

Rebecca Schwoch (Hg.)

**Umgang mit der Geschichte der
NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation**

Rebecca Schwach (Hg.)

Umgang mit der Geschichte der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation

Berichte des Arbeitskreises zur Erforschung der
nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation
Band 13

Psychiatrie Verlag

Rebecca Schwoch (Hg.)

Umgang mit der Geschichte der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation

1. Auflage 2023

ISBN 978-3-96605-265-8

Berichte des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen
»Euthanasie« und Zwangssterilisation, Band 13

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie Verlag, Köln 2023

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln

Lektorat: ###

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: Schaltungsdienst Lange, Berlin

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Vorwort	7
Umgang mit der Geschichte der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation an Lern- und Gedenkort <i>Rebecca Schwoch</i>	8
Zur Geschichte der Evangelischen Stiftung Alsterdorf: vom Ausschluss zum Einschluss <i>Michael Wunder</i>	15
I Psychiatrie im Nationalsozialismus	
Schocktherapien in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Hansischen Universität Friedrichsberg um 1941 <i>Marta Leonora Frank</i>	26
Verlegungen begründen: Fallstudien der Hamburgischen Psychiatrischen Klinik aus dem Jahr 1941 <i>Ralph Höger</i>	40
»Krankheit: Gutachten« Spuren psychiatrischer Gutachtertätigkeiten in den Friedrichsberger Akten um 1940 <i>Ulrich Mechler</i>	64
»Meine Tochter ist ein geistig gesunder Mensch« Zur Psychiatrisierung sozialrassistisch Verfolgter im Nationalsozialismus am Beispiel Hamburgs <i>Frauke Steinhäuser</i>	87
II Erinnerung vs Vergessen in der Ukraine	
Erinnerung vs Vergessen: Die Ermordung von Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Klinik in Poltawa während der NS-Besatzung im historischen Gedächtnis der ukrainischen Gesellschaft <i>Dmytro Tytarenko</i>	98
III Gedenkpolitische Arbeit durch Angehörige	
Trauma und transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen: der Fall Annemarie Siegfried und seine Folgen <i>Susanne Hartig</i>	108

Tradierung im Feld der NS-»Euthanasie« Probleme der gedenkpolitischen Arbeit durch Angehörige <i>Andreas Hechler</i>	116
Verhandelte Geschichte – Erinnerung als Vermittlung und Verarbeitung <i>Barbara Stellbrink-Kesy</i>	126
A Family Story <i>Itamar Wexler</i>	137
IV Lern- und Gedenkort des Medizinhistorischen Museums Hamburg	
Ein Lernort im Museum »Medizinverbrechen im Nationalsozialismus« als Herausforderung für Gestaltung und Vermittlung <i>Henrik EBler</i>	146
Werbung für das Sterilisationsgesetz. Curt Thomallas Kampagnen im Auftrag des Propagandaministeriums. <i>Philipp Osten</i>	158
Eine Bücherwand als medizinhistorische Spezialsammlung und Exponat im Lern- und Gedenkort des Medizinhistorischen Museums Hamburg <i>Rebecca Schwoch</i>	180
V Berichte aus Projekten	
Buchprojekt: Das Christophsbad Göppingen. Eugenik und NS-»Euthanasie« 1933 bis 1945 <i>Daniel Hildwein und Thomas Stöckle</i>	190
Zu Zwangssterilisation und dezentraler »Euthanasie« in den v. Bodelschwingschen Anstalten. Bericht aus dem DFG-Projekt »Großbetrieb der Barmherzigkeit. Bethel 1924-1949« <i>Marion Hulverscheidt und Uwe Kaminsky</i>	201
VI Berichte aus dem Arbeitskreis	
Suizidassistenz – ein Thema für den Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation? <i>Michael Wunder</i>	214
Autor:innen-Verzeichnis	225

Vorwort

Vom 10. bis 12. Juni 2022 fand die Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation an zwei Orten in Hamburg statt: In der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Die Organisationsgruppe bestand aus Ralph Höger, Harald Jenner, Philipp Osten, Rebecca Schwoch und Michael Wunder.

Den ersten Tagungstag in der St. Nicolaus Kirche Alsterdorf rahmten die Grußworte von Pastor Uwe Mletzko, Direktor der Ev. Stiftung Alsterdorf, und Prof. Blanche Schwappach-Pignataro, Dekanin der Medizinischen Fakultät am UKE.

Der erste Tag war außerdem besonders, weil der ukrainische Forscher Prof. Dmytro Tytarenko per Videoschaltung aus Krywyj Rih eine Botschaft übersandte: Er sprach insbesondere über die »Tragödie im Donbass« und über »einen der blutigsten, destruktivsten und längsten Konflikte im Nachkriegseuropa«. Seine Forschungen über die Krankenmorde in der Ukraine während der deutschen Okkupation werden äußerst erschwert, da nicht nur russische Archive unzugänglich sind; Menschen, mit denen Dmytro Interviews führen wollte, sind auf der Flucht. Die Folgen dieses Krieges werden noch über »Jahre und Jahrzehnte« zu spüren sein, die Gesellschaft ist gespalten – »ein riesiges, kolossales Problem«. Schon jetzt seien »Tendenzen einer Hexenjagd« bei der Suche nach den »Feinden des Volkes« spürbar: »Dies gilt insbesondere für Historiker, die die heutigen Ereignisse aus verschiedenen Perspektiven beschreiben wollen. [...] Ich wünsche mir, dass der Wert des menschlichen Lebens [...] nicht vergessen wird. Weder von der Gesellschaft noch von den Politikern.«

Es fällt schwer, in einer kriegs- und krisengebeutelten Zeit wie heute, wo Kriege und deren Auswirkungen Mitteleuropa erreicht haben, ausreichende Konzentration für historische Forschungen und ethische Debatten, für Erinnerungs- und Vermittlungsarbeit auf einem Gebiet zu finden, in dem es um Einschüchterung, Diskriminierung, Verfolgung, Verletzung und Ermordung von Menschen geht, denen der Wert menschlichen Lebens aberkannt wurde. Letztlich geht es auch darum, den Wert der Demokratie zu betonen! Somit sind das Motto unserer Frühjahrstagung »Umgang mit der Geschichte« und die 17 Beiträge dieses Buches aktueller denn je.

Ich danke allen Autor:innen für ihre – wie ich finde – gelungenen Beiträge und die gute Zusammenarbeit.

Rebecca Schwoch

Umgang mit der Geschichte der NS- »Euthanasie« und Zwangssterilisation an Lern- und Gedenkorten

Rebecca Schwach

Längst ist bekannt, dass zwischen 1934 und 1945 mindestens 350.000 Menschen zwangssterilisiert wurden, dass zwischen 1940 und 1941 mehr als 70.000 Menschen in Gaskammern von Heil- und Pflegeanstalten erstickt wurden, dass zwischen 1941 und 1945 eine noch immer unbekannte Zahl durch Nahrungsentzug, Vernachlässigung oder Überdosierung von Medikamenten ermordet wurde.¹ Zu den betroffenen Kindern, Jugendlichen, Frauen und Männern gehörten geistig und körperlich Behinderte, Fürsorgeempfänger:innen, Langzeitarbeitslose, Alkoholabhängige oder auch sozialrassistisch Verfolgte. Mit Sterilisation und Mord von Hunderttausenden wollten die Verantwortlichen die »rassische« Gesundheit des deutschen »Volkskörpers« wiederherstellen. Diese Verbrechen wirken bis in unsere Gegenwart und auch in die Zukunft.

In der Öffentlichkeit wie in der (akademischen) historischen Forschung fanden diese unfassbar menschenverachtenden Taten – zumal in ihrem europaweiten Ausmaß – jahrzehntelang nur wenig Beachtung. Sie gehörten allzu lange zu den »vergessenen Massenverbrechen des ›Dritten Reiches.«² Die ersten Dokumentationen erlebten Ignoranz und Empörung über die vermeintliche Nestbeschmutzung: Alexander Mitscherlich und Fred Mielke hatten als Beobachter am Nürnberger Ärzteprozess teilgenommen und publizierten »Das Diktat der Menschenverachtung« (1947) sowie die erweiterte Dokumentation »Wissenschaft ohne Menschlichkeit« (1949) und die Taschenbuchausgabe »Medizin ohne Menschlichkeit« (1978). Alice Platen-Hallermund hatte ihre Prozessbeobachtung in Nürnberg auf »Die Tötung Geisteskranker in Deutschland« fokussiert und 1948 publik gemacht.³ Auch dieses Buch blieb viele Jahre ohne nennenswerte Beachtung. Gründe für die Reaktionen auf diese Aufarbeitung sind im historischen Kontext der Nachkriegszeit zu sehen: Nur eine Minderheit in Deutschland empfand Betroffenheit und Scham über diese und auch andere NS-Verbrechen. Abwehr und

Ich danke Frauke Steinhäuser fürs kritische Lesen und immer wieder wertvolle Denkanstöße und für immer wieder ...

1 Vgl. Hoffmann 2022.

2 Herzog/Roelcke/Schulte/Weindling 2021, S. IX.

3 Vgl. Mitscherlich/Mielke 1947; Mitscherlich/Mielke 1949; Mitscherlich/Mielke 1978; Platen-Hallermund 1948.

Sprachlosigkeit, fehlende Trauer um die Opfer und verdrängte Inhalte verhinderten oder erschwerten jahrzehntlang eine Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit, wovon die Forschenden der 1970er und 1980er Jahre immer noch massiv betroffen waren. Zu den wichtigen Grundlagenforschungen dieser zwei Jahrzehnte gehören beispielsweise Gerhard Schmidts Buch über die »Selektion in der Heilanstalt« oder die vielen Arbeiten von Ernst Klee.⁴

Diese Haltung hatte gleichermaßen eine Auswirkung auf die Archivierung von Dokumenten jeder Art: Schon gegen Ende des Krieges, aber auch später wurden unzählige Akten vernichtet, Dokumente wurden jahrzehntlang zurückgehalten oder nur partiell zugänglich gemacht. Hinzu kommen die nach wie vor oft restriktiven Nutzungsbedingungen von Seiten vieler Archive. Das ließ und lässt in vielen Bereichen keine oder eine nur bruchstückhafte Aufarbeitung zu das gilt nicht nur für die Geschichte der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation.

Lange waren nur Akten aus Archiven lokaler Institutionen vorhanden oder konnten Informationen nur über die Ermittlungs- und Strafverfahren gegen einzelne Angeklagte bzw. aus den Beständen zentraler Reichsinstitutionen ermittelt werden, »die an der Schaffung der politischen, juristischen und verwaltungsmäßigen Voraussetzungen der ›Euthanasie‹-Aktionen beteiligt waren«, wie z.B. dem Reichsinnenministerium.⁵ Als dann Anfang der 1990er Jahre aus dem ehemaligen Zentralarchiv des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR bis dahin unbekannte Dokumente aus der NS-Zeit auftauchten – unter ihnen ca. 30.000 »T4«-Krankenakten – galt das als eine Sensation.⁶ Diese Akten bildeten erstmals die Grundlage für eine große, von der DFG geförderten Studie, in der auf der Basis einer Stichprobe von 3.000 Krankengeschichten die Opfer selbst im Mittelpunkt standen, aber auch das Meldewesen resp. die Selektionskriterien erforscht werden konnten.⁷ Es sollten viele weitere Aktenkonvolute gefunden werden bzw. auftauchen, wie beispielsweise die sog. Friedrichsberger Akten der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg (ab 1935 Psychiatrische- und Nervenklinik der Universität Hamburg). Mit diesem Aktenbestand haben Leonora Frank über die Schocktherapien, Ralph Höger über Verlegungsentscheidungen und Ulli Mechler über Gutachtertätigkeiten für diesen Sammelband geschrieben.

Während die Holocaustforschung personenorientiert arbeitet und die Opfer nicht anonymisiert,⁸ herrscht in der »Euthanasie«-Forschung noch immer große Unsicherheit, nicht datenschutzkonform oder gar gegen die Gefühle von Angehörigen zu verstoßen. Weil die Quellengrundlage Patientenakten sind, die sensible, die Intimsphäre und

4 Schmidt 1983; von Klee sei beispielhaft genannt: Klee »Euthanasie« 1983.

5 Roelcke/Hohendorf 1993, S. 479.

6 Vgl. Roelcke/Hohendorf 1993.

7 Vgl. Rotzoll/Hohendorf/Fuchs et al. 2008.

8 Paul Weindling gehört zu den Forschenden, die sich vehement und explizit für die konkrete Benennung von Opfern einsetzt, denn die »Opfer, deren Namen nicht vollständig genannt werden, bleiben unbekannt und verschwinden aus der kollektiven Erinnerung«. Weindling 2022, S. 332.

Würde der betreffenden Personen verletzende Informationen enthalten, haben sich die drei Autor:innen Leonora Frank, Ralph Höger und Ulli Mechler dazu entschlossen, die Namen der von ihnen erwähnten Opfer überwiegend zu anonymisieren. Frauke Steinhäuser hingegen hat sich in ihrem Beitrag mit der Verfolgung von Menschen beschäftigt, die auf Grund ihres normabweichenden Verhaltens mit einer Scheindiagnose psychiatrisiert wurden und damit in sog. Wohlfahrtsanstalten eingewiesen, zwangssterilisiert und vielfach auch in »Heil- und Pflegeanstalten« deportiert wurden. Die mittellosen und auf staatliche Unterstützung angewiesenen Menschen, die Frauke Steinhäuser beispielhaft auf Grund von Vormundschaftsakten, Akten der Gesundheitsbehörde u.a. beschreibt, sind mit ihren Klarnamen genannt. Daniel Hildwein und Thomas Stöckle haben sich ebenfalls – nach vielen Diskussionen und Gesprächen – auch für ihren Beitrag in diesem Band für die klare Nennung der T4-Opfer des Christophsbades Göppingen entschlossen.

Das zeigt, dass insgesamt angesichts der unterschiedlichen Auslegung des Bundesarchivgesetzes und der zahlreichen Landesarchivgesetze tatsächlich »ein verblüffendes Durcheinander in der Praxis des Gedenkens und der Forschung«⁹ besteht. Archivar:innen, so Paul Weindling weiter, würden die Quellen mal als medizinische Aufzeichnungen definieren, die als vertraulich zu behandeln seien, mal würden sie sie als Akten mit Bezug zum Holocaust sehen, die offenzulegen seien.¹⁰

1983 begann die Geschichte des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation. In Gütersloh trafen sich erstmals Mediziner:innen und Historiker:innen, um über ihre Forschungen zur Psychiatrie im Nationalsozialismus zu berichten und zu diskutieren. In den folgenden Jahren erweiterten persönlich Betroffene sowie weitere Forschende aus den Rechtswissenschaften, der Theologie, der Pädagogik den Arbeitskreis, darunter haupt- und nebenberuflich Forschende sowie Interessierte: »In lockerer, offener Verbindung ist ein Arbeitskreis entstanden, der die Forschungen zu diesem Thema weitgehend geprägt hat.«¹¹ Was den Arbeitskreis auszeichnet, sind seine Kontinuität und Aktivität historischen Arbeitens seit nunmehr 40 Jahren.¹² Außerdem bezog und bezieht der Arbeitskreis immer wieder auch aus historischer Perspektive Stellung zu gegenwärtigen politischen und ethischen Debatten, genannt sei beispielsweise der Appell für die Anerkennung und Entschädigung aller Opfer des Nationalsozialismus, die Grafenecker Erklärung zur Bioethik oder die Stellungnahme zur Suizidassistenten.¹³ Auch in diesem Band befindet sich ein Beitrag über die Suizidassistenten, in dem Michael Wunder die rhetorische Frage

9 Weindling 2022, S. 335.

10 Ebda.

11 Gedenkort-T4.eu.

12 Die Jubiläumstagung wurde im Juni 2023 vom Förderkreis Gedenkort T4 e.V. und dem GeDenkOrt Charité ausgerichtet.

13 Vgl. Homepage des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation.

stellt, ob dieses Thema überhaupt ein Thema für den Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation ist? Die Antwort liegt in der historischen Dimension dieser Debatte sowie darin, dass die vom Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 verlangte Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe eine große Herausforderung für die Gesellschaft sein wird.

Die zweimal jährlich stattfindenden Tagungen des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation finden an wechselnden Orten statt, die Stätten der NS-Verfolgung und Ermordung waren. Viele dieser Orte sind mittlerweile eingehend erforscht und fungieren als Gedenkstätten mit wichtiger Forschungs-, Erinnerungs- und Vermittlungsarbeit. Gleichwohl bleibt die Geschichte der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation nicht nur in Deutschland, sondern oder gerade auch im besetzten Europa »fragmentiert und unvollständig«¹⁴. Einen Teil dieser Lücke schließt Dmytro Tytarenko, der über die »Euthanasie« in der Ukraine während der deutschen Okkupation forscht und in diesem Band über die Ermordung von Patient:innen der psychiatrischen Klinik in Poltawa während der NS-Besatzung geschrieben hat. Sein Beitrag tariert das Geschehen im historischen Gedächtnis der ukrainischen Gesellschaft zwischen Erinnerung und Vergessen aus, wobei es zurzeit in erster Linie der gegenwärtige russisch-ukrainische Krieg sei, der es schwierig oder gar unmöglich mache, eine Politik des Gedenkens an die Opfer des Zweiten Weltkriegs zu betreiben.

Historische Orte des Gedenkens gibt es zahlreich. Die Frühjahrstagung des »Euthanasie«-Arbeitskreises im Jahre 2022 fand in Hamburg an zwei Lern- und Gedenkort statt: im Medizinhistorischen Museum Hamburg, UKE, sowie in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf.

Im November 2017 wurde der Lern- und Gedenkort »Medizinverbrechen im Nationalsozialismus« im Medizinhistorischen Museum Hamburg eröffnet. Dieser Ort ist zwar kein »authentischer Ort«, aber das Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf war mit der Durchführung von Zwangssterilisationen, durch die Selektion von Psychiatriepatient:innen zur Verlegung in die damalige Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn sowie über die Gutachten leitender Ärzte in die NS-Medizinverbrechen involviert; Henrik Eßler hat die Herausforderung einer musealen Gestaltung und Vermittlung eines solchen Themas in diesem Band beschrieben. Das größte Exponat in einem dieser Räume ist eine bis zur Decke reichende Bücherwand. Rebecca Schwoch beschreibt in diesem Band die Doppelfunktion dieser Bücherwand als Spezialsammlung und als museales Exponat; außerdem analysiert sie eine solche Bücherwand als Medium der Sprache. Auch Philipp Osten nimmt ein Objekt aus der Sammlung des Museums zum Ausgangspunkt seines Beitrags. Er analysiert eine Broschüre, die 1934 an alle Haushalte im Deutschen Reich verteilt wurde, um für die Zwangssterilisierung zu werben, und schildert die Karriere ihres Verfassers.

14 Weindling 2022, S. 330.

Am 9. Mai 2022 fand die Eröffnung des Lern- und Gedenkortes in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf statt. Um diesen Ort zu schaffen, wurde die auf dem Anstaltsge-
 lände befindliche Kirche saniert und das über acht Meter hohe Altarbild von 1938 aus
 dem Kirchengebäude herausgetrennt und vor der Kirche in einer Senke als Mahnmal
 platziert. Geradezu umkreist wird dieses Mahnmal von einer Wand voller Fotos und
 Namen der Alsterdorfer Menschen, die deportiert und vielfach ermordet worden sind.
 An diesem »Ort der lebendigen Auseinandersetzung für alle«,¹⁵ befindet sich außerdem
 eine Hör-Sehinstallation mit wichtigen Erklärungen auch von Angehörigen resp. Nach-
 kommen. Einen Beitrag zur Geschichte der Evangelischen Stiftung Alsterdorf – von der
 Exklusion zur Inklusion – hat Michael Wunder für diesen Band geschrieben. Er war es
 auch, der in seiner Ansprache zur Eröffnung des Lern- und Gedenkortes Alsterdorf am
 9. Mai 2022 betonte, dass es schwer falle, an diesem Tage diesen Lern- und Gedenkort
 einzuweihen und der Opfer der »Euthanasie« zu gedenken, denn es sei »eben auch
 der Tag, an dem Russland dem Sieg über Hitlerdeutschland gedenkt, Putin diesen Tag
 aber dafür missbrauchen wird, den durch nichts gerechtfertigten Angriffskrieg auf die
 Ukraine mit dem damaligen Sieg über den Faschismus zu legitimieren«.¹⁶

An beiden Lern- und Gedenkort, in Alsterdorf wie im UKE, haben die verfolgten
 und ermordeten Menschen nebst ihren Angehörigen einen dominanten Platz bekom-
 men. An beiden Orten war es ein ausgesprochenes Bedürfnis, Namen und – wo mög-
 lich – Gesichter zu zeigen. Das Bekanntwerden dieser lange Zeit Unbekannten ist neben
 den Forschenden vor allem Angehörigen zu verdanken, die sich auf die Spurensuche¹⁷
 ihrer Familienmitglieder machen. Der vorliegende Band verdankt gleich vier Angehöri-
 gen Beiträge, die sich mit der gedenkpolitischen Arbeit durch Angehörige beschäftigen
 resp. die eigenen Familienmitglieder in den Mittelpunkt stellen und damit zeigen, dass
 belastende Erfahrungen und Traumata von einer Generation in die nächsten weiterge-
 geben werden können: Andreas Hechler, dessen Urgroßmutter in Hadamar im Rahmen
 der »Aktion T4« ermordet wurde, fordert in seinem Beitrag mehr Anerkennung der
 Erinnerungsarbeit von Nachkommen ein, was jedoch eine Gesellschaft benötige, die
 die Ursachen des Nationalsozialismus beseitigt habe. Susanne Hartig setzt sich in ih-
 rem Beitrag mit dem Trauma und der transgenerationalen Übertragung traumatischer
 Erfahrungen am Beispiel ihrer Tante Annemarie Siegfried auseinander. Auch Barbara
 Stellbrink-Kesy zeigt in ihrem Beitrag am Beispiel ihrer Großmutter Irmgard Heiss, dass
 Erinnerungsarbeit Vermittlung sein, aber auch als Verarbeitung transgenerationaler
 Folgen der NS-«Euthanasie« wirken kann. Itamar Wexler hat für seine Auseanderset-
 zung mit der Lebensgeschichte seiner Großmutter¹⁸ und dem Schweigen in der Familie

15 Strasse der Inklusion.

16 Wunder 2022, S. 1.

17 Vgl. Kosemund 2005.

18 Sonia Wechsler war eine von 136 jüdischen Patient:innen, die am 23. September 1940 in der Tötungs-
 anstalt Brandenburg an der Havel ermordet wurden.

darüber den Film als Medium gewählt: *The Voyage*. In diesem Band hat Itamar Wexler diese Geschichte – »A Family History« – in schriftliche Worte gefasst.

