantwortung übernehmen zu können. Prof. Brandt war in Hohenlychen so blockiert, daß ich eine Aussprache mit Prof. Schneider nicht vereinbaren konnte. Vielleicht haben wir in der nächste[n] Zeit mehr Glück.“ De Crinis an Nitsche, 26. 5. 1944, BAB, R 96-I/18.

bar konnte Nitsche zumindest in einigen Anstalten die Wiedereinführung der Oberbegutachtung der zur Tötung vorgesehenen Patienten durch die T4-Zentrale durchsetzen.[239] Zumindest im Falle Kaufbeurens war dies mit einer massiven Ausweitung der Morde verbunden. Mitte April 1944, zwei Wochen nach dem Treffen in Schoberstein, wurde eine zuvor bereits in den Tötungsanstalten Grafeneck und Hadamar beschäftigte Pflegerin „mit dem Auftrag an die Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren versetzt, dort Geisteskranke zu euthanasieren".[240] Faltlhauser hatte sie vom Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden angefordert und übertrug ihr eine eigene Abteilung in der Zweiganstalt Irsee, die sie zur Tötungsstation umfunktionierte. Dort wurde nicht mehr in bayerischer Eigenregie durch Nahrungsmittelentzug, sondern in Abstimmung mit dem Reichsausschuß „in derselben Weise wie bei Kindern, nur mit höheren Dosen"[241] von Luminal und Veronal getötet. Welche Auswirkungen das Treffen in Schoberstein auf Anstalten in anderen Regionen hatte und ob daraus ein Anstieg der Tötungen folgte, läßt sich indes schwer übersehen. Runckel, der von Nitsche offenbar beauftragt war, die Haltung derjenigen Anstaltsdirektoren, die bislang nicht mit dem Euthanasiekomplex zusammenarbeiteten, zu sondieren, zog am Ende einer Reise, die ihn im Juni 1944 nach Hessen, Schleswig-Holstein, Ostpreußen, Schlesien und in den Warthegau führte, eine eher nüchterne Bilanz. Zwar sehe man überall ein, „daß die Not der Zeit dem psychiatrischen Betrieb Einschränkungen auferlegen muß"[242] und kooperiere daher bei Raumanforderungen der Reichsarbeitsgemeinschaft bereitwillig, „indem man die Abteilungen vollpfropft"; die Haltung der meisten Anstaltdirektoren „zu den vom Reichsausschuß behandelten Problemen" sei dagegen bedauerlich. Er habe in zahlreichen Anstalten erlebt, „daß man schwer marantische geisteskranke Dauerinsassen durch alle möglichen Mittelchen am Leben zu erhalten versucht". In bezug auf die „Euthanasie" habe er dagegen „bisher, außer in den Anstalten, mit denen wir zusammenarbeiten, für eine aktive Tätigkeit in dieser Richtung keine Liebe gefunden [...] Die bloße Erwähnung macht die Leute deutlich verschnupft. Ja es geht sogar so weit, daß man eine deutliche Stimmungsänderung bemerkt, sobald die Leute auf den Verdacht kommen, daß wir mit der Reichsarbeitsgemeinschaft, die ja von den Verlegungen her überall bekannt ist, in irgendwelchem Zusammenhang stehen [...] Positiv dem Problem der Euthanasie gegenüber stehen eigentlich von den Anstaltsdirektoren, die ich bis jetzt besucht habe, nur der Leiter von Ansbach, Tiegenhof (Dr. Ratka) und betr. des Reichsausschusses die Anstalten, die bereits eine Reichsausschußabteilung haben. Nirgendwo ist es mir begegnet, daß sich ein Anstaltsdirektor darüber beklagte, ihm seien die Hände gebunden, um irgendwel-

---

239 Vgl. z.B. das Schreiben Faltlhausers an Nitsche, 27. 9. 1944, BAB, R 96-I/18, in dem Faltlhauser Nitsche „eine Liste der Kranken der Eglfinger Anstalt, die meiner Anschauung nach behandlungsbedürftig sind" übersandte.

240 Vernehmung der Krankenschwester Pauline K. durch das Landgericht Kempten, 15. 6. 1948, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Kn–Kz.

241 Vernehmung Faltlhauser, 22. 4. 1948, S. 10f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F. Die Zahl der in Kaufbeuren Verstorbenen stieg von 261 im Jahr 1943 auf 815 Patienten 1944; Faulstich, Hungersterben, S. 337.

242 Runckel an Nitsche, 30. 6. 1944, BAB, R 96-I/2.

che Eu.–Arbeiten zu verrichten. [...] Was mich immer wieder erstaunt, ist die einerseits ablehnende Haltung vieler Direktoren gegenüber der Sterbehilfe, andererseits die selbstverständliche Billigung der verminderten Ernährung unheilbarer Geisteskranker, die auf manchen Anstalten wirklich unschöne Formen zeigt."

Kurze Zeit nach Runckels Reise scheint Brandt seine Zurückhaltung in der Euthanasiefrage allerdings aufgegeben zu haben. Da er bei seinem Versuch, in den zweckentfremdeten Heil- und Pflegeanstalten Krankenhausraum für das zivile Gesundheitswesen zurückzugewinnen, auf kaum überwindbare Schwierigkeiten stieß, suchte er nun offenbar selbst den Kontakt zum Euthanasiekomplex und lud den mit Planungsangelegenheiten beauftragten Betriebsarzt der T4-Zentraldienststelle, Kurt Runckel, für den 18. Juli 1944 zu einem Gespräch nach Berlin. Anläßlich dieses Treffens, bei dem die Gewinnung von Gebäuden für Krankenhauszwecke im Mittelpunkt stand, stellte Nitsches Vertrauter zwei nicht mit der T4-Zentrale abgestimmte Möglichkeiten zur Gewinnung von Krankenhausbetten zur Diskussion. Sein erster Vorschlag zielte darauf, die vorhandenen Anstalten in drei Kategorien einzuteilen, von denen nur die erste weiterhin als Heilanstalt zur Behandlung von Akutpatienten mit therapeutischen Möglichkeiten ausgestattet bleiben sollte, während die beiden anderen Kategorien als reine Pflege- und Sterbeanstalten die Masse der nicht therapierbaren Patienten aufnehmen sollten. Der zweite Vorschlag sah einen verstärkten Zugriff auf Einrichtungen der geschlossenen Jugendfürsorge vor, wobei Runckel damit rechnete, auf diese Weise etwa 60 Prozent der von Fürsorgezöglingen in Anspruch genommenen Gebäudekapazität für Zwecke des Gesundheitswesens freizubekommen.[243] Brandt zeigte sich beiden Plänen gegenüber aufgeschlossen. Aus der Sicht des Generalkommissars hatten sie jedoch den gravierenden Nachteil, daß sie umfangreiche und zeitraubende Abstimmungen mit den betroffenen Instanzen erforderlich machten. Im Falle der Fürsorgeeinrichtungen war das zuständige Reichsinnenministerium zu beteiligen und die organisatorische Neugliederung der Heil- und Pflegeanstalten hätte weitreichende Eingriffe in die Rechte der regionalen Träger erfordert. Beide Maßnahmenpakete ließen sich unter den gegebenen Bedingungen kaum zügig durchsetzen. Vermutlich hat dieses Mißverhältnis zwischen dem akuten, durch neue Bettenforderungen der Wehrmacht noch verstärkten Handlungsdruck und der Zeitdimension potentieller Lösungen Brandt bewegt, Runckel zu bitten, Nitsche gegenüber „eine Andeutung fallen [zu] lassen, ob es ihnen möglich wäre, eine Aktivierung unserer spezifischen Therapie unauffällig in die Wege zu leiten".[244]

---

[243] Aufzeichnung Runckels über ein Treffen mit Brandt am 18. 7. 1944, BAB, R 96-II/7, sowie Nitsche an Blankenburg, 30. 7. 1944, ebenda.