Die Identifizierung von Opfern der Zwangssterilisation und »Euthanasie« ist in den letzten Jahren vorangeschritten. Gute alte Praxis der Tagungen des Arbeitskreises ist es, Berichte aus laufenden oder beendeten Drittmittel-Projekten vorzustellen. Daran haben sich Daniel Hildwein und Thomas Stöckle mit ihrem Beitrag über das Christophsbad Göppingen sowie Marion Hulverscheidt und Uwe Kaminsky mit ihrem Beitrag über die v. Bodelschwinghschen Anstalten beteiligt.

Das Motto der Frühjahrstagung des Arbeitskreises im Juni 2022 in Hamburg lautete »Umgang mit der Geschichte«. Dieses Motto lebt in den beiden Austragungsorten – den Lern- und Gedenkort in Alsterdorf und im UKE – und spiegelt sich zudem in diesem 13. Band der Berichte des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation mit seinen vielfältigen Beiträgen wieder.

Literatur

- Gedenkort-T4.eu.: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation. Initiative in Gütersloh, <https://gedenkort-t4.eu/historische-orte/arbeitskreis-zur-erforschung-der-nationalsozialistischen-euthanasie-und> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Herzog, Dagmar; Roelcke, Volker; Schulte, Jan Erik; Weindling, Paul (2021): Vorwort zur Reihe. In: Osterloh, Jörg; Schulte, Jan Erik (Hg): »Euthanasie« und Holocaust. Kontinuitäten, Kausalitäten, Parallelitäten (=Schriftenreihe der Gedenkstätte Hadamar, Bd. 1). Paderborn: Brill Schöningh, S. IX-X.
- Hoffmann, Ute (2022): Stellungnahme zur Anhörung am 26.09.2022 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Kultur und Medien, Ausschussdrucksache 20(22)32, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw39-pa-kultur-908960> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Homepage des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation, <https://www.ak-ns-euthanasie.de/stellungnahmen/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Klee, Ernst (1983): »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch.
- Kosemund, Antje (2005): Spurensuche Irma. Berichte und Dokumente zur Geschichte der »Euthanasie-Morde« an Pflinglingen aus den Alsterdorfer Anstalten, 2. erg. Aufl., hg. von der Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes – Bund der Antifaschistinnen und Antifaschisten (VVN-BdA) Land Hamburg.
- Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred (1947): Das Diktat der Menschenverachtung. Heidelberg: Verl. Lambert Schneider.
- Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred (1949): Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Heidelberg: Verl. Lambert Schneider.

- Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred (1978): *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Neuausgabe. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch.
- Platen-Hallermund, Alice (1948): *Die Tötung Geisteskranker in Deutschland*. Aus der Deutschen Ärztekommision beim Amerikanischen Militärgericht. Frankfurt/Main: Verlag der Frankfurter Hefte.
- Roelcke, Volker; Hohendorf, Gerrit (1993): Notizen: Akten der »Euthanasie«-Aktion T4 gefunden. In: *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 41, Heft 3, S. 479-481, http://www.ifz-muenchen.de/heftarchiv/1993_3.pdf [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Rotzoll, Maike; Hohendorf, Gerrit; Fuchs, Petra et al. (2008) (Hg.): *Die nationalsozialistische »Aktion T4« und ihre Opfer. Historische Bedingungen und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn: Schöningh.
- Schmidt, Gerhard (1983): *Selektion in der Heilanstalt 1939-1945*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Strasse der Inklusion, <https://www.strasse-der-inklusion.de/lern-und-gedenkort/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Weindling, Paul (2022): Zur Dimension der »Euthanasie«-Verbrechen im deutsch besetzten Europa. Ein Überblick in Zahlen und ein Plädoyer für das Ende der Anonymisierung der Opfer. In: Osterloh, Jörg; Schulte, Jan Erik; Steinbacher, Sybille (Hg.): *»Euthanasie«-Verbrechen im besetzten Europa. Zur Dimension des nationalsozialistischen Massenmords*. Göttingen: Wallstein Verlag, S. 325-362.
- Wunder, Michael (2022): *Ansprache zur Eröffnung des Lern- und Gedenkorts Alsterdorf*, <https://www.strasse-der-inklusion.de/2022/05/18/eroeffnung-des-lern-und-gedenkorts/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].

Zur Geschichte der Evangelischen Stiftung Alsterdorf: vom Ausschluss zum Einschluss

Michael Wunder

»Ausgeschlossen« ist das erste Wort im Titel eines Buches zur Gesamtgeschichte der über 150-jährigen Geschichte der Alsterdorfer Anstalten,¹ der heutigen Evangelischen Stiftung Alsterdorf, vom Gründungsjahr 1863 bis heute.

»Ausgeschlossen« steht für Ausgrenzung, Ausschluss, Sonderort. Das ist zumindest unser heutiger Blick auf die Zeit der Anstaltsgründung. Dieser Blick, der durch das heutige Verständnis des Umgangs mit Menschen mit Behinderung und deren zunehmend durch Selbstbestimmung und Teilhabe gekennzeichnete Rolle in unserer Gesellschaft bestimmt ist, trügt jedoch und führt zu einem Missverständnis der Gründungsgeschichte der Alsterdorfer Anstalten.

Die meisten Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen waren die längste Zeit bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts oft noch in das Beziehungsgeflecht von Familien, Dorfgemeinschaften und Nachbarschaften eingebunden, auch wenn ihr Leben am Rande der Gesellschaft stattfand und viele von ihnen immer wieder von Verfolgung als »vom Teufel Besessene« bedroht waren. Als jedoch durch das stürmische Bevölkerungswachstum und die zunehmende Industrialisierung diese Art einer fragilen Integration in immer mehr Regionen und insbesondere in Großstädten wie Hamburg unmöglich wurde, wurden diese Menschen »freigesetzt« und kamen meist in Siechenhäuser, Gefängnisse oder »Irrenanstalten«. Wenige fristeten als sogenannte »Originale« und gerade geduldete Ausnahmeerscheinungen ein notdürftiges Leben in der Öffentlichkeit.

Vor diesem Hintergrund gründete Heinrich Matthias Sengelmann eine »christliche Arbeitsschule« für von Verwahrlosung bedrohte Kinder in seiner Gemeinde in Moorfleet in den Marschlanden südöstlich von Hamburg. Erst später richtete sich sein Blick auf sogenannte »blöd- und schwachsinnige Kinder«, die »freigesetzten« Menschen mit Behinderung aus der im Werden begriffenen Großstadt Hamburg, und gründete in

1 Der vorliegende Text war ursprünglich als Einleitung des genannten Buches geplant, wurde dann aber vom Vorstand der Evangelischen Stiftung Alsterdorf abgelehnt und durch ein eigenes Vorwort ersetzt. Der Text war Grundlage des Begrüßungsvortrags des Autors auf der Tagung am 8.-10.6.2022 in Hamburg und erscheint hier in seiner ursprünglichen Form. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter; Winkler, Ulrike (2023): *Ausgeschlossen – Eingeschlossen. Die Evangelische Stiftung Alsterdorf von der Anstalt ins Quartier.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

landwirtschaftlicher Gegend nördlich von Hamburg das »Asyl für blöd- und schwachsinnige Kinder«, die Keimzelle der später größten Anstalt für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland, die Alsterdorfer Anstalten. Schon an dieser Vorgeschichte der Gründung zeigt sich, wie schwierig und auch neu bereits die Wahrnehmung des Problems der Ausgrenzung dieser Menschen zu dieser Zeit war. Menschen mit Behinderung, die damals – ohne die negative Bedeutungsunterlegung von heute – »Idioten« hießen, waren eine Terra incognita für die Gesellschaft, für die Kirche und für die Innere Mission, natürlich auch für die Medizin und Pädagogik. Diese Lücke schloss Heinrich Matthias Sengelmann.

Die Gründung und die enorm rasche Entwicklung zu einer großen Anstalt noch zu Sengelmanns Lebzeiten muss insofern als eine für die Betroffenen angemessene und förderliche Herausnahme aus dem sich zuspitzenden gesellschaftlichen Geschehen bewertet werden. Auch wenn das Leben in den vor der Stadt liegenden Anstalten praktisch einen Ausschluss aus der Gesellschaft bedeutete, erfuhr die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung durch die regelmäßigen Spendenbriefe Sengelmanns, in denen er sie »Kinder Gottes« nannte, erstmals eine, wenn auch karitativ eingefärbte, aber so doch positive öffentliche Konnotation.

Hinter der von der Erweckungsbewegung geprägten theologischen Haltung, die Menschen mit geistiger Behinderung als die »Ärmsten der Armen« verstand und die Gründung der Anstalt als eine Arbeit am Reich Gottes schon im Diesseits deutete, ist nicht zu übersehen, dass gerade Sengelmann die Einmaligkeit und Individualität jedes einzelnen Kindes, jeder Frau und jeden Mannes, wahrgenommen und auch praktiziert hat. In seinem grundlegenden heilpädagogischen Lehrbuch »Idiotophilus« erfasste er erstmals systematisch alle Lebensbereiche von Menschen mit Behinderung, betonte den Eigensinn dieser Menschen, ihre Fähigkeit, nicht nur zu lernen, sondern auch einen Willen zu entwickeln und Verantwortung zu übernehmen – und damit Subjekt zu werden und allen anderen Menschen in diesem Sinne gleichgestellt zu sein. Menschen mit Behinderung waren zwar für Sengelmann Objekte des Mitleids. Manchmal nannte er sie sogar »den Tieren ähnlich« oder eine »Plage ihrer Eltern«. Auf der anderen Seite waren sie für ihn aber auch »Ebenbilder Gottes«, die »unsere Liebe und Zuneigung verdient haben, weil sie schwach und benachteiligt sind«. Die große zeitüberdauernde Leistung Pastor Sengelmanns und seiner Gründung ist, Menschen mit geistiger Behinderung in die Wahrnehmung der Kirche und der Inneren Mission, aber auch der ganzen Gesellschaft hereingeholt zu haben.

Die Frage, die sich heute stellt, ist, wie diese Geschichte und die nachfolgenden Entwicklungen und Katastrophen, wie sie in vielen Einrichtungen der Inneren Mission heute erkennbar sind, zu verstehen sind und wie ihre Schatten ebenso wie ihre Perspektiven bis heute nachwirken. Es geht heute nicht nur um die Aufarbeitung der Ereignisgeschichte, sondern um das Verstehen der Wirkungsgeschichte.

Blickt man nun auf die Entwicklungslinien der auf Sengelmann folgenden Epochen vor dem Hintergrund sozialgeschichtlicher und theologischgeschichtlicher Positionen

sowie des Umgangs mit Menschen mit geistiger Behinderung, etwa das sich wandelnde Verständnis von Behinderung an sich, so fällt als Erstes auf, dass sich das kleine Asyl in Alsterdorf in großen Schritten zu einer großen Einrichtung entwickelte. Schon zum Ende der Wirkungszeit von Pastor Sengelmann waren aus den ersten acht über 600 Bewohnerinnen und Bewohner geworden, eine Zahl, die dann weiter beständig ansteigen sollte.

Nicht nur dieser enorm schnelle Anstieg der Belegungszahlen, sondern auch die unhinterfragte Hinnahme der Gründe dieses Anstiegs erscheinen aus heutiger Sicht wie die Grundlegung für die spätere fatale Entwicklung zur geschlossenen Anstalt und führte schließlich zur Situation im »Dritten Reich«, in der die Anstalten für ihre Bewohnerinnen und Bewohner zur Falle wurden, aus der es kein Entrinnen mehr gab, in denen sie »eingeschlossen« waren.

In den Jahren nach Sengelmanns Ausscheiden und seinem Tod 1899 entwickelte sich die Anstalt in den vorgegebenen Bahnen zunächst weiter. Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner stieg bis zum Jahr 1914 auf fast 1.000 an. Eine Reihe neuer Gebäude wurde errichtet, Wasserleitungen und Kanalisation wurden verlegt und die Anstalten an die Stromversorgung und die Telegraphenleitung angeschlossen.

Manche Grundlegungen Sengelmanns allerdings schafften es nicht, wirklich lange erhalten zu bleiben. War es Sengelmann zu verdanken, dass das Gleichgewicht und die Dialogfähigkeit zwischen einem pädagogischen und einem medizinischen Denken gewahrt wurden, so traten Pädagogik und Medizin mit ihrer zunehmenden Professionalisierung unter seinem Nachfolger Paul Stritter zunehmend in ein Konkurrenzverhältnis.

Der auch über Alsterdorf hinaus bekannte Hauptlehrer Johannes Paul Gerhardt entwickelte einen Ansatz, der die Beschulung systematisierte und pädagogisch moderne Gedanken in die Bildungsarbeit der Anstaltsbewohner hineinbrachte. Sengelmann hatte durch die Anerkennung selbst der kleinsten Fortschritte und Lernerfolge von Menschen mit Behinderung als persönliche Entwicklung des Einzelnen und als Belege einer Lernfähigkeit die untere Grenze zur »Unbildbarkeit«, wenn vielleicht auch nicht ganz auflöst, so doch deutlich nach unten verschoben. An der systematischen Beschulung Gerhardts, durchaus ein Fortschritt, partizipierten aber nur diejenigen, die die damals ersten Intelligenztests bestanden hatten, womit unweigerlich eine Gruppe der »Nichtbeschulbaren« und damit wieder deutlicher eine untere Grenze geschaffen wurde.

Die Medizin, die in der Epoche nach Sengelmann auf prekäre Missstände der gesundheitlichen Versorgung der Anstaltsbewohner stieß und sich anfangs vor allem deren Überwindung widmen musste, ging im Laufe der Entwicklung zunehmend zur Ursachenforschung der geistigen Behinderung über. So nahm der leitende Oberarzt Dr. Hermann Kellner bereits 1903 anthropometrische Körpervermessungen als Reihenuntersuchung an den Anstaltsbewohnerinnen und -bewohnern vor. Auf die Ergebnisse solcher, der Konstitutionslehre entstammenden Untersuchungsreihen an

Anstaltsbewohnerinnen und -bewohnern berief sich die eugenische Bewegung, der sich Kellner, anders als viele seiner Kollegen, nicht anschloss. Vom eugenischen Gedanken – und später dem Gedanken der »Vernichtung lebensunwerten Lebens« – ließ er sich nicht beeinflussen. Er kritisierte beide sogar scharf. Dies ist insofern besonders bemerkenswert, weil das Hungersterben in den Jahren des Ersten Weltkrieges auch in den Alsterdorfer Anstalten, insbesondere in den letzten Kriegsjahren, extrem zunahm und die in der damaligen Ärzteschaft und auch in der Öffentlichkeit schon vor dem Krieg breit geführte Diskussionen über die »Vernichtung lebensunwerten Lebens« angefeuert hatte.

Die Zeit nach Sengelmann zwischen 1900 und 1930 ist durch die Konsolidierung der Anstalten, ihren konsequenten Weiterausbau und ihrer Ausstattung mit damals bedeutsamen und repräsentativen Gebäuden gekennzeichnet. Gleichzeitig wurden aber die zu Sengelmanns Zeiten wahrscheinlich nur mühselig unter Kontrolle gehaltenen Konflikte – wie jenem zwischen Pädagogik und Medizin – offensichtlicher und legten somit die Grundlage für das, was sich danach in den 1930er und 1940er Jahren in Alsterdorf ereignete.

Der Beginn der sich anschließenden neuen Epoche kann für die Alsterdorfer Anstalten für das Jahr 1930 mit der Neueinstellung von Dr. Gerhard Kreyenberg als Oberarzt und Pastor Friedrich Lensch als neuem Direktor gelten – beide glühende Nationalsozialisten, beide auf ihre Art überzeugt von der Richtigkeit des nationalsozialistischen Gedankenguts. Pastor Lensch war darüber hinaus überzeugter Antisemit und ein Theologe, der aus heutiger Sicht das Grundprinzip Sengelmanns, die Anerkennung jedes einzelnen Menschen mit Behinderung als Kind Gottes ohne Unterschiede zwischen sogenannten »Verwahrfällen« und arbeitsfähigen, sogenannten »Pfleglingen« verriet.

Einen wesentlichen Anteil an der weiteren Entwicklung hatte die Medizin, deren Hegemonie vor Pflege und Pädagogik Kreyenberg Schritt für Schritt in den Alsterdorfer Anstalten durchsetzte. Er startete mit einem unbedingten Willen zur Gesundheit und zur Heilung der »Schwachsinnigen«. Auch vertrat er den Anspruch, die gesundheitliche Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen zu verbessern. Ihm gelang der Ausbau der Krankenstation zu einem Krankenhaus, das auch vom Senat Hamburgs anerkannt wurde, dann aber aus wirtschaftlichen Gründen und dem Interesse an anderen medizinischen Fällen schnell für nicht behinderte Patienten und Patientinnen von außen genutzt wurde. Die allgemeinmedizinische Versorgung der Anstaltsbewohnerinnen und -bewohner rückte wieder in den Hintergrund. Unter den Bedingungen des Zweiten Weltkrieges wurde das Krankenhaus schließlich zu einem großen Krankenhaus mit Lazarettfunktion, in dem es für die Menschen mit Behinderung gar keinen Platz mehr gab. Der enorme Raumbedarf des Krankenhauses führte zur Verdrängung der Schule und damit der Pädagogik aus ihren angestammten Gebäuden. Krankenhaus und die Häuser für die Menschen mit Behinderung, der eigentliche Kern der Alsterdorfer Anstalten, wurden zu zwei getrennten Bereichen.

Dessen ungeachtet sprach Kreyenberg von den Alsterdorfer Anstalten als einem »Spezialkrankenhaus für alle Arten von Defektzuständen«. Er bezog sich dabei auf die Einführung fast aller damals modernen Methoden und Gerätschaften der Psychiatrie, wie Röntgenbestrahlungen und Schockkuren mit Insulin und Cardiazol, um diese auf die Menschen mit Behinderung zu übertragen und, wie er es sagte, »den sogenannten Schwachsinn zu heilen«.

Das in der medizinhistorischen Forschung eingeführte Paradigma vom »Heilen und Vernichten« lässt sich anhand der Entwicklung der Medizin in den Alsterdorfer Anstalten gut nachvollziehen. Den teils aggressiven, aber dennoch vergeblichen Heilungsversuchen folgten die Erfassung der Betroffenen und die Meldungen zur Zwangssterilisationen, um das »kranke Erbgut« zu erkennen und aus der »Erbkette« auszuschließen. Die Alsterdorfer Anstalten waren sicher nicht die Anstalten, in denen besonders viele oder auffällig mehr Menschen als in vergleichbaren Anstalten zur Zwangssterilisation gemeldet wurden. Es waren circa 230 von ungefähr 1.800 Anstaltsbewohnerinnen und -bewohnern. Bemerkenswert ist aber, dass Kreyenberg nicht nur der meldende und anzeigende Arzt war, sondern häufig auch der begutachtende Arzt am Erbgesundheitsgericht. Als Amtsarzt in bestimmten Verwaltungsbezirken der Stadt Hamburg hatte er einen maßgeblichen Einfluss auf die rassenpolitische und rassenhygienische Kartierung der Bevölkerung (Gesundheitspassarchiv) und die Verfolgung auch anderer unangepasster Menschen in der Stadt, wie beispielsweise Homosexuelle und Prostituierte.

Pastor Friedrich Lensch setzte all dem nichts entgegen. Im Gegenteil: Er rechtfertigte auf theologische Weise die nationalsozialistische Erbgesundheitspolitik durch den Begriff der Erhaltungsordnung, dem zufolge die gefallene Schöpfung Ordnungsmächte wie den Staat dazu legitimiere, den Willen Gottes zur Erhaltung seiner Schöpfung auch zu realisieren. Der Gedanke der »gefallenen Schöpfung« befand sich vor diesem Hintergrund in einem logischen Zusammenhang der eugenischen These der Verschlechterung des Erbguts durch kulturelle Degeneration.

Ein Schlüssel zum Verständnis der Entwicklung der Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus ist das 1938 in der Anstaltskirche St. Nicolaus von Pastor Lensch selbst entworfene und wahrscheinlich auch selbst angefertigte Altarbild. Es handelt sich um das größte erhaltene Werk sakraler NS-Kunst. Lensch ließ dafür das frühere Glasfenster in der Altarwand zumauern, um Platz für das über acht Meter hohe Bild zu haben, dass in einer damals häufiger verwendeten Kratzputz-Technik (Sgraffito) ausgeführt wurde. Das Bild wurde im Oktober 1938 zur 75-Jahrfeier der Alsterdorfer Anstalten vor den Augen der Festgemeinde mit den bekanntesten und wichtigsten Nationalsozialisten Hamburgs als Gästen enthüllt. Auf dem Bild sind um den Gekreuzigten, der deutlich »arische« Züge trägt, zwölf Vertreterinnen und Vertreter des Christentums in weißen Gewändern zu sehen, darunter der Reformator Martin Luther, Maria und Johannes der Täufer, Krankenschwestern und Lensch mit seiner Frau persönlich. Diese zwölf Personen haben eine Gloriole, eine Art Heiligenschein, und sind damit als Mitglied der »Gemeinschaft der Heiligen« herausgehoben. Daneben sind drei weitere Personen

dargestellt, um die man sich kümmert und die in ihrer Gestalt als »Hilfsbedürftige« gekennzeichnet sind. Sie haben keine Gloriole. Das Bild sendet zwei Botschaften. Die Menschen, die in den Alsterdorfer Anstalten Hilfe suchen, die Menschen mit Behinderung, werden gehalten. Sie werden von den Menschen ohne Behinderung zum Kreuz und zur Zuwendung Gottes gebracht. Die andere Botschaft lautet aber, dass die Menschen mit Behinderung ›anders‹ sind, nicht gleichwertig, ja »überzählig«. Sie sprengen die heilige Zahl zwölf. Und sie erhalten die Liebe und Zuwendung Gottes lediglich vermittelt von den Menschen ohne Behinderung, die sie betreuen und die sich dadurch erhöhen. Das waren auch die Gründe dafür, die Wand mit diesem Bild aus dem Kirchengebäude herauszutrennen und vor der Kirche als Mahnmahl und Mittelpunkt des neuen Lern- und Gedenkortes aufzustellen.

Lensch lehnte die »Euthanasie« mit Bezug auf die Heiligkeit des menschlichen Lebens theoretisch ab, praktisch aber verließ er diese Position mit seiner Mittäterschaft an den Deportationen 1941 und schließlich seiner Initiative zu den Abtransporten 1943 in die Tötungsanstalten. Hervorzuheben ist auch die vollkommen aus eigenem Antrieb und ohne staatliches Dazutun von ihm veranlasste Abschiebung der 26 jüdischen Anstaltsbewohnerinnen und -bewohner 1938. Insbesondere dieser geradezu barbarische Akt – die jüdischen Frauen, Männer und Kinder waren voll integriert und die Begründung der drohenden »Rassenschande« eine willfährige Wiederholung der NS-Propaganda – verdeutlicht die Radikalisierung Lenschs während des nationalsozialistischen Regimes. Die Deportation von 630 Menschen aus den Alsterdorfer Anstalten, von denen 513 nachweislich ermordet wurden, ist vielfach publiziert worden. Es ist der Tiefpunkt des Verrats an dem Gründungsgedanken Sengelmanns und eine Zäsur für das Selbstverständnis der Anstalt bis heute.