[244] Runckel an Nitsche, 24. 7. 1944, BAB, R 96-I/7. Hierbei erweist es sich als grundsätzliches Problem, daß die Haltung Brandts nur durch Mitteilungen von Nitsche, Runckel und Allers überliefert ist. Alle drei waren jedoch an der Ausdehnung der Patientenmorde interessiert, so daß ihre Wiedergabe der Haltung Brandts erkennbar von dem Bemühen geprägt ist, auch aus vagen Willensäußerungen des Generalkommissars dessen Zustimmung zur „Euthanasie" herauszulesen. Brandt, der im Nürnberger Ärzteprozeß rückhaltloser aussagte als jeder seiner Mitangeklagten, hat jedoch diesen Punkt entschieden bestritten. Als er 1944/45 durch den SD davon Kenntnis erhalten habe, „daß in 2 Fällen in Sachsen und 1 Fall in Pommern in Heil– und Pflegeanstalten noch oder wieder Euthana-

Bereits einige Wochen zuvor hatte Nitsche für den 3.–5. Juli 1944 eine dritte Konferenz der Euthanasiepsychiater einberufen. Die Tagung fand in Wien statt und war offenbar nicht mit Brandt abgestimmt. Neben Nitsche und Blankenburg nahmen daran eine nicht näher bezeichnete Reihe von T4-Psychiatern, der Wiener Anstaltsdirektor Jekelius, der badische Anstaltsdezernent Schneider sowie Hefelmann und Heinze als Vertreter des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden teil, ferner der aus Auschwitz abkommandierte ehemalige Leiter der Vernichtungsanstalt Sonnenstein/Pirna, Horst Schumann. Die Beteiligung Schumanns legt den Schluß nahe, daß in Wien auch über die Ermordung tuberkulosekranker Zwangsarbeiter beraten wurde. Dieser Aktion, die im September 1944 in die Wege geleitet wurde, fielen bis Kriegsende allein in Hadamar 465 Patienten zum Opfer, wobei die hessische Anstalt nur eine von neun über das gesamte Reichsgebiet verteilten Sammelanstalten war.[245]

Die Tötung arbeitsunfähiger Zwangsarbeiter machte freilich nur einen kleinen Teil der Wiener Agenda aus. Ihr eigentliches Ziel sahen Nitsche und Blankenburg darin, „die T 4–Aktion wieder in vollem Umfange aufleben zu lassen"[246], diesmal nicht als zentralisierte Vergasung von Psychiatriepatienten, sondern als dezentralisiertes, aber durch die T4-Zentraldienststelle überregional koordiniertes Morden mittels überdosierter Betäubungsmittel innerhalb der Anstaltsmauern. In Wien scheint es zu heftigen internen Auseinandersetzungen über Ausmaß und Modus der geplanten Ausweitung gekommen zu sein. Schenkt man dem im allgemeinen recht zuverlässigen Hans Hefelmann Glauben, hat sich vor allem Heinze gegen eine Wiederaufnahme unter der Ägide der Zentraldienststelle ausgesprochen. Er begründete seinen Widerstand mit dem Hinweis, „daß eine Wiederaufnahme durch T4 dem ausdrücklichen Befehl Hitlers vom August 1941 [...] widerspreche".[247] Aus dem Kontext der Vernehmung wird deutlich, daß es sich bei dem an sich zutreffenden Einwand vermutlich um ein vorgeschobenes Argument handelte. Hefelmanns verfahrenstaktisch motivierter Erklärung, Heinze habe ver-

---

sie durchgeführt werde", habe er „sofort die Dienststelle Bouhler unterrichtet, habe an den Führer Meldung gegeben und auch an Reichsleiter Martin Bormann, da beide Fälle in Sachsen offenbar auf eine Beteiligung des Gauleiters hinwiesen". Daraufhin habe Hitler Bormann die Weisung erteilt, „sofort diese Maßnahmen dort abstellen zu lassen"; Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2433.

245 Klee, Euthanasie, S. 365, dort auch ein Schreiben Steinmeyers an Mennecke vom 4. 11. 1944, aus dem hervorgeht, daß Schumann Mitteldeutschland bereiste, um die Einrichtung von Sonderabteilungen für tuberkulosekranke Zwangsarbeiter zu erreichen. Der entsprechende Erlaß vom 6. 7. 1944 sah die Einrichtung solcher Abteilungen in Tiegenhof, Lüben, Landberg/Warthe, Schleswig, Lüneburg, Schussenried, Kaufbeuren, Hadamar, Pfafferode und Mauer-Öhling vor; zur Ermordung tuberkulosekranker Zwangsarbeiter vgl. Friedlander, Weg, S. 265f., sowie Hamann, Morde.

246 Aussage Hans Hefelmann, zit. nach der Vernehmung Hans Heinzes durch die Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht Hannover, 27. 9. 1961, S. 47, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hea–Hes, vgl. auch die Vernehmung Hefelmann (Fortsetzung), 1. 9. 1960, S. 34, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

247 Vernehmung Hefelmann durch das Landgericht Hannover, 7. 12. 1960, S. 19f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

sucht, damit eine Wiederaufnahme der Tötungen zu verhindern, wird man nur wenig Glauben schenken können. Plausibler scheint dagegen, daß der Chefgutachter der Kindereuthanasie, der zu den Vertretern eines „engeren“, aus zeitgenössischer Sicht „wissenschaftlich“ legitimierten Euthanasiebegriffs zählte, dort noch einmal jene Bedenken gegen den Modus der kriegswirtschaftlich legitimierten Patientenmorde vortrug, die er bereits in seinem Schreiben an Nitsche vom 20. Januar 1944 formuliert hatte. Das Ergebnis der Auseinandersetzungen war ambivalent. Die Mehrheit der Anwesenden stimmte für eine Ausweitung der Tötungen, übertrug die Verantwortung dafür aber nicht Blankenburg und Nitsche, sondern dem Reichsausschuß als dem „Träger des Euthanasiegedankens“[248] und letzter arbeitsfähiger Euthanasieorganisation. Heinze, der zusammen mit Hefelmann das Leitgespann des Reichsausschusses bildete, hat sich nach dem Krieg zugute gehalten, die Angelegenheit damit „auf Eis“[249] gelegt zu haben. Offensichtlich hat er dieses Verdienst zu Unrecht für sich in Anspruch genommen, denn mehrere Anstalten, die bereits vorher Medikamententötungen praktiziert hatten, weiteten diese seit dem Herbst 1944 erheblich aus.[250] Ob diese Entwicklung mit einer Rezentralisierung der „Euthanasie“ verbunden war, bleibt indes fraglich, da die Verteilung der T4-Dienststellen auf mehrere Standorte im Verein mit der wachsenden Schwierigkeit, den aktuellen Informationsstand über die Anstaltsbelegung an die mit der Verlagerung der Luftkriegsschwerpunkte rasch wechselnden gesundheitspolitischen Krisenszenarien anzupassen, die Steuerungsfähigkeit der Euthanasiedienststellen erheblich herabsetzte.[251] Nicht nur Kommunikationsprobleme erschwerten die Arbeit des Euthanasiekomplexes. Da der Modus der Anstaltstötungen anders als bei der „Aktion T4“ auf die Kooperation aller Beteiligten angewiesen war, ließ sich die Ausweitung der Tötungen gegen den Willen der Anstaltsärzte nicht erzwingen. Zumindest in Baden haben Psychiater das An-