Verfolgt man die großen Entwicklungslinien des Umgangs mit den Menschen mit Behinderung, des Verhältnisses von Pädagogik und Medizin und die Frage des Ausschlusses und der Vorenthaltung von gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten, so bedeutete 1945 keinen Bruch in den Traditionslinien, sondern eine Bewahrung des zwar vom Faschismus befreiten, aber als Befreiung nicht wahrgenommenen, restaurativen Denkens.

Der Umgang mit Menschen mit Behinderung war auch nach 1945 nicht von der Sengelmannschen Anerkennung der Individualität und der Würde jedes einzelnen Menschen, sondern von Bevormundung, oft Herabwürdigung und Ausnutzung geprägt. Das Verhältnis von Pädagogik und Medizin blieb auch nach 1945 weiterhin durch die Priorität der Medizin charakterisiert. So hatten die Alsterdorfer Anstalten nach wie vor psychiatrische Chefärzte, die für die gesamte Bewohnerschaft zuständig waren. Die für Krankenhauszwecke während der Kriegszeit zweckentfremdeten Räumlichkeiten der Schule blieben Teile des Krankenhauses, das mit seinen unter Kriegsbedingungen entstandenen Fachabteilungen erhalten wurde. Für die Beschulung der Menschen mit Behinderung standen über Jahrzehnte nur behelfsmäßige Baracken zur Verfügung – und erst ab 1981 ein Neubau.

Der Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe wurde immer noch durch den hohen Eisenzaun rund um das Gelände und die Pforte aufrechterhalten, die nicht nur den Zutritt sicherte, sondern auch den Ausgang so streng kontrollierte, dass ein Herauskommen nur für ganz wenige und oft nur für einige Stunden möglich war. Hinzu kamen die breit angewendete psychiatrische Medikation zur Ruhigstellung, die weitere Nutzung der Anfang der 1930er Jahre entstandenen Wachsäle zum Wegschließen und zur Bestrafung für unbotmäßiges oder auffälliges Verhalten, schließlich die menschenunwürdigen Massenquartiere mit unendlich schlechten Lebensbedingungen. Hervorzuheben ist aber die zumindest vom Anstaltsdirektor Julius Jensen aktive und klare Positionierung in der Contergan-Debatte gegen die in diesem Zusammenhang wieder erneut aufflammende »Euthanasie«-Diskussion. Das Leid und Unrecht, das in dieser Zeit viele Anstaltsbewohnerinnen und -bewohnern erleiden mussten, wurde durch die 2016 eingerichtete Stiftung »Anerkennung und Hilfe« als entschädigungswürdiges Unrecht anerkannt, was rund 300 ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohnern der Alsterdorfer Anstalten zugutekam.

Erst in den 1970er Jahren kam es langsam zu einer Neuorientierung, deren Vorboten die ersten sogenannten Ausgründungen von Wohngruppen waren, die deutsche Übersetzung eines ersten grundlegenden Werks zum Normalisierungsprinzips durch einen der Chefärzte – dies allerdings ohne große erkennbare Wirkung nach innen – und die wachsende Unzufriedenheit, insbesondere jüngerer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese mündete schließlich 1979 in einer im Sinne eines investigativen Journalismus durchgeführten Recherche über die miserablen Zustände in den Alsterdorfer Anstalten, die öffentlich wurde. 1979 kann in der nachträglichen Betrachtung als eine Zeitenwende in den Alsterdorfer Anstalten bezeichnet werden, in deren Folge es zu einem virulenten, langen und bis heute andauernden Reformprozess kam, einem tiefgreifenden Prozess von Paradigmenwechseln in den Leitvorstellungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung und schließlich zur Auflösung der Alsterdorfer Anstalten.

Wie mühsam dieser Prozess der Umorientierung war, zeigt schon die Auseinandersetzung um die Umbenennung der Alsterdorfer Anstalten in Evangelische Stiftung Alsterdorf. Sie wurde 1984 vom damaligen Direktor Pastor Rudi Mondry als Signal der Neuorientierung beantragt, vom Stiftungsrat aber abgelehnt und erfolgte erst auf Neuantrag 1988. Mühsam und von Missverständnissen geprägt war auch die Rezeption des Normalisierungsprinzips, das zunächst als Gestaltungsprinzip des Lebens innerhalb der Anstalt gedeutet wurde, ohne seinen die Anstalt überwindenden Sinn zu begreifen. Ab 1984 kam es dennoch endlich – spät, im Vergleich zu anderen Einrichtungen der Diakonie allerdings verhältnismäßig früh – nach jahrelangem Beschweigen der NS-Vergangenheit und auf Druck von außen zu einer offiziellen Aufarbeitung der Geschichte, später zu einem Bekenntnis der Schuld.

Ein unübersehbares Zeichen für das sich erst langsam durchsetzende neue Denken waren Öffnungsschritte, wie der Abbau des Eisenzauns rund um die Anstalten, die Gründung vieler Außenwohngruppen und der Auszug ganzer Häuser in größere oder

kleinere Wohneinheiten in der Stadt. Unübersehbar war aber auch, dass damit ein harter Kern von besonders verhaltensauffälligen Menschen mit meist schwererer Behinderung auf dem Zentralgelände zurückblieb und die alten Anstaltsstrukturen weiter existierten. Die Schritte der Regionalisierung und Dezentralisierung allein reichten nicht aus. Dies lag unter anderem daran, dass das medizinisch geprägte Denken, dass Menschen mit Behinderung vor allem an einem Mangel von Fähigkeiten leiden, den sie kompensieren sollten, um integriert zu werden, tief verankert war und längst Eingang in eine Reihe pädagogischer Ansätze gefunden hatte.

Der entscheidende Paradigmenwechsel setzte erst mit den in der Stiftung durchgeführten international besetzten Kongressen zur Community Care ab dem Jahr 2000 ein: von der Behütung, Versorgung und Betreuung von Menschen mit Behinderung hin zur Anerkennung ihrer Potenziale, als selbstbestimmungsfähige Individuen dort zu leben und zu arbeiten, wo andere Menschen auch leben und arbeiten und dort die für sie notwendigen Hilfen zu erhalten. Zwar lebten Teile des alten paternalistischen Denkens immer noch weiter oder wurden in besonders herausfordernden Situationen wiederbelebt, das neue Paradigma der Assistenz für die Erbringung individueller Unterstützungs- und Hilfeangebote für Menschen mit Behinderung, die als gleichberechtigte Bürger und Bürgerinnen anerkannt werden, setzte sich aber zunehmend durch. Der Kampf der Disziplinen Pädagogik und Medizin um die Vorherrschaft in der Eingliederungshilfe hat sich damit heute aufgelöst. Beide Disziplinen haben wie andere Disziplinen auch, hier sei vor allem die Pflege genannt, die Aufgabe, Dienstleistungen für die Menschen mit Behinderung vorzuhalten. Die Streitfragen, ob diese spezialisiert oder im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden und ob sie qualitativ und quantitativ ausreichen, sind hiervon unabhängig.

Den Schlusspunkt der Anstaltsauflösung konnte erst mit der Schaffung des Alsterdorfer Markts 2003 als kleines Geschäftszentrum des Stadtteils und dem damit verbundenen Abriss zahlreicher alter Gebäude markiert werden. Der sich daran anschließende Schritt, der bis heute noch nicht abgeschlossen ist, ist die Überwindung der Fokussierung in der Hilfeerbringung allein auf Menschen mit Behinderung und Beteiligung an einer systemisch orientierten Quartiersentwicklung, innerhalb derer Menschen mit Behinderung – ebenso wie andere Menschen mit besonderem Hilfebedarf – Unterstützung zur Teilhabe erfahren.

Der Anstaltsauflösung und dem sich permanent fortsetzenden Reformprozess im Verständnis und im Umgang mit Menschen mit Behinderung konnte und musste in Vorbereitung des 200. Geburtstages Sengelmanns 2021 auch die Hinwendung zur Gesamtgeschichte der Stiftung folgen. Die Sanierung der Kirche, die Herausnahme des Altarbildes von 1938, dessen Platzierung in den Mittelpunkt eines Lern- und Gedenkortes als Mahnmal der Geschichte sowie die Nutzung der wenigen noch vorhandenen alten Gebäude auf dem Stiftungsgelände als Geschichten erzählende Bauten des Weges zur Inklusion – von der Gründung bis heute – stehen hierfür.

Das zweite Wort im Titel des Buches zur Gesamtgeschichte der Alsterdorfer Anstalten, das Wort »eingeschlossen«, ist somit durchaus auch auf heute anzuwenden. Menschen mit Behinderung sind – oder sollten zumindest – eingeschlossen in die Gesellschaft und damit Teil einer insgesamt diversen und inklusiven Gesellschaft sein. Diese positive Vision steht bislang am Ende der bisherigen über 150-jährigen Geschichte der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Die enorme Entwicklung von Exklusion, Ausgrenzung und Segregation hin zur Inklusion ist, wie durch ein Brennglas betrachtet, der Entwicklungsweg des Sozialstaates in Deutschland, wenngleich der letzte Schritt der tatsächlichen Inklusion der unterschiedlichsten Menschen noch längst nicht abgeschlossen ist.

I Psychiatrie im Nationalsozialismus

Schocktherapien in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Hansischen Universität Friedrichsberg um 1941

Marta Leonora Frank

Ab Ende des 19. Jahrhunderts wurde die stationäre psychiatrische Versorgung der Hamburger Bevölkerung weitestgehend über zwei Anstalten realisiert: die Psychiatrische und Nervenlinik der Hansischen Universität Friedrichsberg in Eilbek (gegründet 1864) und die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn (gegründet 1893). Auch im Jahr 1941, welches für die folgenden Überlegungen als Stichjahr untersucht wurde, war dies noch der Fall.

Schon in den Vorjahren waren die Hamburger Versorgungsstrukturen durch den »Friedrichsberg-Langenhorn-Plan« deutlich verändert worden, nachdem im Zuge der Weltwirtschaftskrise ab 1930 die Stimmen im Hamburger Senat lauter geworden waren, in der »Irrenpflege« müsse mehr eingespart werden.¹ Auch sollten die Parkanlagen Friedrichsbergs von »Volksgenossen, die einen geistigen und körperlichen Gewinn von einem Aufenthalt in dieser schönen Krankenhausanlage haben können«, genutzt werden – hierzu wurden psychisch Erkrankte nicht gezählt.²

Dieser Plan sah die vorerst teilweise und schließlich gänzliche Auflösung der Anstalt in Friedrichsberg, sowie die Gründung einer kleineren psychiatrischen Klinik auf dem Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf vor.³ Um dies umzusetzen, wurden zunächst die Heilungs- bzw. Besserungschancen der Friedrichsberger Patientinnen und Patienten eingeschätzt: diejenigen, deren Behandlung erfolgversprechend erschien, durften bleiben, war dies nicht der Fall wurde eine Verlegung in eine Anstalt der Umgebung angeordnet und umgesetzt.⁴ Die meisten Verlegungen erfolgten in die Staatskrankenanstalt Langenhorn, andere wenige in weitere Anstalten der Umgebung (u.a. Ricklinger Anstalten, Alsterdorfer Anstalten, Heilanstalt Strecknitz in Lübeck). Auf diese Weise konnte die Krankenzahl in Friedrichsberg zwischen 1934 und 1935 nach etwa 60 Transporten von ca. 1700 auf nur 330 Personen reduziert werden.⁵ Dieses Vorgehen schaffte einen wichtigen Grundstein für die später folgenden Transporte im Rahmen der im Nachhinein »Aktion T4« genannten Krankenmorde.

1 Vgl. StAHH, Sozialbehörde I, GF 32.15, Kostensenkung, Sitzungsprotokolle 09/10 1931.

2 Vgl. StAHH, Innere Verwaltung, A IV 21 a Bd. 1, Ofterdinger an Kaufmann, 8.5.1934.

3 Vgl. van den Bussche 2014, S. 96.

4 Vgl. StAHH, HW II, Ae13, Bd. 1, Auszug Senatsprotokoll 17.10.1934.

5 Vgl. Wunder 1990, S. 129.

Kurz nachdem Hans Bürger-Prinz im Jahr 1936 seinen Dienst als ärztlicher Direktor Friedrichsbergs antrat, wurde zudem beschlossen, alle akuten psychiatrischen Vorstellungen allein über Friedrichsberg laufen zu lassen.⁶ Hierdurch behielt Friedrichsberg eine über die ersten Transporte hinausdauernde »Schleusenfunktion«⁷ inne: auch noch nach erstem Umsetzen des Friedrichsberg-Langenhorner Plans wurden hier weiterhin alle psychiatrisch Behandlungsbedürftigen klinisch eingeschätzt, wenn nötig und als sinnvoll erachtet vor Ort therapiert, sowie über deren Entlassung bzw. Verlegung entschieden.⁸ Die Friedrichsberger Anstalt und später die aus ihr folgende psychiatrische Klinik am UKE erhielt somit den Status eines Behandlungszentrums, während die Staatskrankenanstalt in Langenhorn eher als Verwehr- und Pflegeanstalt für chronisch Kranke fungierte.

Die Anzahl der pro Jahr Behandelten in Friedrichsberg sank durch diese Umstrukturierung von ca. 3500 Personen im Jahr 1934 auf nur noch ca. 2200 im Jahr 1935 und im darauffolgenden auf nur noch ca. 1700. Bis 1939 sank die Zahl dann abermals drastisch auf nur ca. 1100 Personen, um sich im Folgejahr jedoch mehr als zu verdoppeln. Ab 1941 pendelte sich die Anzahl der Behandelten auch über die folgenden Kriegsjahre andauernd auf ca. 2600 Personen ein.⁹

Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Aufgenommenen veränderte sich drastisch: Während diese 1933 und 1934 noch bei durchschnittlich 129 Tagen lag, halbierte sie sich bis 1940 auf 64 Tage und bis 1945 sogar nochmals auf nur noch 31 Tage.¹⁰ Diese Liegezeitverkürzung stand am ehesten in engem Zusammenhang mit der zunehmenden Verlegungspraxis, insbesondere nach Einführung der selektierenden Schocktherapien.¹¹ Ungefähr zwei Drittel der Behandelten konnten zwar nach dem Aufenthalt wieder nach Hause entlassen werden, etwa 20 Prozent wurden jedoch in andere Anstalten verlegt, hiervon der größte Anteil nach Langenhorn. Solche Verlegungen bedeuteten spätestens ab Ende 1939 für die Betroffenen die wachsende Gefahr, auf Anordnung des NS-Regimes im Rahmen des »Euthanasie«-Programms über Zwischen- in Tötungsanstalten verlegt und dort ermordet zu werden.

Während in den Vorkriegsjahren etwa 7 Prozent der Patientinnen und Patienten in Friedrichsberg verstarben, stieg dieser Wert im Jahr 1941 plötzlich auf 14 Prozent an. Es bleibt zu vermuten, dass dieser Anstieg kausal mit der Einführung der invasiven Schocktherapien zusammenhängen könnte.¹² Zeitlich korreliert er mit dem geplanten Umzug der Psychiatrischen und Nervenlinik der Hansischen Universität vom Friedrichsberger Gelände auf das des Universitätskrankenhauses Eppendorf im Sommer 1942.

6 Vgl. StAHH, HW, A e 7, Bl. &: Anordnung vom 18. März 1936 über die Psychiatrische und Nervenlinik als alleinige Aufnahmeanstalt. Vgl. auch van den Bussche 2014, S. 97.

7 Vgl. StAHH, Innere Verwaltung, A IV 21b Bd. 2, Speth an Richter, 22.2.1938, Anlage 1a.

8 Vgl. van den Bussche 2014, S. 184.

9 Vgl. van den Bussche 2014, S. 185.

10 Vgl. Ebda, S. 186.

11 Vgl. Ebda, S. 187.

12 Vgl. Ebbinghaus 1984, S. 143.

Neue Therapiemethoden in der Psychiatrie

In den vorangegangenen 1930er Jahren waren innerhalb kürzester Zeit neue Therapiemethoden in der Psychiatrie beschrieben und angewendet worden, die ein komplettes Umdenken der Behandlung psychischer Erkrankungen nach sich zogen. Während in den vorangegangenen Jahren therapeutisch insbesondere Sedativa und Narkotika, Hydrotherapien und die Arbeitstherapie Anwendung gefunden hatten, wurden nun neuartige, invasive und lebensbedrohliche »Schocktherapien« eingesetzt, die aktiv am Körper ansetzten, um die Psyche zu verändern.¹³

Diese umfangreiche Entwicklung soll an dieser Stelle nur kurz skizziert werden: Ab Oktober 1933 behandelte der Arzt Manfred Sakel (1900-1957) in Wien psychotische Patientinnen und Patienten mit Insulin, versetzte diese bewusst in hypoglykämische Schocks (mit teilweise auch konsekutiven epileptischen Anfällen) und beobachtete eine Symptombesserung bei den Behandelten. Er publizierte daraufhin seine Ergebnisse, welche große Resonanz in der Fachwelt fanden – zunächst mit Skepsis und später Zuspruch.¹⁴

Nur wenige Monate später experimentierte der ungarische Psychiater Ladislaus v. Meduna (1896-1964) in Budapest mit Kampher-Öl und dem Kreislaufmedikament Cardiazol, welche in hohen Dosierungen Krampfanfälle auslösen. Nach Untersuchungen an menschlichen Hirnschnitten hatte er im Vorfeld die Hypothese eines Antagonismus der Epilepsie und Schizophrenie aufgestellt und nutzte diese als Erklärungsmodell seiner Anwendungen.¹⁵

Im Mai 1937 fand in der schweizerischen Anstalt Münsingen unter Leitung des Psychiaters Max Müller (1894-1980) eine Versammlung der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie statt, welche sich explizit den »Schocktherapien« widmete.¹⁶ Müller hatte Sakels Methoden zuvor schon in Wien kennengelernt und seit 1935 selbst systematisch angewendet.¹⁷ Diese Konferenz war maßgeblich für die weitere Verbreitung der Schocktherapien auch über Landesgrenzen hinweg. Ab 1938 unternahmen dann Ugo Cerletti (1877-1963) und Lucio Bini (1908-1964) die ersten Versuche mit der

13 Als Vorläufer dieser Methoden kann die Malaria-Therapie von Julius Wagner-Jauregg angesehen werden, welche ab 1917 als Fieberkur gegen progressive Paralyse eingesetzt wurde; vgl. Wagner v. Jauregg 1918/1919, S. 132-134, 251-255. Auch kann die Malaria-Therapie als Bindeglied zwischen den »alten« und »neuen« somatischen Behandlungen psychischer Erkrankungen verstanden werden; vgl. Bangen 1992, S. 37.

14 Isoliert wurde Insulin schon 1921, ab 1922 wurde es bei Diabetes mellitus eingesetzt und in den folgenden Jahren im psychiatrischen Kontext gegen Abmagerungszustände und zur Beruhigung im Morphinentzug; vgl. Bangen 1992, S. 43; Hamann-Roth 2000, S. 11-13; Borck 2013, S. 139. Die Einführung der Insulinkomatherapie erfolgte im Deutschen Reich, im Gegensatz zu anderen Ländern wie der Schweiz und England, zögerlich; vgl. Gawlich 2017, S. 60.

15 Vgl. Meduna, 1937.

16 Vgl. Borck 2013, S. 134.

17 Vgl. Ebda, S. 134, 139.

Elektrokrampftherapie in Rom.¹⁸ In den folgenden Jahren wurden alle drei Verfahren breit angewendet, häufig auch in Kombination miteinander, bis dann Anfang der 1950er Jahre die Psychopharmaka den psychiatrischen Handlungsspielraum erneut revolutionierten.¹⁹

»Schocktherapien« in Friedrichsberg

Auch in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Hansischen Universität Friedrichsberg wurden »Schocktherapien« früh angewendet: Eigens 80 der nach Umsetzen des Friedrichsberg-Langenhorn-Plans verbliebenen 330 Betten waren speziell für die Insulintherapie vorgesehen,²⁰ welche ab Juni 1936 in Friedrichsberg eingesetzt wurde.²¹

Etwa zweieinhalb Jahre nach Beginn der Insulinanwendung in Friedrichsberg publizierte der dortige Assistenzarzt Alfred Kögler als erstes Résumé seine »vorläufige(n) Erfahrungen über die Indikationsstellung der Shockbehandlung« in der Zeitschrift *Der Nervenarzt*. Hier betonte er u.a. den Nutzen der Insulin- und Cardiazoltherapie bei akuten Psychosen und »akuten Katatonien«.²² Therapeutisch günstig schien die Schocktherapie besonders bei »Psychosen mit an sich guten Selbstheilungstendenzen«²³ zu wirken. Die Insulintherapie wirke, so Kögler, »krankheitsverkürzend« und könne »akute Symptome, insbesondere katatone Erregungen usw. meist schnell beseitigen«.²⁴ In einer weiteren Publikation desselben Jahres im *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* beschrieb Kögler, prognostisch schlecht sprächen hingegen »paranoide Prozesse« und »Hebephrene« an: hier könne »durch die Insulinschockbehandlung (sic) nicht mehr als durch sachkundig durchgeführte andersartige Behandlungsmethoden (Psychotherapie, Arbeitstherapie, Dauerschlafbehandlung usw.) erzielt werden«.²⁵ Er betonte zudem »die Wichtigkeit des psychotherapeutischen Momentes bei der Insulinschockbehandlung (sic)«.²⁶

Die Gesamtmortalität der Insulinschockbehandlung bei der Schizophrenie wurde auf ca. 1% geschätzt.²⁷ Eine wichtige Komplikation sowohl der Insulin- als auch der Cardiazoltherapie waren Aspirationen. Insbesondere bei der Anwendung von Cardiazol

18 Vgl. Gawlich 2017, S. 51.

19 Vgl. Borck 2013, S. 134, 135.

20 Vgl. van den Bussche 2014, S. 185.

21 Vgl. Hamann-Roth 2000, S. 52.

22 Vgl. Kögler 1939b, S. 443.

23 Kögler 1939a, S. 329.

24 Ebda.

25 Kögler 1939a, S. 329.

26 Ebda.

27 Vgl. Jacob 1939, S. 302.

wurden vor Eintritt der epileptischen Anfälle zudem typischerweise Vernichtungssängste bei den Behandelten beobachtet. Immer wieder kam es während der Konvulsionen zu gefährlichen Knochenbrüchen – Muskelrelaxantien wurden zunächst noch nicht verwendet.²⁸ Auch Venenthrombosen an der Einstichstelle und Kieferluxationen traten häufig auf.²⁹

Ein weiterer Friedrichberger Psychiater, H. Funk, merkte an, dass »eine spezifische Wirkung der Insulinschocktherapie auf den psychopathologischen Gesamtverlauf der Remission und auf die Weiterentwicklung der Schizophrenie«³⁰ nicht reproduzierbar sei und zitiert in einer Publikation den Direktor, Hans Bürger-Prinz:

»Auf Grund der Beobachtungen unserer Klinik glauben wir vielmehr, in der Insulinschocktherapie Sakels ein ausgezeichnetes Mittel zu besitzen, um in die Tiefe und die Dynamik der innerpsychischen und außerbewußten Verarbeitung des schizophrenen Grundprozesses eingreifen zu können.«³¹ »Die Wirkung des epileptischen Anfalls« sei »auf die intensivste Lebensbedrohung und ihre aufsaugende Wirkung gegenüber der Psychose zurückführen [...]«³²

Zur Wirkungsweise der breit angewendeten Schockmethoden gab es zahlreiche, und insbesondere sehr verschiedene Theorien, sowohl auf rein somatischer als auch auf psychologischer und psychoanalytischer Ebene.³³ Sie blieb jedoch bis zuletzt unklar, was die Behandelnden jedoch nicht davon abhielt, sie trotz oft fehlender Symptomlinderung dennoch weiter anzuwenden.