---

248 Fortsetzung der Vernehmung Hefelmanns am 1. 9. 1960, S. 34, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

249 Vernehmung Heinze, 9. 11. 1961, S. 3f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hea–Hes.

250 Dies läßt sich zumindest für die Anstalten Großschweidnitz, Kaufbeuren und Uchtspringe nachweisen; Vernehmung Ester W., 14. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 189; Vernehmung Hildegard A., 2. 4. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2514, Bl. 203; Vernehmung Faltlhauser, 22. 4. 1948, S. 11f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F; Vernehmung Paul B., 8. 1. 1946, S. 8, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ba–Bh; Vernehmung Karl S., 8. 1. 1946, Anlage zur Vernehmung Michael F., S. 17, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F.

251 Vier Wochen nach der Wiener Konferenz begründete Linden eine erneute Umfrage der Reichsarbeitsgemeinschaft für die Heil- und Pflegeanstalten damit, daß ihm infolge „der zahlreichen Änderungen [...] eine Übersicht über die gegenwärtige Belegung der Heil- und Pflegeanstalten kaum noch möglich“ sei. „Die gegenwärtige Lage“ erfordere aber „dringend ausreichende Unterlagen für rasch zu fassende Entscheidungen“; Linden, Rundschreiben an die Heil- und Pflegeanstalten, 3. 8. 1944, MeckLHA, MfU/10063. Infolge der Verteilung der T4-Zentraldienststelle auf die Standorte Hartheim, Schoberstein/Attersee und Berlin seit August 1943 wurde die Kommunikation innerhalb des Euthanasiekomplexes zusätzlich erschwert, vgl. Nitsche an de Crinis, 20. 4. 1944, BAB, R 96-I/18, zur Geschäftsverteilung innerhalb des Euthanasiekomplexes vgl. Abb. 10.

sinnen des dortigen Anstaltsdezernenten, Nitsches „Luminalschema" einzuführen, verweigert.[252]

War die erste Phase der „Euthanasie" noch stark durch die biologistische Utopie einer gesunden, weil von ihren Schwachen „befreiten" Gesellschaft geprägt, bestimmen konkrete Nützlichkeitserwägungen und schrumpfende gesundheitspolitische Handlungsspielräume die zweite Phase. Ihre Genese zeigt, daß die Versorgung der somatisch Kranken und die Vernichtung von Psychiatriepatienten als integrale Bestandteile derselben Politik betrachtet werden können. Jedoch sind Interpretationen, die unter dem Schlagwort „Aktion Brandt" die Initiative zentraler Dienststellen zum Krankenmord betonen und versuchen, die zweite Phase der „Euthanasie" in das Paradigma einer „Endlösung der Sozialen Frage"[253] einzuordnen, durch die Quellen nicht gedeckt. Ein Hauptargument für die entscheidende Rolle der Zentralbehörden, die hektische Aktivität des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten seit dem Sommer 1942,[254] läßt sich überzeugender als Reaktion auf die Nachfrage kommunaler Gesundheitsverwaltungen nach Bettenkapazität in bislang vom Luftkrieg noch nicht betroffenen Regionen werten. Sein oft spätes Eingreifen geschah nicht zuletzt auch deshalb, um die eigene Planungskompetenz gegenüber den regionalen Instanzen zu erhalten. Linden reagierte bis zum Frühjahr 1943 mehr auf die Nachfrage durch die Kommunen, als daß er selbst aktiv wurde.[255] Sowohl Lindens Runderlaß vom August 1942, mit dem er die Heranziehung der Heil- und Pflegeanstalten als Ausweichkrankenhäuser einleitete, wie auch die unter seiner Federführung betriebene Ausweitung der Verlegungen im Herbst 1943 sanktionierten nachträglich eine in der Rheinprovinz längst geübte Praxis.[256] Wie am Beispiel der Evakuierungsforderungen aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf deutlich geworden ist, war der Reichsbeauftragte oft nicht imstande, den seitens der Regionen artikulierten Verlegungswünschen nachzukommen. Der gleiche Vorgang wiederholte sich wenige Monate später, als sich Linden kurze Zeit nach der Ausdehnung der Evakuierungen auf Westfalen dazu genötigt sah, lokale Forderungen nach weiteren Räumungstransporten zurückzuweisen, da die in Frage kommenden Anstalten so überfüllt seien, „daß Verlegungen, abgesehen von laufenden Sonderaktionen nicht mehr möglich sind".[257] Der Gegenbegriff „wilde Euthanasie" trifft nicht den Kern des Problems, denn die Radikalisierung der Gesundheitspolitik folgte einem präzis beschreibbaren

---

252 Aussage Dr. Kuhn im Freiburger Euthanasieprozeß, 8. 9. 1947, zit. nach Faulstich, Irrenfürsorge, S. 355.

253 So z. B. Wunder, Euthanasie, S. 147.

254 Wunder, Euthanasie, S. 12.

255 Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten wies nur auf Nachfrage Plätze in auswärtigen Anstalten nach; Landgericht Düsseldorf, Urteil im Verfahren gegen Walter Creutz u. a., 24. 11. 1948, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 3, Nr. 102, S. 465–529, 487.

256 Linden an die Landesregierungen u. a., 5. 8. 1942, BAB, R 18/5576. Die Empfehlung des Reichsinnenministeriums, analog zum Kölner Beispiel zu verfahren, datiert ebenfalls erst vom 23. 9. 1942, Cropp an die Landesregierungen u. a., BayHStA, MA/106387.

257 Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten an die Landesregierungen, Reichsstatthalter und Oberpräsidenten u. a., 24. 9. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I. Mit den „Sonderaktionen" sind vermutlich die Verlegungen aus Hamburg und Westfalen gemeint.

Verlaufsmuster. Seit 1943 – im Rheinland schon ein Jahr zuvor – wurden gesundheitspolitische Entscheidungen zunehmend unter dem Zwang getroffen, lokal die medizinische Versorgung der Bevölkerung luftkriegszerstörter Städte zu gewährleisten.[258] Am Anfang der zweiten Euthanasiephase stand der Wunsch zahlreicher, durch die Luftangriffe tief verunsicherter Stadtverwaltungen, möglichst viele tatsächlich oder potentiell medizinischer Betreuung Bedürftige aus dem eigenen Verantwortungsbereich zu entfernen. Hauptzielgruppe waren zunächst die Alten und die chronisch Kranken. Die Geisteskranken in der Rheinprovinz waren zu dieser Zeit ein eher nachrangiges Problem, in den Augen der Gesundheitsverwaltung eine bis zur letzten Konsequenz vernachlässigbare Größe. Die Verlegungen aus den Riehler Heimstätten in die ehemaligen Heilanstalten setzten ein, nachdem die Suche des Kölner Gesundheitsamtes nach alternativen Räumlichkeiten, etwa in Wehrmachtslazaretten, gescheitert war.[259] Für die Stadtverwaltungen bestand die entscheidende Frage nicht darin, die Psychiatriepatienten zu ermorden oder am Leben zu lassen, wichtig war lediglich der durch ihren Abtransport freigewordene Raum.[260] Für sie spielte es kaum eine Rolle, ob der Zielort der Verlegungen eine der vergleichsweise sicheren kleineren Privatanstalten war, oder eine polnische Hungeranstalt. Die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten, zunehmend auch die Alterssiechen, wurden in diesem System zur Verfügungsmasse, zur letzten Reserve eines zunehmend überlasteten Gesundheitssystems, das den Lebensraum der „Unproduktiven“ mit dem Verweis auf angebliche Kriegsnotwendigkeiten immer weiter beschränkte. Der „Abtransport nach Osten“ wurde ebenso wie der „überbezirkliche Ausgleich“ zur Chiffre für eine auf Komplexitätsreduktion bedachte Strategie der städtischen Sozialverwaltungen, die den Tod der Verlegten zumindest billigend in Kauf nahmen. Es bedurfte hierzu gar keines besonderen Anstoßes seitens irgendwelcher Zentraldienststellen, da quer durch die Instanzen ein breiter Konsens der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger darüber bestand, daß sowohl die gezielte Schmälerung der Gesundheit „Unproduktiver“ wie auch deren systematische Tötung integraler Bestandteil der Aufrechterhaltung medizinischer Regelversorgung war.