Anhand der erhalten gebliebenen Krankenakten der Friedrichsberger Anstalt sowie später der Psychiatrie am UKE lassen sich zahlreiche Behandlungen durch Schocktherapien nachvollziehen. Dieser Quelltyp lässt jedoch nur einen vermeintlichen Blick aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten zu, erfolgten die Einträge doch stets unter Deutung der Notierenden, hier dem ärztlichen oder pflegerischen Personal. Dennoch vermittelt eine solche qualitative Analyse von psychiatrischen Krankenakten einen wertvollen Eindruck in den psychiatrischen Alltag des jeweiligen zeitgeschichtlichen Kontextes und in die Einzelschicksale der Betroffenen.

28 Vgl. Gawlich 2017, S. 63. Die ersten Versuche, die gerade neu entwickelten Muskelrelaxantien für die Schocktherapien anzuwenden, wurden in den folgenden Jahren unternommen. Vgl. Mayrhofer 1995, S. 2. Mayrhofer verweist hier auf Bennett, A. E. (1940), S. 322-324.

29 Vgl. Bangen 1992, S. 55.

30 Funk 1941, S. 146.

31 Ebda.

32 Ebda, S. 149.

33 Vgl. Vijeselaar 2013, S. 181-182. Eine Hypothese Sakels war, die Insulinkomatherapie verringere die Energie der Neuronen, wodurch eine »Blockade« phylogenetisch alter, durch die Krankheit aktivierter Bahnungen ausgelöst werde. Andere vermuteten, durch das Koma würden pathologische Bewusstseinsinhalte dissoziieren und hierdurch gesund neugebildet. Einen somatischen Bezug formulierte Max Müller (Direktor der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Münsingen), der durch den Eingriff ins zentrale Nervensystem eine »humorale, vegetative Umstellung« vermutete; vgl. Gawlich 2017, S. 61, 62.

Deutlich wird bezüglich der ärztlichen Behandlungsformen, dass insbesondere die Insulin- und die Cardiazolkur häufig auch miteinander kombiniert wurden und meist einem standardisierten Verfahren folgten: In den Kurven wurde vermerkt, an welchem Tag welche Menge an Insulin oder Cardiazol verabreicht wurde und mittels plus oder minus Zeichen (oder auch \emptyset) dokumentiert, ob es zu einem Schock-Zustand bzw. epileptischen Anfall gekommen war. Die Dosis wurde langsam, aber Tag für Tag bis zu einem erwünschten Zustand angehoben und dann in etwa gleicher Dosierung beibehalten. Speziell bei der Insulinkur wurde außerdem die Menge an Zuckerlösung angegeben, welche nötig war, um die Behandelten wieder aus der Hypoglykämie zu holen. Diese wurde den Patientinnen und Patienten, die nicht mehr in der Lage waren, selbstständig zu schlucken, meist über einen Nasenschlauch verabreicht.³⁴ In den letzten Kriegsjahren konnte die Insulinkur kaum noch angewendet werden und wurde durch die Cardiazoltherapie und später auch durch die Elektrokonvulsionstherapie ersetzt. Der in den Akten aufgeführte Hauptgrund hierfür war neben dem kriegsbedingten Insulinmangel auch ein Zuckermangel.

Clemens O.³⁵

Der Verlauf einer solchen Therapie lässt sich beispielhaft mit der Akte des Landwirts und gegenwärtigen Soldaten Clemens O. (geb. im Dezember 1922) nachvollziehen. Clemens O. wurde »am 29.11.1941 aus dem Res. Laz. V. Hamburg-Wandsbek in die Klinik verlegt.«³⁶ Der Abschrift der Krankengeschichte im Reserve-Lazarett ist zu entnehmen, dass Clemens O. erst seit dem 27. Oktober 1941 in die Truppe aufgenommen und dann ab dem 4. November 1941 zur Wehrmacht eingezogen worden war.³⁷ In der

34 Vgl. Hamann-Roth 2000, S. 17.

35 Nach eingehenden Überlegungen haben wir, Marta Leonora Frank, Ralph Höger, Ulrich Mechler uns entschieden, die Klarnamen der Patienten und Patientinnen in unseren Beiträgen nicht zu nennen. Quellengrundlage der Beiträge sind Patientenakten, die sensible, die Intimsphäre und Würde der betreffenden Personen verletzende Informationen enthalten. In einigen Fällen kann außerdem der Ablauf personenbezogener Schutzfristen (10 Jahre nach Tod laut HmbArchG, §5) nicht mit Gewissheit angenommen werden, da die betreffenden Personen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme noch sehr jung waren. Vgl. die Beiträge von Ralph Höger und Ulrich Mechler in diesem Band.

36 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88535. Alle folgenden Informationen über Clemens O. stammen aus dieser Akte.

37 Im Lazarett sei er zunächst nur »durch sein infantiles Verhalten« aufgefallen. »Intellektuell erwies er sich als unterbegabt. [...] zeitweise war er sehr läppisch, dann wieder verkroch er sich und war nicht ansprechbar. Gelegentlich machte er Angaben, die darauf schliessen liessen, dass er unter dem Einfluss von Halluzinationen stand [...].« »Ein Zusammenhang mit dem Wehrdienst« bestehe nicht. Aufgrund der nun vermuteten »Akute(n) Psychose« erfolgte die Verlegung nach Friedrichsberg. Clemens O.'s eigener Eindruck wurde in seinen vermeintlich eigenen Worten notiert: »Ich fühle mich nicht krank, ich

pflegerischen Aufnahme in Friedrichsberg machte der Patient »einen scheuen und ängstlichen Eindruck. Seine Handlungen sind unbeholfen tollpatschig. Seine Antworten auf Fragen sind umständlich mit wenig Begabung.« Der am Aufnahmetag untersuchende Psychiater Dr. Gluck notierte hingegen:

»Ist in seiner Haltung etwas ungeniert, von der Situation kaum tangiert. Stimmungslage leicht gehoben. Gibt geordnet Auskunft; muss dauernd gegen seinen Lachreiz ankämpfen. Wirkt leicht debil. [...] V.D. Hypomanisches Zustandsbild. Debilität?«

Im weiteren stationären Verlauf heißt es später, Clemens O. lege »sich tagsüber in Sachen aufs Bett, zeigt sich Anordnungen gegenüber völlig gleichgültig, wirkt subdepressiv«. Er wirke »außerordentlich stumpf und schwunglos, hin und wieder Andeutungen, die an Paranoides denken lassen. [...] Man schikaniere ihn hier, er habe schon verschiedenes gemerkt, will sich darüber nicht näher aussprechen [...]«. Clemens O. beklagte zudem, im Radio sei mitten in der Sendung durchgesagt worden, er solle vom Militär entlassen werden – dabei sei es sein größter Wunsch zurück zum Militär »nach meiner Truppe« zu kommen.

Schließlich wurde eine »Schockkur« eingeleitet: An acht Tagen (mit insgesamt 6 Tagen Pause) erhielt Clemens O. je einen Cardiazol-Schock. Obwohl er schon nach der ersten Gabe von 5ccm Cardiazol einen mit zwei »+«-Zeichen dokumentierten epileptischen Anfall durchlebte, wurde die Dosis allmählich noch bis auf 9ccm erhöht. Grund hierfür mag die ausbleibende Besserung seines Zustandes gewesen sein.³⁸

Die Cardiazoltherapie wurde nach Beendigung noch durch eine Insulinkur ergänzt: Der Patient erhielt an fünf aufeinanderfolgenden Tagen Insulin-Gaben von je 60IE. Krampfanfälle oder Zucker-Gaben wurden keine dokumentiert. Schon am zweiten Tag der Insulinkur steht im Verlaufsbericht, der Patient sei »etwas ruhiger und ausgeglichener. [...] Habe keine Lust mehr, hier zu bleiben. Distanzlos, ungehobelt [...]«. Er duze das Pflegepersonal. Am 18. Februar 1942 konnte er von seinen Angehörigen abgeholt und nach Hause gebracht werden.

Zum Ende des Aufenthaltes hin wurde von psychiatrischer Seite ein Schreiben »an den Truppenarzt bei der Heeresentlassungsstelle 3/X« gesendet. Clemens O. habe »einen reaktiven Depressionszustand mit Heimkehrreaktion bei einem primitiven, unterdurchschnittlich begabten und egozentrischen Charakter.« Obwohl er nach »überraschende(r)

bin hierher geschickt worden, weil ich in den Urlaub fahren wollte [...]. Das Lernen fiel mir aber sehr schwer, es ging alles so schnell, ich habe mich sonst gut mit meinen Kameraden vertragen, die haben mich aber wohl zeitweise aufgezoogen, dass ich Urin ins Essgeschirr gelassen haben soll, verhält sich so, dass wir alle abends was getrunken hatten, ich musste dann plötzlich austreten, der Gruppenführer hat mir dann angedeutet, dass ich das ruhig auf die Weise erledigen könnte, dass ich meinen Trinkbecher nehmen möchte.« Weiter heißt es im psychischen Befund: »Infantiler Gesichtsausdruck, zunächst kindlich heiter, dann sehr verschämt, fängt an zu weinen, auf Zuspruch hin und wieder zutraulich, intellektuell unterbegabt [...].« Er wird »vorläufig« als »Infantiler Unterbegabter« beschrieben.

38 In einer Notiz vom 13.1.42 heißt es: »Es wurden vier Cardiazolshocks mit Erfolg durchgeführt, doch eine Änderung im Verhalten des Pat. konnte bislang nicht beobachtet werden.«

Wendung« gebessert entlassen worden sei, bestehe »die Gefahr eines Rückfalles, sobald O. zu einer militärischen Dienststelle bzw. Heeresentlassungsstelle zurück versandt wird. Um derartigen bedrohlichen Reaktionen aus dem Wege zu gehen, da bei denselben unter Umständen Suicidgefahr besteht«, sei es »ratsam O. direkt aus der Klinik nach seinem Heimatort zu entlassen. Wehrdienstschädigung liegt nicht vor, es handelt sich um eine anlagebedingte Erkrankung«. Die in der Akte dokumentierte Diagnose lautete »manisch depressives Mischbild mit paranoid-halluzinatorischen Zügen«.

Karl K.

Auch Karl K., ein 1905 geborener Segelmachergehilfe, der erstmals im Februar 1939 in Friedrichsberg vorgestellt wurde, erhielt Schocktherapien.³⁹ Er wurde direkt von seinem Arbeitsplatz bei der Werft Blohm & Voss mittels »San.-Feuerwache« eingeliefert. In den Aufnahmenotizen heißt es, er wisse »nicht warum er nach hier kommt [...]«.

Fremdanamnestisch berichteten die wohl einzeln befragten Eltern, ihr Sohn habe sich schon in den letzten drei bis vier Monaten sehr verändert, sei »stillter als sonst, in sich gekehrt [...], grübelte, als wenn er etwas auf dem Herzen hätte«. Der »treuherzige« Karl K. sei ein »harmloser, ehrlicher gutmütiger und stiller Mensch, sparsam, zurückhaltend. [...] ging Streitigkeiten aus dem Wege«. Er habe aber »in den letzten vier Monaten [...] seinen Posten als Amtsträger bei dem Luftschutz nicht mehr ordnungsgemäß geführt [...] obwohl er öfters gemahnt wurde. War mit seiner Kleidung etwas gleichgültig, warf den Mantel unordentlich auf den Stuhl«. Er habe »in der letzten Zeit immer Rasierklingen vor dem Bett gehabt« und wohl »Selbstmordabsichten« verfolgt. Zuletzt sei er sehr »zerfahren [...] furchtbar vergesslich [...] ging im Anzug ins Bett«.

Karl K. selbst berichtete von dem Eindruck, man habe sich bei der Arbeit über ihn lustig gemacht. Innerlich sei »er sehr erregt und nervös«. Im ärztlichen Bericht heißt es darüber hinaus, er fühle »Ströme an seinem Körper[,] die durch den Kopf zogen, als wenn man unter einer Hypnose leide. [...] Von wem diese Gedankenübertragung kam[,] kann er nicht sagen [...]. Die eigenen und fremden Gedanken kreuzten plötzlich durcheinander, sodass er sich nicht zurecht fand«. Auch höre er Stimmen, diese »sagten immer, dies sollst du tun, dann dies und das«.

Auf die untersuchende Person wirkte der Patient »sehr verschlossen [...]. Undurchsichtig. [...] Spricht in teilweise gewundenen Sätzen, merkwürdige Formulierungen«. Es wurde der »Verdacht auf schleichenden psychischen Prozess« gestellt und, mit Fragezeichen vermerkt, »Dementia praecox« angefügt. Kurz darauf begann die Insulinkur.⁴⁰

39 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 82923 und 87293 (in einer Akte zusammengefasst). Alle folgenden Informationen über Karl K. stammen aus dieser Akte.

40 Vor Beginn wurde der Patient noch zur EKG-Untersuchung in die medizinische Poliklinik des Eppendorfer Krankenhauses verwiesen, das Ergebnis wurde als unauffällig beschrieben.

Bis Ende März erhielt Karl K. insgesamt 24 Insulinschocks. Danach heißt es:

»Stimmen sind jetzt völlig verschwunden. [...] Die Kur selbst wird angenommen, nicht gerade angenehm. [...] Kommt ohne irgendwelche Sensationen in den Schock, ist sehr schnell bewusstlos. [...] Nach der Entlassung will er sofort arbeiten, er hat keine Angst, dass der alte Zustand wieder auftrete. [...] Gespräche über die damalige Psychose sind ihm sichtlich unbehaglich, wird dann etwas verlegen und lenkt ab. Versichert jetzt in glaubhafter Weise frei von Halluzinatorischen Erlebnissen zu sein. [...] Gute Remission.«

Am 23. Mai 1939 wurde Karl K. schließlich nach Hause entlassen. Allerdings war er durch die Diagnose, die ihm gestellt wurde, möglicherweise von einer Zwangssterilisation betroffen. Gemäß dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 haben Friedrichsberger Ärzte ein psychiatrisches Gutachten an das Gesundheitsamt Hamburg gesendet. Darin heißt es: »Es handelt sich anscheinend um einen nach Insulinschockbehandlung gut remittierten Schub eines langsam verlaufenden psychotischen Prozesses im Rahmen des Formenkreises der Schizophrenie (Hebephrenie). Die Voraussetzungen zur Einleitung eines Erbgesundheitsverfahrens wegen Schizophrenie im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind damit gegeben.« Ob es daraufhin zu einer Sterilisation kam, konnte bislang nicht eruiert werden.

Etwa zwei Jahre später, am 23. April 1941, wurde Karl K. wieder nach Friedrichsberg gebracht. Laut Abschrift der Polizeiakte soll er Passanten belästigt, zuhause seine Mutter angegriffen haben. Er habe beklagt, seine Zeichnungen seien gestohlen worden. »Er macht einen geisteskranken Eindruck. Auf die an ihn gestellten Fragen gab er irre Antworten.« Im Gegensatz zum Voraufenthalt wurde er nun als »mürrisch, gereizt, ablehnend« wahrgenommen. Zudem unterhalte er sich mit seinen Stimmen. Im »Pflegerbericht« heißt es, er laufe »planlos, vor sich hinflüsternd im Saal umher«. Am 2. und 3. Mai erhielt er insgesamt zwei Gaben von Cardiazol, einmal »mit Erfolg«. Bei ausbleibender Besserung erfolgte nur zwei Wochen nach Aufnahme die Verlegung nach Langenhorn. Von hier wurde der Patient am 22. Oktober 1943 in die Anstalt Meseritz verlegt, wo er am 16. November 1943 im Alter von nur 37 Jahren vermutlich ermordet wurde.⁴¹

Emmy H.

Zuletzt soll der Anstaltsaufenthalt von Emmy H., 1904 geborene E., beschrieben werden.⁴² Die Hausangestellte kam im August 1925 erstmals nach Friedrichsberg – erst 21 Jahre alt. Beschrieben wurde sie als »ratlos, still, spricht fast garnicht, [...] nur mit

41 Vgl. die Website »Hamburger Euthanasie-Opfer«; hier wird auf die Akte StAHH 352-7-8, Abl.1995 verwiesen.

42 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 56415, 84428, 88536 (in einer Akte zusammengefasst). Alle folgenden Informationen über Emmy H. stammen aus dieser Akte.

Flüsterstimme. Verlangsam, gesperrt [...].« Sie habe einen »[...] ängstliche(n) Gesichtsausdruck [...], weint zeitweise, nässt ein«. ⁴³ In den pflegerischen und ärztlichen Verläufen wurden immer wieder »Zitate« der Patientin aufgeschrieben. So habe sie Aussagen wie »Ich kann das eben alles nicht. Ich kann mich nicht besinnen« gemacht und habe geklagt, sie dürfe nicht in der Klinik bleiben, »das werde ihr nicht gegönnt«. Sie höre immer wieder ihren eigenen Namen und fühle sich »von allen« beobachtet. »Entschuldigt sich häufig, sie habe doch nichts getan.« Kurz vor Weihnachten 1925 wurde notiert, die Patientin halte sich für gesund. Ärztlicherseits war man anderer Meinung: als »ungeheilt« erfolgte eine Verlegung nach Neustadt. Dort wurde eine »Dementia praecox« diagnostiziert.

Erst etwa 14 Jahre später, am 14. Oktober 1939, wurde Emmy H. wieder in Friedrichsberg vorgestellt. In der Zwischenzeit hatte sie geheiratet, ein Kind bekommen und war laut ärztlicher Notizen 1934/1935 in der Frauenklinik Finkenau sterilisiert worden. ⁴⁴ Sie kam aus dem Allgemeinen Krankenhaus St. Georg. Während in der Verlegungsnotiz noch der V.a. auf eine »Lues latens« gestellt wurde, ⁴⁵ erhielt die Patientin in Friedrichsberg die Diagnose »endogene Depression«. In der Aufnahmenotiz heißt es: »Redet in zerfahrener Weise alles durcheinander; zeitlich u. örtlich desorientiert.«

Auch in dieser Akte wurden die Aussagen der Patientin vermeintlich wörtlich wiedergegeben. »Mir ist immer so, als ob mich kein Mensch sehen will. [...] Ich komme mir so verlassen vor. [...] Gibt es das denn, dass der eigene Mann seine Frau ins Gefängnis bringt.« Immer wieder beklagte sie eine »furchtbare« Angst. Auf die Behandelnden machte sie »einen ängstlichen, ratlosen Eindruck, Affektlabil [...] sehr weinerlich, glaubt, dass sie für alle Leute büßen soll. Redet in einer Tour alles wirt durcheinander, wiederholt alles. Zeitlich und örtlich desorientiert«. Sie habe »vom vielen Reden eine heisere Stimme«. Erneut höre sie ihren Namen aus anderen Zimmern. Zudem habe sie »immer das Gefühl, dass sie ausgelacht werde«. Am 9. November 1939 sollte eigentlich eine Cardiazolkur eingeleitet werden, diese musste aber »nach der ersten [...] Injektion von 3ccm abgesetzt werden, da der Ehemann mit einer Fortsetzung nicht einverstanden ist«. Ihr Zustand besserte sich dennoch, sodass sie kurz vor Weihnachten für etwa einen Monat beurlaubt und schließlich Ende Februar 1940 gebessert entlassen werden konnte.

43 Aufgrund des V.a. eine Diphtherie wurde Emmy H. nach Barmbek verlegt und nach fast drei Wochen »diphtheriebazillenfrei« zurück nach Friedrichsberg überwiesen. Emmy H. äußerte nach dem Aufenthalt, sie sei in »Barmbek [...] drei Tage unwohl gewesen, das wisse sie sicher. Verehrer habe sie gehabt. Sie sei verlobt gewesen«. Direkt unter diesem Eintrag sind die Ergebnisse einer vaginalen Untersuchung notiert: »Defloriert. Scheide eng. Portio etwas weiter. Cervix weich [...] Corups uteri etwa hühnereigroß, retroflectiert. Spannt bei der Untersuchung. Kein Anhaltspunkt auf Gravidität«.

44 Diese Angabe findet sich in den ärztlichen Notizen. Jedoch gibt es ein Schreiben vom Erbgesundheitsgericht vom 19. März 1936, in welchem es heißt, »In der hier anhängigen Sache betr. Unfruchtbarmachung wird gemäß richterlicher Verfügung um baldige Uebersendung der dortigen Krankengeschichte gebeten«, was als Hinweis darauf zu werten ist, dass die Sterilisation erst später stattgefunden haben könnte.

45 Die umgehend durchgeführten Serumreaktionen auf Syphilis von der serologisch-bakteriologisch-chemischen Abteilung wurden gänzlich als unauffällig befundet.

Kaum zwei Jahre danach, im November 1941, kam sie jedoch wieder. Erneut machte sie »einen leicht verängstigten Eindruck. [...] Ist sehr gehemmt. Gesichtsausdruck etwas starr, amimisch«. Ihr Zustand wurde zunächst als »V.D. Subdepressives Zustandsbild mit wahnhaften Umdeutungen, Prozess?« gewertet.

Laut Auskunft eines befragten Bekannten sei Emmy H. nun »seit etwa 1 Jahr geschieden. 1 Kind sei bei Verwandten des Mannes«. In den »Pflegerberichten« wurde notiert, die Patientin gebe an »sehr verzweifelt zu sein, weinte [...] Meint sie habe immer das Gefühl, dass man ihr Kind [...] wegnehmen wollte. Wird anscheinend von Stimmen belästigt. Meinte es stimme etwas nicht«. Außerdem plage sie sich mit Selbstvorwürfen.

Am 5. Januar 1942 wurde diesmal dann doch eine Cardiazoltherapie eingeleitet. Nach der ersten Gabe »mit Erfolg«, heißt es, die Patientin fühle »sich sehr Elend«; nach zwei weiteren, sie liege »teilnahmslos im Bett«. Sie sei »immer noch deprimiert. Beschuldigt sich selbst«. Nach vier weiteren Gaben entwickelte die Patientin starkes Fieber, was laut Kurvennotizen über 11 Tage lang anhielt.⁴⁶ Die Cardiazoltherapie wurde abgebrochen. Mitte Februar zeigte die Patientin eine »gleichmäßige Stimmung« und wurde am 28. Februar 1942 schließlich »in gebessertem Zustande« und der Empfehlung von »leichte(r) Beschäftigung und bei Bedarf Sedativa« entlassen.