Die große gesundheitspolitische Bewegungsfreiheit der Mittelinstanzen in diesem Zeitraum hing eng mit den Machtverschiebungen auf der Reichsebene zusammen. Die Entscheidungen zum Abtransport der Psychiatriepatienten wurden zwischen dem Juni 1942 und dem Juli 1943 getroffen, in einer Phase, in der der Einfluß der zentralen Dienststellen des Gesundheitswesens durch den manifest werdenden Machtverlust Contis erheblich zurückgegangen war, ohne daß die entstandene Lücke bereits durch neue Institutionen gefüllt werden konnte. Da die traditionellen gesundheitspolitischen Machtzentren durch den Autoritätsverlust Contis und die Entmachtung der Führerkanzlei, die bislang die politische Verant-

---

258 Vgl. von Rönn, Marginalisierung, S. 280.

259 Stadtverwaltung Köln, Amt 61-Mob., an den Reichsverteidigungskommissar Köln, 6. 6. 1942, StadtAK, Acc. 673/43.

260 Der Provinzialverband Rheinland bemühte sich z. B. intensiv um die Verlegung von Patienten nach Belgien und Frankreich; Creutz an Kölner Regierungspräsidenten, 25. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 63; vgl. Böhme/Lohalm, Wege, S. 20.

wortung für die Patientenmorde getragen hatte, in ihrer Handlungsfähigkeit stark beschränkt waren, und der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten Linden dieses Machtvakuum nicht vollständig ausfüllen konnte, kam den gesundheitspolitischen Mittelinstanzen sowohl bei der Bewältigung des Luftkriegs als auch bei der Radikalisierung der Psychiatriepolitik eine entscheidende Rolle zu. Sie griffen Anregungen der lokalen Gesundheitsbürokratie auf, bündelten sie und transformierten sie bei Bedarf auf die Reichsebene. Die Reichsverteidigungskommissare hatten aufgrund ihrer Doppelfunktion als Mitglieder der nationalsozialistischen Führungselite und regionale Machtträger im komplexen Herrschaftsgefüge des „Dritten Reiches" eine Schlüsselstellung zwischen der Regional- und der Zentralebene inne. Gauleiter radikalisierten eigenständig die Psychiatriepolitik und wirkten als Verstärker der stetig wachsenden Forderungen ihrer Städte. Im Warthegau[261], in Pommern[262], in der nördlichen Rheinprovinz/bzw. Hessen-Nassau und vor allem in Sachsen, trugen die Gauleitungen die Hauptverantwortung für die Ingangsetzung der Krankenmorde. Die Gaugesundheitsführer, dies zeigen die Vorgänge in den Gauen Köln und Sachsen, hatten als organisatorische Schnittstelle zwischen der Gauleitung und der inneren Verwaltung entscheidenden Anteil am Verlegungsgeschehen. Das in mehrere Gaue aufgeteilte Bayern mit seiner verhältnismäßig starken staatlichen Gesundheitsbürokratie scheint hier eher ein Sonderfall gewesen zu sein. Diese Betrachtungsweise legt es nahe, den Kreis der Verantwortlichen weiter zu ziehen, als dies der Blick aus der Perspektive der Zentralbehörden erlaubt. Die Mitwirkenden auf der mittleren und unteren Funktionärsebene, städtische Amtsärzte, Anstaltsdirektoren, die Medizinaldezernenten der Bezirksregierungen und Psychiatriedezernenten der preußischen Provinzialverbände, vor allem aber die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP, beteiligten sich aktiv an der Reduktion der Lebenschancen psychisch Kranker.

Insgesamt gesehen, lassen sich die Befunde idealtypisch zu einem Verlaufsmodell verdichten, in dem Machtträger auf der Mittelebene der Verwaltung, insbesondere die Gauleiter und Reichsverteidigungskommissare, den Anstaltsärzten vor Ort breite Spielräume für die gewaltsame „Lösung" von regional wahrgenommenen psychiatrischen Überfüllungskrisen einräumten. Diese regionalen Initiativen wurden von einer Gruppe ehemaliger T4-Psychiater um Hermann Nitsche und Max de Crinis aufgegriffen, um den Massenmord an den geistig Behinderten neu aufleben zu lassen. Diese Entwicklung läßt sich jedoch kaum mit dem Begriff der Zentralisierung fassen, denn der Euthanasiekomplex verfügte lediglich – und auch nicht uneingeschränkt – über die Verlegungstransporte. Sein Einfluß auf die Behandlung der Patienten innerhalb der Anstalten, die nicht zu den expliziten Tötungsanstalten zählten, blieb dagegen begrenzt.

Es scheint daher sinnvoll, die zweite Welle der Krankenmorde als regionalisierte „Euthanasie" in zweifacher Hinsicht abzugrenzen: Erstens von Begrifflichkeiten, die unter dem Stichwort „wilde Euthanasie" die Bedeutung einzelner Akteure aus den Reihen der Anstaltsärzte als einzige Quelle, aus der sich die zweite

---

261 Dazu Rieß, Anfänge.
262 Bernhardt, Anstaltspsychiatrie, S. 11.

Mordwelle speiste, in unzulässiger Weise betonen und dabei die Koordination von Verlegungen und Tötungen auf der regionalen Ebene zu wenig beachten, und zweitens auch von empirisch unzureichend fundierten Interpretamenten, die unter dem Schlagwort „Aktion Brandt“ Handlungsmöglichkeiten zentraler Dienststellen überbewerten und so die Bedeutung der Regionen als entscheidendem Handlungsraum der Krankenmorde in der zweiten Euthanasiephase analytisch nicht fassen können.[263]

Verlaufsgeschichtlich erscheinen die Geisteskrankenmorde der zweiten Euthanasiephase als zunehmend radikalisierte Improvisationen, deren wichtigste Determinante im Konsens aller Handlungsträger bestand, das Funktionieren des Gesundheitssystems unter den Bedingungen des Luftkriegs durch den Zugriff auf die Ressourcen der Psychiatrie aufrecht zu erhalten. Die Spannweite der möglichen Lösungen reichte von der Verlegung der Anstaltsinsassen über die Schmälerung ihrer Lebenschancen bis hin zur gezielten Tötung. Im Gegensatz zur „Aktion T4“ war diese zweite Euthanasie-Phase nicht durch eine einheitliche Strategie und zentrale Anleitung, sondern durch das Nebeneinander zentraler Lenkungsversuche, regionaler Initiativen und lokaler, durch den Euthanasiekomplex im nachhinein sanktionierter Einzelaktionen geprägt, bei denen die Geisteskranken zwischen den verschiedenartigen Interessen der Handlungsträger förmlich zerrieben wurden.

---

263 Blasius, Seelenstörung, S. 182, hat zur Kennzeichnung der zweiten Phase das Begriffspaar „‚Euthanasie‘ von ‚oben‘“ vs. „‚Euthanasie‘ von ‚unten‘“ vorgeschlagen, das mit der von mir verwendeten Begrifflichkeit in seiner Skepsis gegenüber zentralistischen Interpretamenten übereinstimmt. Allerdings scheint es mir die entscheidende Mittelebene der Verwaltung nicht genügend zu konturieren. Die „Euthanasie von unten“ umfaßt nur den wichtigen Handlungsstrang der Anstaltspsychiater.