Drei Akten – drei Einzelschicksale

In diesen drei aufgearbeiteten Akten wurden drei Einzelschicksale beschrieben. Allen ist die im Jahr 1941 in Friedrichsberg erhaltene Schocktherapie gegen psychotische Symptome gemein.

Der 18-jährige Soldat Clemens O. entwickelte kurz nach Einzug in die Wehrmacht psychotische Symptome, wurde aber trotz »erfolgreicher« Behandlung schließlich vom Wehrdienst freigestellt – ein Umstand, der durchaus lebensrettend gewesen sein mag. Am Aufenthalt von Karl K. wird die »Dialektik zwischen Heilen und Vernichten«⁴⁷ deutlich: Während er nach einem ersten Aufenthalt, hier als »harmlos und gutmütig« beschrieben, nach einer Insulintherapie gebessert nach Hause entlassen und eine Sterilisation beantragt wurde, erhielt er während des zweiten Aufenthalts, nun als »gereizt und mürrisch« wahrgenommen, nur noch zwei Cardiazol-Schocks und wurde schon kurz darauf als vermeintlich »unheilbar« nach Langenhorn verlegt. Es wirkt nicht so, als ob sich die Behandelnden von dieser Behandlung einen Effekt erhofften, waren doch lediglich zwei verabreichte Schocks auch im damaligen Verständnis keine ausreichende Therapie. Deutlich wird hier die grausame Besonderheit der Biopolitik

⁴⁶ Ein Infektfokus wird aus der Akte nicht deutlich, es findet sich lediglich ein Eintrag bezüglich einer in dieser Zeit durchgeführten Abszess-Spaltung, wobei die Lokalisation nicht angegeben wird.

⁴⁷ Vgl. Schmuhl 1994.

im Nationalsozialismus: Der Effekt der Schocktherapie auf die Behandelten diente als Selektionskriterium. Trat eine Besserung ein, durfte der oder die Erkrankte leben, war dies nicht der Fall, wurde er oder sie »aussortiert«. Hier scheint jedoch nicht mal mehr der Versuch einer wirklichen Symptomlinderung angestrebt worden zu sein. Im Jahr 1941 waren die reichsweit organisierten Krankenmorde bekannt: Die »aussortierenden« Psychiater und Psychiaterinnen müssen gewusst haben, dass eine Verlegung, z.B. in die Anstalt nach Langenhorn, die Wahrscheinlichkeit zu versterben immens erhöhte. Dieses Schicksal ereilte auch Karl K., der schließlich nach mehreren Verlegungen im November 1943 mit 37 Jahren in der Anstalt Meseritz ermordet wurde.

Während Emmy H. als junge Frau in den 1920er Jahren die Diagnose einer »Dementia praecox« erhielt, auf deren Basis vermutlich auch eine Sterilisation beantragt und durchgeführt wurde, wurde sie 14 Jahre später aufgrund von vermeintlichen »endogenen Depressionen« behandelt. Ihr Ehemann verhinderte zunächst eine Cardiazol-Schocktherapie – ihr Zustand besserte sich dennoch. Erst beim nächsten Aufenthalt (und nach Trennung des Paares) erhielt Emmy H. doch eine Cardiazoltherapie. Sie vertrug diese nicht gut, klagte bald über Schmerzen und entwickelte einen schweren fiebrigen Infekt, woraufhin die Therapie abgebrochen wurde. Sowohl der Infekt als auch die Psychopathologie besserten sich, und sie konnte nach Hause entlassen werden.

Die drei beschriebenen Personen litten zwar alle an psychotischen Symptomen, deren jeweilige Ursache wurde ärztlicherseits jedoch in verschiedenen Grunderkrankungen vermutet: Karl K. wurde eine Schizophrenie, Emmy H. eine »endogene Depression« und Clemens O. ein »manisch depressives Mischbild mit paranoid-halluzinatorischen Zügen« diagnostiziert. Alle drei erhielten Schocktherapien, teilweise nur mit je Insulin oder Cardiazol, teilweise in Kombination beider Substanzen. Zu keinem Zeitpunkt entstand der Eindruck einer disziplinarisch angewendeten Schocktherapie.⁴⁸

Die Ärztinnen und Ärzte der Zeit sahen in den Schocktherapien grundsätzlich eine legitime Behandlungsmethode mit Erfolgsaussichten und wendeten sie breit an – obwohl ihre eigentliche Wirkweise unklar blieb. Dabei scheint man sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite systematisch vorgegangen zu sein: Zwar waren die Schocktherapien bekanntlich lebensgefährlich, was billigend in Kauf genommen wurde, die Kurvenaufzeichnungen vermitteln jedoch den Eindruck, dass Vitalparameter gemessen wurden und auf Komplikationen reagiert wurde. Nicht nur war die Schocktherapie an sich lebensgefährlich, zusätzlich bedrohlich war vielmehr eine trotz Anwendung ausbleibende Symptomlinderung – dies konnte eine Verlegung und Tötung in eine andere Anstalt bedeuten. Gerade dieser Umstand machte das damalige psychiatrische Handeln zusätzlich gefährlich und entschied ein weiteres Mal über Leben und Tod.

48 Zur womöglich disziplinarischen Anwendung von Schocktherapien vgl. Foth 2013, S. 161-184.

Literatur

- Bangen, Hans (1992): Therapie der Schizophrenie. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Bennet, A. E. (1940): Preventing traumatic complications in convulsive shock therapy by Curare. *J Am Med Assoc* 114, S. 322-324.
- Borck, Cornelius (2013): Die Internationale der invasiven Therapie. In: Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker: »Heroische Therapien« – Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918-1945. Göttingen: Wallstein, S. 131-148.
- Ebbinghaus, Angelika (1984): Aussonderung und Vernichtung in den Anstalten. Kosten-senkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung – Konsequenzen für das Anstaltswesen. In: Ebbinghaus, Angelika; Kaupen-Haas, Heidrun; Roth, Karl Heinz (Hg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg: Konkret Literatur Verlag, S. 137-146.
- Foth, Thomas (2013): Shock Therapies as Intensification of the War against Madness in Hamburg Germany: 1930-1943. In: *Canadian Bulletin of Medical History*, 30 (2), S. 161-184.
- Funk, H. (1941): Beitrag zur psychischen Wirkungsweise der Insulinschockbehandlung. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, S. 61-150.
- Gawlich, Max (2017): Eine Maschine, die wirkt. Die Elektrokrampftherapie und ihr Apparat, 1938-1950. *Geschichte der Technischen Kultur*, Band 1, Paderborn: Brill/Schöningh.
- Hamann-Roth, Matthias (2000): Die Einführung der Insulinschocktherapie im Deutschen Reich 1935-1937. *Studien zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus*, Band 2, Wetzlar: GWAB.
- Hamburger Euthanasie-Opfer: Die Toten von 1939-1945. <https://hamburger-euthanasie-opfer.de> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Jacob, Hans (1939): Über Todesfälle während der Insulinschocktherapie nach Sakel. Ein Beitrag zur Histopathologie und Pathogenese der Gehirnveränderungen bei Insulinvergiftung. In: *Der Nervenarzt* 12, S. 302-308.
- Kögler, Alfred (1939a): Überblick über die insulinbehandelten Schizophreniefälle der psychiatrischen Universitätsklinik. Vortrag auf der 63. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater am 11. und 12. Juni 1937 in Baden-Baden. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 109, S. 328-330.
- Kögler, Alfred (1939b): Vorläufige Erfahrungen über die Indikationsstellung der Shockbehandlung. In: *Der Nervenarzt* 12 (9), S. 441-443.
- Mayrhofer, O. (1992): Zur Geschichte der Muskelrelaxantien. In: Benad, G.; Hofmockel, R.: 50 Jahre Muskelrelaxantien. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag. S. 1-6.
- Meduna, Ladislaus von (1937): Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie, Halle: Marhold.
- Schmuhl, Hans-Walter (1994): Reformpsychiatrie und Massenmord. In: Prinz, Michael; Zitelmann, Rainer (Hg.): Nationalsozialismus und Modernisierung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 239-266.
- Van den Bussche, Hendrik (2014): Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus. *Forschung – Lehre – Krankenversorgung*, Berlin/Hamburg: Dietrich Reimer Verlag.
- Vijeselaar, Joost (2013): »A Hole in the Armour of Dementia Praecox«. Somatic Cures within a Context of Psychiatry in Multiplicity: the Netherlands 1920-1950. In: Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker (Hg.): »Heroische Therapien« Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918-1945. Göttingen: Wallstein, S. 168-184.

Wagner von Jauregg, Julius (1918/19): Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 21/22 und Nr. 39/40, S. 132-134 und S. 251-255.

Wunder, Michael (1990): Die Auflösung von Friedrichsberg – Hintergründe und Folgen. In: Hamburger Ärzteblatt 44 (4), S. 129.

Archivquellen

Staatsarchiv Hamburg:

StAHH, HW II, Ae13, Bd. 1, Auszug Senatsprotokoll 17.10.1934.

StAHH, HW, A e 7, Bl. &: Anordnung vom 18. März 1936 über die Psychiatrische und Nervenlinik als alleinige Aufnahmeanstalt.

StAHH, Innere Verwaltung, A IV 21 a Bd. 1, Ofterdinger an Kaufmann, 8.5.1934.

StAHH, Innere Verwaltung, A IV 21b Bd. 2, Speth an Richter, 22.2.1938, Anlage 1a.

StAHH, Sozialbehörde I, GF 32.15, Kostensenkung, Sitzungsprotokolle 09/10 1931.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin (IGEM), UKE Hamburg:

IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88535

IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 82923 und 87293

IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 56415, 84428, 88536

Verlegungen begründen: Fallstudien der Hamburgischen Psychiatrischen Klinik aus dem Jahr 1941

Ralph Höger

»Die Schwelle existiert nicht einfach; sie ist das, was durch alltägliches Handeln passiert, auf ihr und durch sie.«¹ So beschreibt die Historikerin Cornelia Brink den Zwischenraum zwischen dem ›Innen‹ und ›Außen‹ psychiatrischer Institutionen. Diese Schwelle wurde im Nationalsozialismus zur Markscheide zwischen Leben und Tod. Sie wurde stufenweise in einem arbeitsteiligen Prozess des Diagnostizierens, Therapierens, Dokumentierens, Selektierens und Verlegens hergestellt und zwischen verschiedenen Akteuren und Institutionen immer wieder neu verhandelt. Dieser Artikel nähert sich dem Prozess der Gestaltung psychiatrischer Schwellenräume im Nationalsozialismus exemplarisch und fallbasiert anhand der Verlegungspraktiken der Hamburgischen Psychiatrischen Klinik im Jahr 1941.²

Die Involvierung der Universitätspsychiatrie in das nationalsozialistische Mordprogramm ist eng mit der Verlegungspraxis von der Klinik in die Anstalt verknüpft. Zwar waren die Kliniken nicht eigentlicher Teil der »Aktion T4« und späterer »Euthanasie«-Aktionen – es wurden keine Meldebögen an die Klinikleitungen verschickt und keine Transporte in Tötungsanstalten von hier aus organisiert –³ mit der Verlegung von Patient:innen in die Heil- und Pflegeanstalten lieferten die Klinikärzt:innen aber das ihnen anvertraute Klientel an die »T4« und spätere dezentral organisierte Mordaktionen aus. Hendrik van den Bussche bilanziert deshalb in Abgrenzung zu dem in der Hamburger Klinik bis in die 1980er Jahre herrschenden Entschuldungsnarrativ: »Die Ausgangsfrage, ob die Psychiatrische Klinik mittelbar oder unmittelbar während der NS-Zeit an den Maßnahmen zur Vernichtung lebensunwerten Lebens beteiligt war, war von vornherein falsch gestellt. Die Frage muss nicht lauten, ob, sondern wie die Psychiatrische Klinik beteiligt war.«⁴

1 Brink 2010, S. 20.

2 Zur Behandlungs- und Gutachtenpraxis in der Friedrichsberger Klinik und der Situation der Klinik vgl. die Beiträge von Leonora Frank und Ulrich Mechler in diesem Band.

3 Im Gegensatz zur Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, deren Verlegungspraxis bereits Anfang der 1990er Jahre sowohl quantitativ als auch qualitativ sehr detailliert untersucht worden ist. Vgl. Lohalm/Böhme 1993.

4 van den Bussche 2014, S. 178.

Die Frage nach dem ›Wie‹ der Beteiligung der universitären Kliniken ist in der Forschung bislang vornehmlich anhand der Frage der Verlegungen von den Kliniken in die Anstalten diskutiert worden.⁵ Mittels quantitativer Untersuchungen wurden die Aufenthaltsdauern und Verlegungshäufigkeiten berechnet und verschiedene Risikogruppen unter den Patient:innen identifiziert. Was bisher ausgeblieben ist, sind qualitative Untersuchungen des Verlegungsgeschehens anhand der Krankenakten.⁶ Hier setzt dieser Artikel an. Anknüpfend an die methodischen Prämissen der historischen Praxeologie⁷ werden die konkreten Entscheidungshandlungen und die in den Krankengeschichten vorgebrachten Begründungen in den Blick genommen. Dieser Artikel zielt allerdings nicht darauf ab, eine ausgefeilte Methodik zu entwickeln, sondern folgt einer explorativen Agenda und fragt danach, wie qualitativ-hermeneutische Zugänge auf Basis der Krankenakten die bisherige Forschung ergänzen können.

Unter den Bedingungen der nationalsozialistischen Herrschaft bedeutete die Entscheidung zur Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn einen weiteren Schritt der Ausgrenzung. Cornelia Brink bezeichnet den Begriff der »Verlegung« als ein Schlüsselwort der NS-Psychiatriepolitik. Anders als Begriffe wie »Säuberung« oder »Sonderbehandlung« hatten »Verlegungen« eine lange Tradition in der Psychiatrie. Im NS-Kontext, konstatiert Brink, stelle der Begriff einen Euphemismus dar, der die Gewalt der Praxis verberge.⁸ Gleichzeitig mache der Begriff aber auch die »verobjektivierenden« Versorgungsstrukturen transparent, die die Psychiatrie im Nationalsozialismus zu einem »Verschiebebahnhof« machten.⁹

Zwischen dem 1.1.1940 und dem 31.5.1945 wurden insgesamt 1.983 Patient:innen aus Friedrichsberg und später Eppendorf nach Langenhorn verlegt. Das entsprach knapp einem Fünftel (19,4%) der gesamten Abgänge und damit dem selbstgesteckten Ziel des Klinikdirektors Hans Bürger-Prinz.¹⁰ Die meisten Kranken (75,4%) wurden nach Hause entlassen. Die übrigen 5% der Patient:innen wurden in andere Institutionen wie Krankenhäuser, Lazarette oder Heime verbracht.¹¹ Diese Verlegungsquote entspricht ungefähr der Quote der Frankfurter Universitätsklinik für denselben Zeitraum (20,2%).¹² Die Verlegungsquote der Münchner Klinik scheint etwas niedriger gewesen zu sein (zwischen 6% und 17% in den Monaten von Januar 1940 bis September 1941).¹³ In der

5 Vgl. beispielsweise Pfäfflin/Rüb/Göpfert 1992; Jähnel/Mayr/Müller 2015; Verdenhalven/Vahle/Hofstädter 2023.

6 Vgl. Jähnel/Mayr/Müller 2015, S. 291; van den Bussche 2014, S. 188.

7 Mergel/Reichardt 2021.

8 Brink 2010, S. 353.

9 Brink 2010, S. 353f.

10 Vgl. Pfäfflin/Rüb/Göpfert 1992, S. 48.

11 Vgl. van den Bussche 2014, S. 172, Tabelle 4.

12 Vgl. Verdenhalven/Vahle/Hofstädter 2023, S. 642.

13 In der Studie von Hähnel et al. liegen leider keine Daten zu anderen Entlassungsmodi oder Verlegungs-orten vor. Vgl. Jähnel/Mayr/Müller 2015, S. 288.

Heidelberger Universitätspsychiatrie nahm die Verlegungszahl nach Kriegsbeginn stetig ab. Auf den Höchststand von 18,9% im Jahr 1939, folgten 12,2% (1940) und 8,8% (1941).¹⁴ Grund für diese ungewöhnliche Entwicklung waren Transportschwierigkeiten zu und fehlende Bettenkapazitäten in den badischen Heil- und Pflegeanstalten.¹⁵ Eine genaue Aufschlüsselung für die einzelnen Monate und Jahre, die einen Einfluss der »Aktion T4« auf die Verlegungsentscheidungen zeigen könnten, liegen für Hamburg bisher nicht vor. Die Arbeitsgruppe um Friedemann Pfäfflin berechnete nur die jährlichen Verlegungsraten.¹⁶

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Hamburger Klinik stellt im Vergleich eine Besonderheit dar. Im Zuge der 1934 beschlossenen Umfunktionierung Friedrichsbergs von der »Staatskrankenanstalt« zur »Psychiatrischen und Nervenklinik der Hansischen Universität« wurden nicht nur die Bettenkapazitäten massiv abgebaut,¹⁷ sondern auch die stationäre Aufenthaltsdauer der Patient:innen drastisch reduziert. Während sie 1933/34 noch 129 Tage betrug, lag sie im Jahr 1940 im Durchschnitt noch bei 64 Tagen und im Jahr 1945 bei 31 Tagen.¹⁸ Damit zeichnete sich ganz konkret die Klinifizierung der ehemaligen Anstalt ab. Um Überfüllungen zu vermeiden, mussten die Patient:innen möglichst rasch entlassen oder verlegt werden. Im Vergleich zu anderen universitären Psychiatriekliniken war die durchschnittliche Verweildauer dennoch relativ hoch. In München betrug sie im Zeitraum zwischen 1937 und 1941 nur um die 30 Tage.¹⁹ In Heidelberg liegen nur Daten für die Gruppe der verlegten Patient:innen vor. Hier lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 52,7 Tagen.²⁰ In der nordbadischen Klinik nahm die Aufenthaltsdauer sogar aufgrund der schlechten Verlegungsmöglichkeiten zu. Betrug sie im Jahr 1939 noch weniger als 50 Tage für die Gruppe der Verlegten, stieg sie bis 1942 auf knapp über 70 Tage an.²¹

Im Folgenden sollen die Verlegungen von vier Patientinnen aus dem Aufnahmejahr 1941, darunter einem Opfer der »Euthanasie«-Morde, genauer untersucht werden. Die Auswahl der Fälle folgte keinem repräsentativen Verfahren. Im Hinblick auf die Kategorie Geschlecht konnte keine ausgewogene Auswahl getroffen werden. Deshalb wurden für diese explorative Studie nur Krankenakten von Patientinnen ausgewählt. Statt dem ›Geschlecht‹ wurden die Kategorien Alter, soziale Schicht, psychiatrische Diagnose und familiäre Einbindung herangezogen, um einen möglichst großen Kontrast zwischen den Einzelfällen herzustellen. Sowohl die genauen Zahlen der Geschlechtervertei-

14 Vgl. Bienentreu 2007, S. 49.

15 Vgl. Bienentreu 2007, S. 66-68.

16 Vgl. van den Bussche 2014, S. 178.

17 Mit Dienstantritt von Hans Bürger-Prinz im April 1936 verfügte die Klinik nur noch über 300 reguläre Betten und 20 Notbetten. Vgl. van den Bussche 2014, S. 184.

18 Vgl. Pfäfflin/Rüb/Göpfert 1992, S. 48.

19 Genauer: zwischen 26 Tagen (1937-1939) und 28 Tagen (1940-1941). Vgl. Jähnel/Mayr/Müller 2015, S. 288.

20 Vgl. Bienentreu 2007, S. 53.

21 Vgl. Bienentreu 2007, S. 60.

lung bei Verlegungen als auch eventuell geschlechtsspezifische Begründungsmuster sollten in künftigen Studien analysiert werden. Im Hinblick auf die kleine Fallzahl konnte auch die Schichtzugehörigkeit an dieser Stelle nicht systematisch in den Blick genommen werden. Eine intersektionale Perspektive wird für künftige Analysen aber explizit empfohlen. Im Mittelpunkt dieser explorativen Fallstudien stehen die Fragen: Aus welchen situativen Faktoren entstand die Entscheidung zur Verlegung und wie wurde sie begründet?

Dorothea P.²²

Ein aus heutiger Sicht eher ungewöhnlicher Fall ist die Alterspatientin Dorothea P. Sie wurde am 21. November 1941, drei Tage nach ihrem 97. Geburtstag, mit der Diagnose »Senium. Dementiver Abbau« in die Universitätsklinik aufgenommen. Neun Wochen später, am 2.2.1942 wurde sie nach Langenhorn verlegt. Die Witwe hatte vormals bei ihrer Tochter gelebt und war auf Anraten eines niedergelassenen Arztes in die Klinik gebracht worden. Ein spezifischer äußerer Anlass für die Einweisung findet sich in der Akte nicht.²³

Bei der ärztlichen Untersuchung wurden Dorothea P. neben dem »Senium« auch »Korsakoff«, »Dementiver Abbau«, eine Bronchitis und Schwerhörigkeit attestiert. Die behandelnde Assistenzärztin, Helene Daube, notierte:

»Hochgradig schwerhörig, sieht schlecht, Exploration durch die Schwerhörigkeit sehr erschwert. Hochgradige Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen. Im Verhalten im übrigen noch recht agil, versteht sofort, was man von ihr möchte, urteilt teilweise treffend und ganz witzig.«²⁴

Bereits hier stellt sich die Frage, warum die Patientin überhaupt in die Klinik und nicht in ein Alters- oder Pflegeheim eingewiesen worden war? Eine besondere psychiatrische Behandlung wurde für die betagte Frau jedenfalls nicht veranlasst und auch die ärztliche Aufmerksamkeit schien gering. Während des neunwöchigen Aufenthalts wurden sieben, meist einzeilige Notate in der Krankengeschichte eingetragen. Am 1.12.1941

22 Nach eingehenden Überlegungen haben wir, Leonora Frank, Ralph Höger und Ulrich Mechler, uns entschieden, die Klarnamen der Patienten und Patientinnen in unseren Beiträgen nicht zu nennen. Quellengrundlage der Beiträge sind Patientenakten, die sensible, die Intimsphäre und Würde der betreffenden Personen verletzende Informationen enthalten. Ich verfolge in meinem Beitrag nicht primär das Gedenken, sondern die historische Forschungsfrage, wie die universitäre Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus Verlegungsentscheidungen traf und begründete. Damit versuche ich vor allem die institutionellen Logiken dieser Entscheidungen nachzuzeichnen. Eine umfassende Würdigung der persönlichen Schicksale und die dezidierte Anerkennung des zugefügten Leids und Unrechts sind an dieser Stelle nicht möglich, auch wenn ich versucht habe, diese Perspektive in die Analyse miteinzubeziehen.

23 Vgl. IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88485, Aufnahmeblatt.

24 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88485, Krankengeschichte, Eintrag vom 21.11.1941.

berichtete Helene Daube »doch recht hinfällig, kann das Aufsitzen nur kurze Zeit aushalten. Sonst noch recht geordnet, schläft aber viel.«²⁵ Am 10.12. heißt es lapidar »unverändert.« Einen Monat später notierte derselbe Arzt: »schläft viel, isst ausreichend. Nett u. freundlich.«²⁶ Der letzte Eintrag vom 2.2.1942 verkündet die Verlegung, die in der Akte nicht weiter begründet wurde.

Die täglichen und nächtlichen Pflegeberichte deuten ebenfalls auf wenige pflegerische Interventionen hin.²⁷ Im November 1941 heißt es: »Pat. hält sich sauber, ißt alleine u. geordnet.« Am 7.12. wird vermerkt »Pat. tut nichts besonderes«, am 15.12. »Pat. ist ruhig und zufrieden.« Am 18.12.1941 wurde auch hier das erste Mal »Pat. unverändert« notiert. Bis zum letzten Eintrag für die Nacht vom 29. auf den 30.1.1942 wurde immer wieder bescheinigt, dass Dorothea P. »ruhig« und »bescheiden« sei und viel schlafe. Von einer besonderen therapeutischen Zuwendung kann bei Dorothea P. also keine Rede sein. Trotzdem wurde sie für etwas mehr als zwei Monate in der Klinik behalten. Die Versorgung von Alterspatient:innen in den psychiatrischen Kliniken ist bisher kaum systematisch erforscht worden.²⁸ Dass sie eine wichtige Patientengruppe in den Kliniken darstellten, ist belegt. Für den Fall der Heidelberger Klinik lässt sich zeigen, dass eine »Abschiebung« älterer und schwer körperlich kranker Patient:innen in die Psychiatrie stattgefunden hat.²⁹ In der Hamburger Klinik stellten senile Erkrankungen zusammen mit der »Paralyse« mit je 11% die zweitgrößte Patientengruppe in der Hamburger Klinik dar.³⁰ Inwiefern ihre Aufnahme auch die hohen Sterberaten der Klinik erklärten,³¹ muss noch weiter erforscht werden.

Minna K.

Die Patientin Minna K. passt besser in das Aufnahmeprofil einer psychiatrischen Universitätsklinik. Die 52-Jährige wurde am 12.1.1941 eingewiesen und am 19.9.1941 nach Langenhorn verlegt. Die Patientin wurde laut Akte wegen »Depression und Suicidabsichten« aufgenommen und dabei von ihrem Ehemann begleitet.³² Dieser gab bei der Eingangsuntersuchung an, sie sei seit drei Monaten »verändert« gewesen, habe keinen Appetit mehr gehabt, sei sehr »schwerfällig« geworden und habe neben den Suizidab-

25 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88485, Krankengeschichte, Eintrag vom 1.12.1941.

26 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88485, Krankengeschichte, Eintrag vom 10.1.1942.

27 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88485, Pflegeberichte.

28 Eine Ausnahme für die unmittelbare Nachkriegszeit stellt Schwoch 1999 dar.

29 Vgl. Bienentreu 2007, S. 46.

30 Vgl. van den Bussche 2014, S. 172.

31 In den Jahren 1939 und 1940 lagen die Sterberaten bei ca. 9%, 1941 stieg sie auf über 14% an. Vgl. van den Bussche 2014, S.188.

32 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Aufnahmeblatt.

sichten auch die Arbeit nicht mehr bewältigen können. Als Diagnose wurde daraufhin eine »endogene Depression« gestellt.³³

Das auf eine schnelle therapeutische Entscheidung drängende Vorgehen der Klinik wird im Verlauf der Krankengeschichte deutlich. Bereits einen Tag nach der Einweisung, dem 13.1.1941, wurde eine »Opiumcur« eingeleitet, die durch Schlafmittel ergänzt wurde. Zudem wurden mögliche körperliche Krankheitsauslöser abgeklärt. Ein durchgeführter Bluttest ergab einen erhöhten Entzündungswert, der jedoch einen Monat später wieder fiel.³⁴ Nachdem eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds festgestellt worden war, begann man am 14.2.1941 mit der Einleitung einer Insulinbehandlung, zunächst mit niedrigen Dosen als Sedativum.³⁵

Sechs Wochen später, am 4.2.1941, wurde eine »reguläre« Insulinschockbehandlung begonnen, die von dem Assistenzarzt Alfred Kögler begleitet wurde. Bei der Dosis von 50 Insulineinheiten zeigte sich die Patientin am 10.4.1941 »ängstlich erregt«, ein komatöser Zustand trat aber nicht ein. Auch bei der Dosis von 70 Einheiten erschien dem behandelnden Arzt die Depression als »unverändert«. Erst am 22.4.1941 kam die Patientin »mit 95E erstmalig ins Coma«. Eine Besserung des Befindens wurde jedoch nicht festgestellt. Nach dem siebten Insulininduzierten Koma wurde notiert: »Noch keine Änderung im Befinden. Jammert, äußert groteske Selbstvorwürfe.«³⁶ Nach insgesamt 15 Schockprozeduren und acht eingeleiteten Komazuständen wurde die Therapie einen Monat später, am 9.5.1941 »ohne jeden therapeutischen Effekt abgebrochen«.³⁷

Mitte Juni wurde von dem Psychiater und Neuropathologen Hans Jacob ein »Versuch mit Cardiazolschock« unternommen, der ebenfalls als wirkungslos und »ohne psychische Änderung« beschrieben wurde. Die Diagnose wurde nun angepasst und eine »leere Jammerdepression in der Involution« vermerkt.³⁸ Weitere Cardiazolschocks »mit Krampferfolg« Ende Juni erzielten keine weitere Wirkung.³⁹ Die ärztlichen Notizen betonen ab diesem Zeitpunkt die Unabänderlichkeit und stete Wiederholung des Krankheitsverlaufs. Am 10.7.1941 wurde notiert: »jammert immer vor sich hin« und »ist dauernd in jammerig-mürrisch-gereizter Grundstimmung«. Am 12.7. heißt es: »Seit Wochen das gleiche Bild«; am 30.7. schließlich: »völlig unverändertes Zustandsbild.« Dennoch wurden Ende August weitere Cardiazolschocks eingeleitet, die bis auf den »Krampferfolg« erneut keine Wirkung zeigten.⁴⁰

33 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 13.1.1941.

34 Die nachfolgenden Schilderungen beziehen sich auf: IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte.

35 Zu den Anwendungsweisen der Insulinkomatherapie in Hamburg siehe den Beitrag von Leonora Frank in diesem Band. Zur Subkomatherapie vgl. auch Müller 1963, S. 404.

36 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 29.4.1941.

37 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 9.5.1941.

38 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 13.6.1941.

39 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 30.6.1941.

40 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 30.8.1941.

Am 19. September, dem Tag der Verlegung nach Langenhorn, lautet der Krankengeschichteneintrag ein weiteres Mal: »völlig unverändertes Zustandsbild«. Die Diagnose wurde noch einmal angepasst: »Involutionen-depression von chronischem Verlauf (Jammerdepression)«. ⁴¹ Damit war die Entscheidung gefallen und Minna K. als chronischer Fall eingeordnet. Die Chronizität galt durch das mehrmalige therapeutische Versagen als bestätigt und wurde dementsprechend in die Diagnose aufgenommen. Die Pflegeberichte decken sich mit der ärztlichen Einschätzung. Ab Anfang Juni 1941 wurden die Äußerungen der Kranken nicht mehr im Wortlaut wiedergegeben, sondern als stereotyp und inhaltsleer beschrieben. ⁴² Am 2.6. heißt es »Pat. bietet nichts Neues«, am 4.6. die Patientin habe »ständig dasselbe gejammert« und am 6.7. wurde betont, die Patientin habe »unverändert gejammert«. In der zusammenfassenden ärztlichen Epikrise betonte Hans Jacob die vollkommene therapeutische Unzugänglichkeit der Patientin. Die Depression »vom Typ der Jammerdepression« habe »trotz jeder Therapie (Cardiazol, Insulin)« angehalten. ⁴³ Auf dem Aufnahmeblatt wurde als Krankheitsausgang »ungeheilt« vermerkt.

Die Reaktionen der Patientin auf die Behandlung werden in den Pflegeberichten ausführlich beschrieben. ⁴⁴ Minna K. wollte nicht medikamentös behandelt werden. Der Eintrag für den 15.1.1941 lautet: »Will keine Medizin einnehmen.« Am 21.1., nach einwöchiger Opiumgabe notierte Schwester Hanna: »Meint, sie bekäme hier zu viel Gift (Opium), davon würde sie ganz dusselig.« Drei Tage später schrieb sie: »Weinte, als sie Opium bekam. ›Nun kommen Sie schon wieder mit dem ollen Rattengift.« ⁴⁵ Zwar wehrte sich Minna K. nicht gegen die Insulinschocks, einige Notate in den Pflegeberichten deuten jedoch darauf hin, dass sie auch diese Behandlung ablehnte. Am 17.4.1941 berichtete Schwester Grete: »Pat. bekam 70E Insulin, war erst ruhig, wurde später unruhig, schrie laut auf [...]«. Am 7.5. schrieb Schwester Hanna: »Hatte 95E Insulin. Stöhnte und jammerte während der Kur. ›Schlagt mich tot, erschießt mich doch.« [...]«. Bei der Behandlung mit dem krampfauslösenden Mittel Cardiazol wurden ähnliche Reaktionen dokumentiert. Am 25.8. heißt es: »Pat. hatte Cardiazol, war danach sehr erregt, schrie und griff die Schw. an.« Wenige Tage später machte Minna K. gegenüber den Schwestern ihrem Unmut Luft: »Wenn ich rauskomme, werde ich auf der Straße erzählen, was man mit mir hier gemacht hat.« ⁴⁶ Die Fortführung einer Behandlung trotz Proteste der Patient:innen war nicht ungewöhnlich. Auch für die Göttinger Klinik sind ähnliche Patientenäußerungen dokumentiert. ⁴⁷

41 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte.

42 Die nachfolgenden Schilderungen beziehen sich auf: IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Pflegeberichte.

43 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 19.9.1941, Epikrise.

44 Die folgenden Aussagen befinden sich in den Pflegeberichten der Patientenakte.

45 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Pflegeberichte, Eintrag vom 24.1.1941.

46 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Pflegeberichte, Eintrag vom 29.8.1941.

47 Nach der Insulin-Behandlung der Patientin Gerda S. äußerte diese: »Gebt mir doch lieber Blausäure und quält mich nicht mehr mit dem Schocken.« Zit. nach Beyer/Rotzoll 2021, S.131.

Neben den negativen Aussagen zur Behandlung fallen die Sterbensängste der Patientin auf. Minna K. äußerte zwar immer wieder suizidale Absichten, deutlich präsenter erscheinen im Therapieverlauf aber ihre Ängste, in der Klinik ermordet zu werden. Am 14.2.1941 schrieb Schwester Annemarie: »[...] redet immer nur, daß sie hier umgebracht werden soll und doch nie wieder nach Hause käme.« Knapp zwei Wochen später notierte Schwester Berta: »[...] fragte, was denn nun mit ihr geschehen würde, ob in einen Ofen geschickt werden sollte.«⁴⁸ Schwester Berta berichtete Anfang März: »[...] glaubt oft, sie solle abgeholt und in den Keller gebracht werden.«⁴⁹ Diese Äußerungen lasen Ärzte als Teil der Verschuldungs- und Wahnideen der Kranken. In der Epikrise heißt es, der »Zeiger der Schuld« sei nach außen gerückt. So würden »Beschuldigungsideen krankhafter Art teilweise gegenüber anderen geäußert.«⁵⁰ Dass Patient:innen aber während Minna K.s Behandlungszeit tatsächlich abgeholt, ermordet und ihre Leichen verbrannt wurden, lässt danach fragen, inwieweit die Gedankenwelt der Patientin durch ein mögliches Wissen über die »Euthanasie«-Morde oder wenigstens die sukzessive, medial vorangetriebene Entwertung psychisch Kranker mitgeprägt wurde.

Auffallend ist in diesem Kontext, dass Minna K. sich immer wieder um den Kostenfaktor ihrer Klinikunterbringung sorgte und besonders darauf bedacht war, gute Arbeitsleistungen zu erbringen. Für die Ärzte waren beide Verhaltensweisen jedoch Ausdruck der Krankheit. Am 30.5.1941 wurde in der ärztlichen Krankengeschichte notiert: »Gleichmäßiges Bild einer Jammerdepression, murmelt immer vor sich hin in klagendem Tonfall, sagt in ostpreussischem Dialekt: ›mein Jott, mein Jott, ich kann das nicht bezahlen, wer solle denn das bezahlen‹ [...]«. Am 12.7. berichtete eine Pflegerin: »Sie selbst weigert sich zu essen und zu baden, weil sie es nicht bezahlen könne.« Der Arbeitseifer von Minna K. wurde besonders deutlich in den Pflegeberichten beschrieben. Schwester Anita schrieb am 12.3.1941: »[...] läßt sich die Arbeit nicht aus der Hand nehmen« und am 23.3. notierte Schwester Elfriede: »Pat. hilft fleißig bei der Gartenarbeit [...]«. Der Arbeitswille erschien dabei als Teil der Krankheit und nicht als Zeichen der psychischen Besserung. Schwester Hanna berichtete am 31.3.: »Hilft fleißig bei der Arbeit. Steht sonst regungslos mit hängenden Schultern u. gesenktem Kopf in ihrem Bett.« Am 1.4.1941 konstatierte Schwester Hanna: »Ließ sich das Ausfeigen abends nicht nehmen.«

Auch im Hinblick auf die Arbeitsleistungen der Kranken kann man von einem eigentümlichen Wirklichkeitssinn der Kranken sprechen. Die Aufnahme der Patientin fiel in den Zeitraum der »Aktion T4«. In Hamburg trafen die Meldebögen im August 1940 in Langenhorn ein. Die ersten Abtransporte aus Langenhorn und Alsterdorf begannen im Juli 1941, wurden dann aber aufgrund des »Euthanasie«-Stopps im August 1941 umgeleitet. Die Patient:innen gelangten nun nicht mehr in die Gasmordanstalten der

48 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Pflegeberichte, Eintrag vom 25.2.1941.

49 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Pflegeberichte, Eintrag vom 8.3.1941.

50 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Krankengeschichte, Eintrag vom 19.9.1941, Epikrise.

Pflegerberichte		Blatt Nr. _____
Datum	Name	Akten-Nr.
	F. K.	
	Vornamen	
1.9.	Pat. immerst mit in der Form	
2.9.	Pat. wacht viel auf dem Fußboden	
3.9.	Hat mit Mutter zusammen geschlafen	
4.9.	Hat geschlafen	
4.9.	Pat. stand am Fenster und sah auf die Kohlenleite die am Wäschereihaus die Kohlen abladen. Sagte weinend ich müßte draußen die Kohlen schütten sein dann verdiente ich Geld und könnte hier alles bezahlen. Immer habe ich ge-dacht ich wäre ein ordentlicher Mensch und nun bin ich gar nichts mehr. Wäßen meine Eltern mich als Bobby gleich ein die Kette gebracht dann brauchte ich heute nicht als Narr hier herum zu laufen.	
adw	Pat hat geschlafen	
9.	schlafen	
14.	Pat. kann nicht nach der Besichtigung. Immer verdammst immer mich, versprechen sie wollen mich haben und wenn ich sage, ich gehe sofort mit dann heißt es, heute noch nicht. Pat. hat geschlafen	
19.	Pat. wacht viel auf dem Fußboden aus der Kammer. Immer um auf höchst	
29.	Pat. fikt flüchtig, fällt bin der Luft ab und fällt hinter Schiffsgrünfen Kabinen.	

Abbildung 1: Auszug aus den Pflegeberichten in der Akte von Minna K.

»T4«, sondern wurden in anderen Anstalten ermordet.⁵¹ Inwiefern Minna K. oder ihre Angehörigen von der »Aktion T4« wussten, ist aus der Krankenakte nicht ersichtlich. K. zeigt in ihrem Handeln aber, dass sie die Prämissen der NS-Psychiatriepolitik bis ins Mark verinnerlicht hatte. Die mangelnde Arbeitsleistung und die hohen Kosten für die Versorgung psychisch Kranker wurden in der nationalsozialistischen Propaganda immer wieder betont. Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik setzte von Anfang an rigorose Sparziele.⁵² In Hamburg wurde das Spardiktat durch den Friedrichsberg-Langenhorn-Plan konsequent umgesetzt.⁵³ Zudem hat die Forschung zu den Tötungsentscheidungen der »Aktion T4« gezeigt, dass als »unproduktiv« bewertete Arbeitsleistungen in den Anstalten die Ermordungswahrscheinlichkeit für Patient:innen deutlich erhöhten.⁵⁴ In Hamburg ergänzten die Behörden bei der Erfassungsaktion die Meldebögen durch ein weiteres Dokument, das direkt nach der »produktiven Arbeitsleistung« fragte.⁵⁵ Im Kontrast dazu bot die Kategorisierung als Depressionserkrankte Minna K. eine erweiterte Möglichkeit, Dinge zur Sprache zu bringen, die unter Bedingungen des »Gesundseins« sicherlich schwer geahndet worden wären.⁵⁶ Indem der Arbeitswille der Kranken und ihre Sorge um den Kostenaspekt der stationären Unterbringung als Ausdruck von krankhaften Verschuldungsideen gedeutet wurden, konnte sich die Patientin jedoch frei äußern. Eine spitzfindige Bemerkung von Minna K. erfasst die Widersprüchlichkeit der psychiatrischen Behandlung im Nationalsozialismus zwischen Krankheit als Schutzstatus und »Auszumerzendes«. In einem Schwesternbericht vom 1.2.1941 wurde dokumentiert: »Pat. weint viel; auf die Frage, warum sie immer weine meint sie, ich bin doch krank.«

Maria Schulte⁵⁷

Dass auch eine relativ wirksame Therapie nicht vor der Verlegung schützte, zeigt der Fall von Maria Schulte. Im Alter von 29 Jahren wurde sie am 17.12.1941 in die Uni-

51 Vgl. Wunder 2017, S. 21f.

52 Massive Sparziele waren bereits vor 1933 explizit formuliert worden. Vgl. Beddies/Hübener 2003, S. 53; Brink 2010, S. 346-353. Nach 1933 wurde die Sparpolitik dann nochmals deutlich radikalisiert. Vgl. Faulstich 1998, S. 101. Anhand des Beispiels des Bezirksverbands Nassau mit detaillierter Diskussion des Forschungsstandes vgl. Sandner 2003, S. 280-317.

53 Vgl. Wunder 1990.

54 Hohendorf 2010, S. 323f.

55 Wunder 2017, S. 20.

56 Lea Oberländer fand in Einzelfällen für das Beispiel Mannheim Sanktionen auf Grundlage des »Heimtückegesetzes«. Vgl. Oberländer 2022, S. 227.

57 Ich nenne hier den Klarnamen der Patientin Maria Schulte, da sie als Opfer der »Euthanasie«-Morde auch im Hamburger Gedenkbuch genannt wird und die hier versammelten bruckstückhaften Informationen zu ihrer Lebensgeschichte als ein Puzzlestein für die weitere Gedenkarbeit und Erforschung der Biographie von Maria Schulte dienen können.

versitätsklinik Friedrichsberg eingewiesen. Bis zu ihrer Verlegung nach Langenhorn am 10.3.1942 verbrachte sie 15 Wochen in der Klinik.⁵⁸ Etwas mehr als zwei Jahre später, am 25.5.1944, wurde sie in der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde ermordet.⁵⁹

Maria Schulte betrat die Schwelle der Anstalt mit einem blauen Auge. Ihr Mann, ein Automatendreher, hatte ihr nach einem Streit ins Gesicht geschlagen. Schulte war seit 1936 mit ihm verheiratet, hatte drei Kinder, wobei der älteste Sohn aus einer anderen Verbindung stammte. In den Aussagen über die Ehe und den gewaltvollen Streitverlauf widersprachen sich die Aussagen der Eheleute.

Maria Schulte gab an, die Ehe sei nicht gut. Der Ehemann würde sich betrinken und es gäbe Schwierigkeiten mit der Schwiegermutter. Als der Ehemann einmal wieder betrunken nach Hause gekommen sei, hätte sie ihm die Stiefel an die Stirn geworfen, woraufhin er ihr ins Gesicht geschlagen habe.⁶⁰

Der Ehemann gab dagegen am 18.2. an, seine Frau sei eine schlechte Hausfrau, verstehe sich schlecht mit anderen Leuten und sei »gierig und streitsüchtig«. Nachdem sie seit Februar 1942 zunehmend reizbar geworden sei, habe er die Kinder zu seinen Eltern schicken wollen. Die Ehefrau habe zunächst zugestimmt, dann die Kinder aber doch wieder zurückgeholt. Daraufhin habe er damit gedroht, die Kinder ins Waisenhaus bringen zu lassen. Dies sei der eigentliche Streitanlass gewesen.⁶¹ Die Sorge der Patientin um ihre Kinder findet sich auch in ihrem selbstverfassten Lebenslauf wieder: »[Momentan] war ich mit den Kindern von der N.V.W.⁶² in Oberbayern wegen Fliegergefahr und ganz kürzlich durch 4 Wochen in Paderborn meiner Heimatstadt ohne die Kinder! Entfremdet haben die Kleinen sich, in der Zwischenzeit als ich weg in Paderborn war.«⁶³

Die Auseinandersetzung um die Kinderbetreuung stand im Mittelpunkt der Klinik-einweisung. Die eigentlichen Symptome oder ein spezifisches Krankheitsbild standen dagegen zunächst nicht im Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit. Die Diagnose des einweisenden Arztes lautete ganz allgemein »Seelenstörung«.⁶⁴ Bei der Exploration wurde im Dezember 1941 festgehalten: »Depressives Zustandsbild nach leichter Com-

58 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654.

59 Jenner 2017, S. 494. Online einsehbar unter: <https://hamburger-euthanasie-opfer.de/suche.php>? [letzter Zugriff: 25.07.2023].

60 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 18.12.1941, »Pat. im U.Z.«.

61 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 18.12.1941, »Ref. Ehemann«.

62 Wahrscheinlich ist mit der ungewöhnlichen Abkürzung die NS-Volkswohlfahrt (NSV) gemeint, die entsprechende Verschickungen aufs Land organisierte. Vgl. Historisches Lexikon Bayerns: Kinderlandverschickung.

63 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, handgeschriebener Lebenslauf, Fr. Schulte geb. Salmen.

64 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Aufnahmeblatt.

motio cerebri. Debilität?«. Die Patientin erschien »verdöst und verlangsamt.«⁶⁵ Am Ende des Aufenthalts in Friedrichsberg wurde jedoch die Diagnose »schizophrener Prozess« gestellt.⁶⁶ Zuletzt wurde durch das Signum »Endzustand« die Unheilbarkeit der Patientin besiegelt.⁶⁷

Der Weg zu dieser Entscheidung lässt sich in den Notaten der Krankengeschichte gut verfolgen. Bereits am 6.1.1942 wird Maria Schulte als »kontaktarm«, »kalt und affektlos« bezeichnet. Sie habe eingeräumt, »Stimmen zu hören« und gebe »im Ganzen ein etwas blankes Bild.«

Ende Januar wurde mit der Cardiazolgabe begonnen. Am 24.1. hieß es: »Pat. hatte Cardiazol. War danach sehr unruhig, weinte und schrie laut, jammerte vor sich hin.« Der Erfolg der Behandlung wurde am Folgetag beschrieben: »Pat. ist freundlich und zugewandt. Erzählt von ihren Kindern und hofft auf baldige Entlassung.«⁶⁸ Auch am 4.2., zwei Tage nach einem Cardiazolschock, wurde berichtet: »Wieder völlig aufgelockert, fühlt sich besser, könne wieder richtig denken. Hilft bei der Arbeit mit.« Die Schocktherapie zeigte also Wirkung. Diese hielt aber für die Ärzt:innen offenbar nicht lange genug an.

Trotz weiterer Behandlungen wurde am 18.2.1942 Maria Schultes »Stimmungsverhalten« als »wechselvoll« beschrieben. Sie sei »mitunter völlig ratlos« und »innerlich erregt«. Die Diagnose »Schizophrener Prozess« stellte der behandelnde Assistenzarzt Dr. Gluck in der Krankengeschichte zum ersten Mal explizit drei Tage später, am 21.2.1942. In der Epikrise vom 7.3.1942, dem Tag der Verlegung, erläuterte Dr. Gluck, was er unter einem »schizophrenen Prozess« verstand:

»Pat. wirkt durchaus persönlichkeitsverändert und zwar nicht im Sinne einer affektiven Beherrschtheit, sondern im Sinne eines fortschreitenden Persönlichkeitsverlustes. Vorübergehend kann man zwar einmal mit ihr Kontakt gewinnen, hat dann das Gefühl, dass sie etwas freier ist, meist kommt man aber durchaus nicht an sie heran, bleibt sie einem völlig unzugänglich, verschlossen, kalt. Sie verlangt zwar häufig nach Hause, wolle sich um ihre Kinder kümmern, ist dabei aber völlig affektlos [...]. Alles in allem muss man sich doch zur Diagnose eines schon länger subkutan verlaufenden schizophrenen Prozesses mit fortschreitender Entleerung der Persönlichkeit entschliessen.«⁶⁹

Zentral erscheint für die diagnostische Bewertung die »Persönlichkeitsveränderung«, der von dem Arzt als »fortschreitender Persönlichkeitsverlust« und »Entleerung der Persönlichkeit« beschrieben wurde. Eine primär affektive Gemütskrankung wie die ursprünglich angenommene »Depression« wurde ebenso ausgeschlossen wie eine »Debilität«. Für die Prüfung der Intelligenz wurde eigens eine Abschrift des Grundschulzeugnisses der

65 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 18.12.1941, »Psychischer Eindruck«.

66 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 21.2.1942.

67 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Aufnahmeblatt.

68 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 25.1.1941.

69 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 7.3.1942.

Patientin angefordert.⁷⁰ Die sprachliche Beschreibung des »schizophrenen Prozesses« als unumkehrbar voranschreitende Persönlichkeitszersetzung erinnert dabei an Binding und Hoche Begriffe von »leeren Menschenhülsen« und »geistig Toten«.⁷¹ Ähnliche Begriffe wurden auch bei der Selektionsentscheidung in Langenhorn verwendet.⁷² Andererseits findet sich darin auch die seit der Jahrhundertwende geführte, grundlegende Diskussion um die Wesensart der Schizophrenie-Diagnose. Zwar war Emil Kraepelins Rede von einem unaufhaltsam fortschreitenden »Verblödungsprozess« in der »Dementia praecox«⁷³ durch Eugen Bleulers Beschreibung einer primären Assoziationsstörung in der »Schizophrenie«⁷⁴ kritisiert worden. Karl Jaspers' Prozessbegriff, den er erstmals im Jahr 1910 formuliert hatte, betonte die Dauerhaftigkeit und Nicht-Verstehbarkeit von »Prozessen« in Abgrenzung von »Entwicklungen«. Er konstatierte bei »organischen Prozessen« zudem die »Eigenheit eines grob zerstörten Seelenlebens«.⁷⁵ Letztlich blieb auch in der Zwischenkriegszeit die psychiatrische Erfassung von Patient:innen mit der Diagnose »Schizophrenie« anhand von Prozessen und Verläufen zentral.⁷⁶ Wie breit das Spektrum der Einschätzungen in der deutschen und internationalen Psychiatrie der 1930er Jahre war, gilt es aber noch näher zu erforschen – gerade im Hinblick auf den Einfluss der neuen somatischen Therapien. Der Göttinger Universitätspsychiater Gottfried Ewald berichtete, dass Patient:innen »durchaus nicht so leer und niedergeführt seien, wie es erscheine«.⁷⁷ Auch nach dem Zweiten Weltkrieg findet sich in einer phänomenologisch-verstehenden Psychiatrie der Begriff der »dynamischen Entleerung«,⁷⁸ um die Symptomatik diagnostisch zu beschreiben. Ebenso findet sich bis heute der Begriff des »Endzustandes« bei der Verlaufsbeschreibung psychotischer Erkrankungen.⁷⁹

70 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Abschrift Schulentlassungs-Zeugnis Volksschule zu Paderborn vom 31.3.1926.

71 Dass die Schrift von Binding und Hoche in Hamburg als konkrete Verfahrensanweisung genutzt wurde, zeigt sich in der Gerichtsaussage des Langenhorner Arztes Friedrich Knigge vom 13.6.1945: »Um ganz sicher und gewissenhaft vorzugehen, ordnete Dr. Offerdinger an, daß den Krankenakten der durch das Innenministerium ausgewählten Fälle noch eine Zusammenfassung des Befundes beizugeben sei. In dieser sollte noch einmal über Krankheitsart, Grad der Erkrankung, Ausprägung des noch vorhandenen Lebenswillens u. a. gemäß den Binding-Hoche'schen Richtlinien berichtet werden. Sämtliche Ärzte kamen der zusätzlichen Anordnung des Senators pünktlich und ausführlich nach.« Zit. nach von Rönn 1993, S. 138. Zur sprachlichen Abwertung psychisch Kranker vgl. auch den Beitrag von Rebecca Schwach in diesem Band.

72 Der Langenhorner Arzt Dr. Lange beschrieb seine Patient:innen etwa als »Unheilbar, Endzustand. Leer und ausgebrannt«, »Eine leere Ruine. Unheilbar.«, »Unheilbar. Geistig tot.« Vgl. von Rönn 1993, S. 140.

73 Kraepelin 1899.

74 Bleuler 1911.

75 Jäger 2016, S. 30.

76 Vgl. Schneider 1925.

77 Ewald zielte damit vor allem auf die noch nicht scharf bestimmten Möglichkeiten der neuen Therapiemethoden. Zit. nach Beyer/Rotzoll 2021, S. 128.

78 Janzarik 1959.

79 Vgl. Psychrembel Online: Krankheitsverlauf.

Die Frage, ob die Patientin tatsächlich Stimmen hörte oder halluzinierte, war auch zum Zeitpunkt der Verlegung nicht geklärt. Die Patientin hatte allerdings »zugegeben«, Stimmen zu hören.⁸⁰ In der Epikrise schrieb Dr. Gluck jedoch: »Zu anderen Zeiten mit sich selbst beschäftigt, steht sie herum, stiert vor sich hin, fährt zusammen, wenn man sie anspricht, halluziniert?«⁸¹ Die Vermutung wurde in den Pflegeberichten bereits im Dezember 1941 geäußert: »Pat. war sehr still. Scheint Stimmen zu hören, lacht oft laut auf.«⁸² Anfang Januar 1942 berichtete eine andere Schwester erneut: »Pat. ist viel mit sich selbst beschäftigt. Hört anscheinend Stimmen u. sieht allerhand.«⁸³ Eine Woche später hieß es: »Pat. ist stark mit sich selbst beschäftigt, lachte oft ohne sichtbaren Grund.«⁸⁴

Wichtiger für die Diagnosestellung als der Nachweis von halluzinativem Erleben waren die Aufregungszustände und das als »unzugänglich« und »verschlossen« beschriebene Sozialverhalten der Patientin. Nachdem sich Maria Schultes Hoffnungen auf baldige Entlassungen zerschlagen hatten,⁸⁵ wurde sie als zunehmend aggressiv beschrieben. Die Patientin war häufiger aus dem Bett gesprungen, hatte versucht durch die Außenfenster zu entfliehen, gegen Türen geschlagen und geschrien, woraufhin sie mit Medikamenten ruhiggestellt wurde. Dr. Gluck kam in der Epikrise zum Schluss: »Sie springt auf das Fensterbrett, angstvoll, gespannt, stiert nach draussen oder schreit sinnlos und unverständlich vor sich hin. Ist dann durch nichts zu beruhigen, muss M. Scop. [Morphium Scopolamin, R.H.] haben.«⁸⁶

Zuletzt fehlte es Maria Schulte auch an familiärer Unterstützung. Besucht wurde sie in der gesamten Zeit ihres Klinikaufenthalts nicht. Es finden sich keine Belege in der Krankengeschichte, dass der Ehemann oder der noch lebende Vater der Patientin nach Friedrichsberg kamen. Ihre soziale Isolation wurde Maria Schulte schon früh bewusst und war wohl ein auslösender Faktor ihrer »Erregungen«. Am 6.1.1942 beklagte sie sich, dass »sie keinen Besuch bekäme.« Am 25.2. musste sie wegen einer gravierenden Störung während der Besuchszeit in einen anderen Raum verlegt werden. Der letzte Pflegeberichtseintrag der Akte lautet am 4.3.1942:

»Pat. wurde in der Besuchszeit plötzlich erregt, bollerte gegen die Saaltür, schrie gellend, wollte zu ihren Kindern, beruhigte sich kurze Zeit, ging ihrer Bett Nachbarin Pat. S. [Name gekürzt, R.H.] bei ihren Sachen nahm Kuchen u. Schokolade fort, wurde wieder erregt,

80 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 6.1.1942.

81 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 7.3.1942, Epikrise.

82 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Pflegeberichte, Eintrag vom 21.12.1941.

83 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Pflegeberichte, Eintrag vom 5.1.1941.

84 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Pflegeberichte, Eintrag vom 12.1.1941.

85 Am 4.2.1942 notierte die Nachtschwester: »Pat. freut sich das sie bald entlassen wird [...]«. Am 6.2. wurde berichtet: »Wollte auf die Fensterbank klettern, meinte sie müsste auch mal entlassen werden.«

86 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Krankengeschichte, Eintrag vom 7.3.1942, Epikrise.

Datum	Geschichte der Krankheit
7.3.	<p>Pat. wirkt durchaus persönlichkeitsverändert und zwar nicht im Sinne einer affektiven Beherrschtheit, sondern im Sinne eines fortschreitenden Persönlichkeitsverlustes. Vorübergehend kann man zwar einmal mit ihr Kontakt gewinnen, hat dann das Gefühl, dass sie etwas freier ist, meist kommt ^(man) aber durchaus nicht an sie heran, bleibt sie einem völlig unzugänglich, verschlossen, kalt. Sie verlangt zwar häufig nach Hause, wolle sich um ihre Kinder kümmern, ist dabei aber völlig affektlos. Zu anderen Zeiten mit sich selbst beschäftigt, steht sie herum, stiert vor sich hin, fährt zusammen, wenn man sie anspricht. Halluziniert? Dazwischen episodische Erregungszustände. Sie springt auf das Fensterbrett, angstvoll, gespannt, stiert nach draussen oder schreit sinnlos und unverständlich vor sich hin. Ist dann durch nichts zu beruhigen, muss M.Scop. haben. Spontanitätslos. Alles in allem muss man sich doch zur Diagnose eines offenbar schon länger subkutan verlaufenden <u>schizophrenen Prozesses</u> mit fortschreitender Entleerung der Persönlichkeit entschliessen. Wird am <u>10.3.42 nach Langenhorn verlegt</u>.</p> <p style="text-align: right;"><i>Münke</i></p>

Abbildung 2: Epikrise am Ende der ärztlichen Krankengeschichte von Maria Schulte

ging zu der [...]patientin ins Zimmer, trank halb die Milch aus u. aß die Kekse auf, stand auf der Fensterbank u. schrie aus dem Fenster, war kaum von 3 Schw. zu halten, wurde nach S. 3 verlegt.«⁸⁷

Dass andere Patient:innen Besuch und Geschenke erhielten, scheint für Maria Schulte nur schwer erträglich gewesen zu sein. Eine Hoffnung auf Versöhnung mit dem Ehemann bestand jedenfalls nicht. Bereits Mitte Februar war ein Ehescheidungsverfahren

87 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Pflegeberichte, Eintrag vom 4.3.1942.

in Gang gesetzt. Dr. Gluck forderte »zur Wahrnehmung der Interessen« der Patientin eine Pflegschaft für Maria Schulte, da sie unter Schizophrenie leide und im Sinne des BGB als geistig gebrechlich einzuschätzen sei.⁸⁸ Für die Patientin gab es kein stützendes soziales Umfeld, das sich um sie bemühte. Die Schizophreniediagnose und die negativen Bewertungen ihres Sozialverhaltens begründeten weiterhin ihre Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn.

Emmi R.

Deutlich mehr sozialen Rückhalt hatte die Patientin Emmi R. Sie wurde am 2.12.1941 durch ihren Ehemann nach Friedrichsberg gebracht und am 13.2.1942, knapp 10 Wochen später, nach Langenhorn verlegt. Die Aufnahmediagnose lautete: »Psychose (man. Symptome, paranoide Züge, Halluzinationen)«. ⁸⁹ Die ersten Informationen über die Patientin wurden von ihrem Ehemann überbracht. Dieser bemühte sich ganz offensichtlich, seine Ehefrau vor den Ärzt:innen und in Anbetracht der nationalsozialistischen Stigmatisierung der »Erbkranken« nicht in ein schlechtes Licht zu rücken. In der Familie seiner Frau habe es »0 Nervenkrankheiten« gegeben, die Ehe sei gut und die Patientin »nie ernstlich krank gewesen.« ⁹⁰ Den Charakter seiner Frau beschrieb er durchweg positiv: »Von jeher immer schon leicht aufbrausend, dabei gutmütig und nicht nachträglich. Fleissig und sauber. Ist lieber für sich alleine, kann sich aber gut anschliessen.« Nachdem er die aktuelle Symptomatik seiner Frau beschrieben hatte, schloss er mit den Worten, seine Ehefrau habe ihre »Arbeit bis zuletzt tadellos gemacht« und »bis zuletzt alles geregelt«. ⁹¹

Nicht nur der Ehemann bemühte sich um eine möglichst positive Darstellung des Krankheitsbildes von Emmi R. Vier Tage nach der Einweisung schrieb der Bruder direkt an den behandelten Arzt. Er bat darum, einige Informationen über die Schwester wahrzunehmen, um »von vornherein den Fall besser beurteilen« zu können. ⁹² Der Bruder versuchte, die Patientin als leistungsorientiert und die Familie als besonders gesund darzustellen. Seine Schwester sei »von ihrer frühesten Jugend auf sehr aufgeweckt und sehr strebsam« gewesen und habe »viel gearbeitet«. Die aktuelle Symptomatik sei einerseits auf »Bienengift-Injektionen« und Forapin-Spritzen gegen Rheuma zurückzuführen. Andererseits habe sie bei einer Auseinandersetzung mehrere Schläge auf den Kopf bekommen.

88 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Schreiben Dr. Gluck an Amtsgericht Hamburg, 18.2.1942.

89 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Aufnahmeblatt.

90 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, »Ref. Ehemann«.

91 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, »Ref. Ehemann«.

92 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Brief von Georg R. an Dr. Fondheim vom 6.12.1941.

Zepernick b. Berlin, den 6.12.1941
Hindenburgstrasse 22

Herrn
Dr. F o n d h e i m
Psychiatrische- u. Nervenlinik
Hans. Universität
H a m b u r g 23
Eilbeketal / Haus 10

Sehr geehrter Herr Doktor !

Meine Schwester, Frau Emmy R. aus Hamburg 19, Lutterothstr. 31, befindet sich seit dem 2. ds. Mts. unter Ihrer Beobachtung. Damit Sie von vornherein den Fall besser beurteilen können, möchte ich Ihnen kurz einige Hinweise geben.

Meine Schwester war von ihrer frühesten Jugend auf sehr aufgeweckt und sehr strebsam; sie hat viel gearbeitet. Sie hat sich vor etwa einem Jahr wegen rheumatischer Beschwerden einer Biengiftkur unterzogen und hat wohl eine ganze Reihe Spritzen Forapin erhalten. Ich weiss nun nicht, ob sie diese gut vertragen hat. Dagegen hat sie in einer Angelegenheit meines Bruders, der zurzeit bei der deutschen Marine dient, in dessen Interesse mit einem angeheirateten Schwager wegen abhandengekommener Bekleidungsstücke eine Auseinandersetzung gehabt, in deren Verlauf dieser sie mehrfach heftig auf den Kopf geschlagen hat. Der Vorfall, der sich im Beisein meiner ältesten Schwester abspielte, ist auch von der Polizeiwache Hochallee zu Protokoll genommen worden. Es erschien uns, besonders aber meinem bei der Marine dienenden Bruder, auffällig, dass die Briefe seit dieser Zeit immer verworrener wurden. Dies nahm mein Bruder auch zum Anlass, Ende November Urlaub zu nehmen. Weil ihn das Verhalten unserer Schwester, die wir sonst von einer ganz anderen Seite kennen, sehr erschüttert hat, hat er sie sogleich dem Nervenarzt, Dr. Schäfer, Hoheluftchaussee, zugeführt, der ihm geraten hat, sie einer Anstalt zu übergeben, mit dem Versuch, eine Heilung zu erreichen. Ich wurde von meinen Geschwistern vergangenen Sonnabend telegraphisch nach Hamburg gerufen und muss selbst sagen, dass ich meine Schwester derart verändert fand, dass mich schwerste Sorge bedrückte.

Vorkommnisse, die sie sich einredet, können unmöglich passiert sein, denn soviel wir wissen, ist sie vor lauter Arbeit überhaupt nicht auf so abwegige Gedanken gekommen. Ich habe versucht, ihr die eingebildeten Verfolgungen auszureden, weil die von ihr geschilderten Vorkommnisse überhaupt undenkbar sind.

Ich gestatte mir noch hinzuzufügen, dass wir auf eine sehr gesunde Ahnenreihe zurücksehen können, in der Geisteskrankheiten überhaupt nicht vorgekommen sind. Ich habe aber den Eindruck, dass meine Schwester in ihrem Bildungsbedürfnis sich auch durch sogenannte aufklärende ärztliche Veröffentlichungen, zum Beispiel eine Sammlung von Zeitungsausschnitten aus einer Zeitung, über Vieles hat informieren wollen, das sie etwas durcheinanderwirft. Ich habe dies bemerkt, da sie mir gegenüber dauernd von Hypnose und Rauschzuständen gesprochen hat.

b.w.

Abbildung 3: Erste Seite des Angehörigenbriefs der Patientin Emmi R. an die Psychiatrische Klinik

Als weitere mögliche Krankheitsursachen gab er das große »Bildungsbedürfnis« seiner Schwester an, das sich im Lesen vieler ärztlicher Zeitungen niedergeschlagen habe. Nur »vor lauter Arbeit« sei sie »überhaupt auf so abwegige Gedanken gekommen.« Die Familie könne zudem auf »eine sehr gesunde Ahnenreihe zurücksehen.«⁹³ Die Aufnahme der Patientin fiel nicht mehr in den Zeitraum der »Aktion T4«. Die Reaktion der Angehörigen macht aber deutlich, dass sie von den Abtransporten und Morden in den Anstalten Kenntnis hatten und alles versuchten, um ihre Angehörige zu schützen.

Im Untersuchungszimmer erschien die Kranke dem behandelnden Arzt als »unentwegt« redend und »von ihren Inhalten voll überzeugt.« Als Eingangsdiagnose notierte er »Prozesspsychose.«⁹⁴ Die Patientin hatte einen 34-seitigen Lebenslauf verfasst, in dem sie ihr Verfolgensein zu beschreiben versuchte und der der Akte beigelegt wurde. Zahlreiche Zeichnungen und nicht abgeschickte Briefe mit derselben Zielsetzung finden sich ebenfalls in der Akte. Eine Cardiazol- oder Insulintherapie wurde nicht vorgenommen. Einzig eine Azomangabe wurde im Dezember 1941 versucht. Die Patientin hatte aber keinen Krampfanfall, musste sich übergeben und fühlte sich laut der Pflegeberichte auch in den nächsten Tagen sehr »elend.«⁹⁵ Wegen einer Augenerkrankung wurde Emmi R. anschließend über die Jahreswende für zwei Wochen im Universitätsklinikum Eppendorf behandelt.⁹⁶

Der Assistenzarzt Dr. Gluck interpretierte das Redeverhalten der Patientin am 22. Januar 1942 als »stark logorrhöisch« und »völlig durchdrungen von ihren wahnhaften Inhalten«. Zwar sei bei Emmi R. der Wahn nicht zu korrigieren, die Patientin selbst aber »affektiv völlig erhalten« und der »Kontakt gut«. Die Patientin schien das Interesse von Hans Bürger-Prinz geweckt zu haben, denn sie wurde einen Tag später in der Fallkonferenz »vorgestellt.«⁹⁷ Ab Anfang Februar wurde die Kranke als störend, »gereizt« und auf der »Station nicht mehr tragbar« beschrieben.⁹⁸ Ihr Zustand wurde ab jetzt als unverändert beschrieben, sie böte »nichts besonderes.«⁹⁹ Die Angehörigen schienen in dieser Situation über die weiteren ärztlichen Schritte gut informiert gewesen zu sein. Bereits am 2. Februar erbat sie um »Nachricht vor Verlegung« nach Langenhorn. Am 13.2. war es schließlich so weit. Der Eintrag in der Krankengeschichte stellt die Bedeutung der Angehörigen für eine mögliche Entlassung heraus: »Muß wegen Platzmangel nach Langenhorn verlegt werden. Entlassung dürfte möglich sein, wenn Verwandten für Aufpassung sorgen.«¹⁰⁰ Trotz des unveränderten Zustands und der anhaltenden

93 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Brief von Georg R. an Dr. Fondheim vom 6.12.1941.

94 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, »Pat. im U. Z.«

95 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Pflegeberichte, Eintrag vom 20.12.1941.

96 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, Eintrag vom 8.1.1942.

97 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, Eintrag vom 23.1.1941.

98 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, Eintrag vom 2.2.1942.

99 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, Eintrag vom 10.2.1942.

100 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, »Ref. Ehemann«.

Unbeeinflussbarkeit der Ideenwelt schien die Patientin für die behandelnden Ärzte grundsätzlich entlassfähig. Dr. Gluck begründete die Entscheidung in der Epikrise:

»Es handelt sich um einen paranoiden Prozess bei einer vermutlich primär hyperthyemen Persönlichkeit. Diese ist [...] kaum beeinträchtigt, zeigt auf d. einen Seite allerdings Abgleiten ins Wahnhafte, auf der anderen Leerheit und Öde. Ihre hyperthyme Gesprächigkeit ist jetzt allein auf die endlose Reproduktion ihres Wahnes gerichtet. Bei Widerspruch erheblich gereizt und aus diesem Grunde wenigstens vorläufig draußen nicht haltbar.«¹⁰¹

Anders als bei Maria Schulte wurde bei Emmi R. keine fortschreitende Persönlichkeitsveränderung oder gar ein »Persönlichkeitsverlust« attestiert. Dennoch beschreibt der Assistenzarzt die innere Erlebniswelt der Patientin auch hier mit dem Bild der »Leerheit und Öde«. Als eigentlicher Verlegungsgrund wird bei Emmi R. neben dem Platzmangel die »Gereiztheit« der Patientin angegeben. Letztere verunmöglichte eine vorzeitige Entlassung. Dennoch zeigt sich im Fall von Emmi R., dass eine Verlegung nach Langenhorn nicht allein von einer potentiellen Unheilbarkeit begründet wurde, sondern ganz im Sinne von Hans Bürger-Prinz auf den angestrebten hohen Patientendurchsatz und die planmäßige Verringerung der Aufenthaltsdauer in der Klinik zurückzuführen war.¹⁰²

Für Emmi R. wurden zudem keine energischen therapeutischen Interventionen anberaunt. Die Behandlung beschränkte sich auf eine einzelne Azomanvergabe – Hinweise auf eine Cardiazol- oder Insulinbehandlung lassen sich in der Akte nicht finden. Auch zur Arbeit scheint die Patientin nicht angehalten worden zu sein – jedenfalls fanden sich weder in der ärztlichen Krankengeschichte noch in den Pflegeberichten Bewertungen des Arbeitsverhaltens der Patientin. Deutlich werden hier sowohl der Einfluss der Angehörigen als auch die Bedeutung der Schichtzugehörigkeit und des Familienzusammenhalts. Emmi R. hatte vermögende, sich sorgende Angehörige und einen deutlich höheren Bildungsgrad als Maria Schulte.

Fazit

Die hier vorgestellten Fälle deuten ein breites Spektrum an institutionellen und individuellen Handlungsspielräumen im Hinblick auf die psychiatrischen Verlegungsentscheidungen an, das in weiteren systematischen Studien genauer untersucht werden sollte. Patient:innen mussten nicht »austherapiert« sein, um in die Heil- und Pflegeanstalt

101 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, Eintrag vom 13.2.1942.

102 Bürger-Prinz äußerte sich entsprechend in einem Schreiben aus dem Jahr 1941: »[...] selbst unter diesen verlegten Patienten (war) noch eine größere Anzahl [...], deren Heilung erwartet werden konnte, bei denen aber dieser Zeitpunkt [der Verlegung; HvdB] wegen der starken Inanspruchnahme der Klinik nicht abgewartet werden konnte«, zit. nach van den Bussche 2014, S. 186.

Langenhorn verlegt zu werden. Genauso wenig war eine Schizophrenie-Diagnose notwendig.¹⁰³ Vielmehr schien der institutionelle Kontext des Friedrichsberg-Langenhorn-Plans oft die Entscheidungen schon vorwegzunehmen. Je nach Diagnosegruppe wurde maximal eine mehrmonatige Behandlung versucht. Trotz vorhandener Besserungsaussichten wurden Patient:innen nach Langenhorn verlegt. In der »modernisierten« Klinik mit 320 Betten war schlichtweg nicht genügend Platz für eine längere Behandlung. Hier wurden alle psychisch auffälligen Personen aus dem gesamten Stadtgebiet aufgenommen, was zu einem großen Platzmangel und Verlegungsdruck führte. Obgleich die Patient:innen der Stichprobe teilweise deutlich länger als die durchschnittliche Verweildauer von ca. 9 Wochen bzw. 64 Tagen in der Klinik verblieben, mussten sie letztlich jedoch – egal ob sie als »heilbar« oder »beeinflussbar« galten – nach Langenhorn verlegt werden. Die Frage nach einer dezisionistischen Universitätspsychiatrie, die mit besonderer »Entschlossenheit« Verlegungsentscheidungen herbeiführte, kann an dieser Stelle nicht tiefergehend beantwortet werden. Ein systematischer Vergleich mit den Vorkriegsjahren, der Weimarer Psychiatrie und den ersten Nachkriegsjahren könnte in diesem Sinn mehr Aufschluss geben. Es lässt sich jedoch vermuten, dass die strukturellen Gegebenheiten wie Kostendruck und Sparzwänge, Reduktion der Bettenzahl und die forcierte Ausrichtung des Behandlungsangebots auf die neuen Schocktherapieverfahren, die eine binäre Unterscheidung in »Therapieerfolg« und »Therapieversagen« hervorbrachte, die Handlungsspielräume bei Verlegungen deutlich senkten und das Treffen von schnellen Entscheidungen geradezu erzwangen. Dennoch lässt sich fragen, ob solche Zeitnöte und Überfüllungsproblematiken nicht schon vor der Zeit des Nationalsozialismus fester Bestandteil des psychiatrischen Alltags waren. Zudem verkompliziert die Transition von der Anstalt zur Klinik die Situation. Nutzten die Ärzt:innen diese Übergangsphase, um die Behandlungszeiten möglichst flexibel zu gestalten und den Patient:innen mehr Zeit zur Besserung zuzugestehen oder gaben eingetübte Klinikroutinen und fest eingeplante Zielgrößen des Direktors Bürger-Prinz die maximale Aufenthaltsdauer vor?¹⁰⁴

Deutlich werden einzelne Faktoren, die die ärztliche Entscheidung über das weitere Wohl der Patient:innen maßgeblich mitprägten. Erstens erscheint der Faktor Platzmangel maßgeblich. Hier ist zu fragen, inwiefern temporäre Kliniküberbelegungen die Verlegung geradezu erzwangen und damit die ärztlichen Handlungsspielräume beträchtlich einschränkten. Zweitens war »Therapieversagen« oder eine schlechte Prognose nur ein möglicher Grund für die Verlegung. Auch bei positiver Prognose oder relativer Wirksamkeit eines Therapieverfahrens konnte die Verlegung erfolgen. Hier stellt sich die Frage, inwiefern in Langenhorn an die ärztlichen Beurteilungen aus der

103 58% der Patient:innen mit Schizophrenie-Diagnose wurden nach Langenhorn verlegt. Vgl. van den Bussche 2014, S. 172.

104 Etwa im Sinne der von Bürger-Prinz angestrebten Verlegungsquote von 20%. Grundsätzlich gilt es aber hier die Divergenzen und Konvergenzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Krankenbehandlung in der Zeit des Nationalsozialismus anhand der Krankenakten genauer zu untersuchen.

Klinik angeknüpft wurde. Drittens spielten die Arbeitsfähigkeit und der Arbeitswille für die Gesamtbewertung eines Falls in den Kliniken wohl nur eine untergeordnete Rolle. Wie viele Patient:innen und welche Patientengruppen hier überhaupt zu Arbeiten herangezogen wurden und ob diese explizit als Arbeitstherapie konzeptualisiert waren, etwa im Sinne Carl Schneiders,¹⁰⁵ bedarf weiterer Forschung. Viertens ist auf den Einfluss der Schichtzugehörigkeit und der Familien aufmerksam zu machen. Armut und ein niedriger Bildungsstand erhöhten offenbar genauso die Chance auf eine Verlegung wie ein zerrüttetes Familienverhältnis bzw. fehlende Angehörige, die gerade bei diagnostisch zweifelhaften Fällen die Patient:innen bei sich zu Hause aufnehmen konnten. Fünftens scheint eine spezifische Schizophreniekonzeption, die von einem unaufhaltsamen Persönlichkeitsverfall ausging und in Abgrenzung zu ›Positivsymptomen‹ wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen gestellt wurde, für die Verlegung und weitere Behandlung vieler Patient:innen¹⁰⁶ ausschlaggebend gewesen zu sein. Dieser Punkt bedarf weiterer Erforschung. Inwiefern entsprach das Bild der »Entleerung« der Persönlichkeit der allgemeinen psychiatrischen Auffassung der Zeit? Gab es ein genuin nationalsozialistisches Schizophreniekonzept? Wichen die verschiedenen Kliniken in ihrer Einschätzung der »Schizophrenie« voneinander ab? Was in den Akten nicht zum Ausdruck kommt und weiterer Untersuchungen bedarf, ist die Frage, welche Rolle die Kostenträger für die Verlegungsentscheidung spielten. Drängten sie auf eine schnelle Verlegung in eine kostengünstigere Unterbringungsform?¹⁰⁷

Zuletzt ermöglicht der qualitative Blick in die Akten, trotz aller quellenkritischer Vorbehalte, in Teilen auch die Rekonstruktion der Handlungsspielräume der Patient:innen und einen Perspektivwechsel hin zu den Opfern der NS-Psychiatrie.¹⁰⁸ Dorothea P., Minna K., Maria Schulte und Emmi R. waren nicht einfach passive Opfer einer menschenverachtenden NS-Psychiatrie, sondern hatten einen starken Handlungs- und Lebenswillen. Wenn auch ihre Äußerungen durch institutionelle Schreib- und Beobachtungsroutinen sowie hierarchische Gefälle gefiltert und verzerrt wurden, finden sich in den Akten Spuren der Lebendigkeit, der Wünsche und Sehnsüchte der Patient:innen. Sie wollten gehört, anerkannt und ernstgenommen werden und wehrten sich, so gut sie es entsprechend ihrer institutionellen und psychischen Situation konnten, gegen

105 Vgl. Beddies 2013.

106 Etwa 16% aller Verlegten hatte eine Schizophreniediagnose erhalten. Vgl. van den Bussche 2014, S. 172.

107 In Hamburg stieg der Anteil der von den Krankenkassen übernommenen Behandlungskosten bis 1941 auf 19% an. Vgl. van den Bussche 2014, S. 186. In Frankfurt gibt es Hinweise darauf, dass die Kostenträger Druck auf die Kliniken ausübten und diese für eine Behandlungsverlängerung in der Klinik mögliche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes durch die Verlegung geltend machen mussten. Vgl. Verdenhalven/Vahle/Hofstädter 2023, S. 645.

108 Eine stärkere Betonung der Patientenperspektive wurde auch als Forschungsdesiderat im Fazit des Workshops »Universitätsnervenkliniken im Nationalsozialismus. Eugenik, Krankenmorde, Begleitforschung« an der Universität Frankfurt im Juli 2022 angemahnt. Vgl. <https://www.hsozkult.de/conferencereport/id/fdkn-131619> [letzter Zugriff: 02.08.2023].

Freiheitsentzug und Bevormundung. Besonders die täglichen Pflegeberichte erlauben Einblick in die Gedanken- und Gefühlswelt der Patient:innen.

Fenster, Fensterbänke und Türen als Schwellenräume,¹⁰⁹ dienten Minna K. und Maria Schulte als Reflexions- und Widerstandsorte. Am 4.9.1942 äußerte Minna K. am Klinikfenster die Ablehnung ihrer eigenen Rolle als Psychiatriepatientin, die als Verinnerlichung der NS-Psychiatriepolitik erscheint:

»Pat. stand am Fenster und sah die Kohlenleute, die am Maschinenhaus die Kohlen abladen. Sagte weinend, ich möchte draußen die Kohlenschibber sein. Dann verdiente ich Geld und könnte hier alles bezahlen. Immer habe ich gedacht, ich wäre ein ordentlicher Mensch und nun bin ich gar nichts mehr. Hätten meine Eltern mich als Baby gleich um die Ecke gebracht, dann bräuchte ich heute nicht als Narr hier herumzulaufen.«¹¹⁰

Maria Schultes Blicke zum Fenster wurden immer wieder vom Pflegepersonal beschrieben. Am 6.2.1942 notierte eine Schwester: »Stand am Fenster und stierte unentwegt hinaus.«¹¹¹ Am 23.2. wurde beschrieben, wie sie auf die Fensterbank kletterte und die »Klappen öffnen« wollte. Zwei Tage später stand sie während der Besuchszeit auf der Fensterbank und auch am 28.2. versuchte sie die Verdunkelungsrollen an den Fenstern zu entfernen. Am 4.3. berichtete eine Pflegerin erneut: »Stand auf [,] sah im Tagesraum sehr zum Fenster hinaus [,] schrie u. schlug mit Fäusten gegen die Tür.« Der Überlebende Fritz Niemand, der im Spätherbst 1943 in die Klinik aufgenommen worden war, berichtete von dem Wissen der Patient:innen um die Bedeutung der Verlegung und die damit verbundenen Ängste.¹¹² Wie viel die Hamburger Patient:innen im Jahr 1941 wussten, ist schwer zu bestimmen. Je nach Region gab es in der breiteren Bevölkerung unterschiedliche Wahrnehmungs- und Wissensstände. Stimmungsberichte der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten deuten darauf hin, dass jedoch spätestens ab Januar 1942 die Patientenmorde ein offenes Geheimnis waren.¹¹³

Fenster und Türen waren die Verbindungsstücke zur Außenwelt. Hier materialisierte sich die Grenze zwischen dem »Normalen« und »Pathologischen«, die sich im Nationalsozialismus zur Schwelle zwischen »lebenswerten« und »lebensunwerten« Leben radikalisiert hatte, und hier fand die Verzweiflung der Patientinnen ihren Ausdrucksort.

Eine andere Form des Schwellenraums stellen die Briefe dar, in denen Emmi R. sich mit ihrer Außenwelt zu verständigen suchte. In einem von der Anstaltsleitung nicht abgeschickten Brief schrieb die Patientin:

»Ich zeige alles an und wenn ihr mich alle für verrückt haltet. Ich weiß, was ich weiß. [...] Aber ihr werdet ja sehen, daß meine Angelegenheit stimmt und nicht die Phantasie einer unbefriedigten alten Jungfer die Sache ausgebrütet hat. Bin vollkommen klar und

109 Vgl. Brink 2010, S. 20f.

110 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675, Pflegeberichte, Eintrag vom 4.9.1941.

111 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654, Pflegeberichte, Eintrag vom 6.2.1941.

112 Vgl. van den Bussche 2014, S. 175.

113 Vgl. Brink 2010, S. 340.

planmäßig vorgegangen und werde nicht schweigen. Und wenn man mich totschlägt. Habe mich bis jetzt vor niemanden gedrückt und immer meine Meinung vertreten.«¹¹⁴

Systematische Untersuchungen müssen zeigen, wie die Patient:innen ihre Unterbringung in der Psychiatrischen Klinik wahrnahmen, welche Handlungsspielräume sie hatten und wie sie sich zu den Schocktherapieverfahren, Diagnosestellungen und pflegerischen Alltagssituationen gegenüber dem medizinischen Personal positionierten. Trotz berechtigter quellenkritischer Vorbehalte wird deutlich, dass nicht nur die Handlungen der Pfleger:innen und Ärzt:innen in den Krankenakten sichtbar werden, sondern auch Bruchstücke der Erfahrungen der Patient:innen.

Literatur

- Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hg.) (2003): Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg. Berlin: BeBra.
- Beddies, Thomas (2013): »Aktivere Krankenbehandlung« und »Arbeitstherapie«. Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider. In: Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker (Hg.): »Heroische Therapien«. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich. 1918-1945, Göttingen: Wallstein, S. 268-286.
- Beyer, Christof; Rotzoll, Maike (2021): Berufsfähig, entlassungsfähig, verlegungsfähig. Zur Bestimmung therapeutischer Erfolge in der Psychiatrie des Nationalsozialismus am Beispiel von Carl Schneider (1891-1946) und Gottfried Ewald (1881-1963). In: *Medizinhistorisches Journal* (56), S. 123-143.
- Bienentreu, Sara (2007): »Euthanasie« im Nationalsozialismus. Die Frage der Beteiligung der Universitätspsychiatrie am Beispiel der Heidelberger Klinik. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Bleuler, Eugen (1911): *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Böhme, Klaus; Lohalm, Uwe (1993): *Wege in den Tod*. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg: Ergebnisse Verlag.
- Brink, Cornelia (2010): *Grenzen der Anstalt*. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980. Göttingen: Wallstein.
- Historisches Lexikon Bayerns: *Kinderlandverschickung*. <https://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Kinderlandverschickung> [letzter Zugriff: 11.11.2023].
- Hohendorf, Gerrit (2010): Die Selektion der Opfer zwischen rassenhygienischer »Ausmerze«, ökonomischer Brauchbarkeit und medizinischem Erlösungsideal. In: Rotzoll, Maike et al. (Hg.): *Die nationalsozialistische »Euthanasie«-Aktion »T4« und ihre Opfer*. Paderborn: Schöningh, S. 310-324.
- Janzarik, Werner (1959): *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Ein Beitrag zur Differentialtypologie der Wahnphänomene. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Jäger, Markus (2016): *Konzepte der Psychopathologie*. Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jähnel, Daniela; Mayr, Andreas; Müller, Norbert (2015): Die Nervenlinik München während der »Aktion T4«. Entlassungsdiagnosen, Verweildauer und Verlegungsverhalten. In: *Nervenheilkunde* (34), S. 285-292.

114 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544, Krankengeschichte, Brief vom 13.12.1941.

- Jenner, Harald (2017): Die Hamburger Opfer der NS-Euthanasie. In: Hamburger Gedenkbuch Euthanasie. Die Toten 1939-1945. Hamburg: Landeszentrale für politische Bildung, S. 63-600.
- Kraepelin, Emil (1899): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 6 Leipzig: Barth.
- Mergel, Thomas; Reichardt, Sven (2021): Praxeologie in der Geschichtswissenschaft: eine Zwischenbetrachtung. In: Albert, Gleb J.; Siemens, Daniel; Wolff, Frank (Hg.): Entbehrung und Erfüllung: Praktiken von Arbeit, Körper und Konsum in der Geschichte moderner Gesellschaften. Für Thomas Welskopp 1961–2021. Bonn: Dietz, S. 79-102.
- Müller, Max (1963): Die Insulinbehandlung. In: Bally, Gustav (Hg.): Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie. Psychiatrie der Gegenwart, Band 1/2. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 388-414.
- Oberländer, Lea (2022): Mannheims verdrängte Opfer. Porträt einer Stadt im System der NS-»Euthanasie«. Ubstadt-Weiher: verlag regionalkultur.
- Pfäfflin, Friedemann; Rüb, Herbert; Göpfert, Matthias (1992): Universitätspsychiatrie und Nationalsozialismus. In: Jockusch, Ulrich; Scholz, Lothar (Hg.): Verwaltetes Morden im Nationalsozialismus. Verstrickung – Verdrängung – Verantwortung von Psychiatrie und Justiz. Eine deutsch-israelische Tagung. Regensburg: Roderer, S. 41-62.
- Psychrembel Online: Krankheitsverlauf. <https://www.psychrembel.de/Krankheitsverlauf/P03E5> [letzter Zugriff: 11.11.2023].
- Sandner, Peter (2003): Verwaltung des Krankenmordes. Der Bezirksverband Nassau im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial.
- Schwoch, Rebecca (1999): »... leider muß ich feststellen, daß man mich hier abgestellt hat«. Alte Menschen in den Wittenauer Heilstätten 1945 und 1946. In: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum: Matthiesen, S. 462-498.
- Schneider, Kurt (1925): Wesen und Erfassung des Schizophrenen. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (99), S. 542-547.
- van den Bussche, Hendrik (2014): Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus: Forschung – Lehre – Krankenversorgung. Berlin: Reimer.
- von Rönn, Peter (1993): Verlegungen im Rahmen der Aktion T4. In: Böhme, Klaus; Lohalm, Uwe (Hg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg: Ergebnisse Verlag, S. 137-231.
- Wunder, Michael (2017): Die Geschichte der NS-Euthanasie in Hamburg. In: Hamburger Gedenkbuch Euthanasie. Die Toten 1939-1945. Hamburg: Landeszentrale für politische Bildung, S. 11-34.
- Wunder, Michael (1990): Die Auflösung von Friedrichsberg – Hintergründe und Folgen. In: Hamburger Ärzteblatt (44:4), S. 128-131.
- Verdenhalven, Moritz; Vahle, Albert; Hofstädter, Ataraxia (2023): Verlegungsraten der Universitätsnervenklinik Frankfurt am Main im Nationalsozialismus. In: Nervenarzt (94), S. 640-646.

Archivquellen

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin (IGEM), UKE Hamburg:
 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88485.
 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88544.
 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 88654.
 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86675.

»Krankheit: Gutachten«

Spuren psychiatrischer Gutachtertätigkeiten in den Friedrichsberger Akten um 1940

Ulrich Mechler

Die zentrale Rolle der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Hamburg¹ bei der Umsetzung der NS-Psychiatriepolitik im Gau Hamburg ist belegt und gut erforscht.² Seit der Machtergreifung wurde die psychiatrische Universitätsklinik zur zentralen Steuerungsinstitution ausgebaut, die über Verteilungen, Überstellungen und Einweisungen sämtlicher Patient:innen in die einzelnen Pflege-, Verwahr- und Arbeitsanstalten entschied. Bereits zuvor, ab 1931, war die damals noch als Staatskrankenanstalt Friedrichsberg bezeichnete Klinik von umfassenden Umstrukturierungsmaßnahmen betroffen, die auf eine radikale Senkung der Versorgungskosten zielten. Angesichts einer desolaten Haushaltssituation und beständig steigender Ausgaben der Wohlfahrtsbehörden infolge der Weltwirtschaftskrise, richtete sich der Blick auf die besonders kostenintensive Versorgung der Patient:innen der beiden großen psychiatrischen Staatskrankenanstalten Friedrichsberg und Langenhorn. Schon 1931 folgten die Umstrukturierungen eugenischen Argumentationen, indem rekonvaleszierende und absehbar wieder arbeitsfähige Kranke oder schuldlos in Not geratene Fürsorgeempfänger:innen gegen die kostenintensivere Versorgung der »vielfach geistig und körperlich durchaus Minderwertigen«³ in den Psychiatrieeinrichtungen in Stellung gebracht wurden.

Nach der Machtübernahme wurde die Programmatik beschleunigt und radikalisiert fortgesetzt. Der 1934 erarbeitete Friedrichsberg-Langenhorner Plan⁴, sah eine einschneidende Neuordnung der Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen vor. Zunächst war dabei die propagandistisch wirkungsvolle Umnutzung des alten Klinikensembles in Friedrichsberg vorgesehen, dessen attraktive Parkanlagen nicht länger von als »minderwertig« erachteten »Geisteskranken«, sondern von rekonvaleszierenden

1 So die offizielle Bezeichnung der Klinik ab 1935. Die zuvor als Staatskrankenanstalt Friedrichsberg bezeichnete Klinik war 1864 gegründet worden und fungierte ab 1919 als Psychiatrische Universitätsklinik. Vgl. van den Bussche 2014, S. 91, 96.

2 Vgl. van den Bussche 2014, S. 91-99, 184-190; Ebbinghaus 1984; Roth 1984.

3 Oskar Martini, Leiter des Wohlfahrtsamtes Hamburg, auf einem Arbeitstreffen am 12.10.1931, zit. nach Ebbinghaus 1984, S. 136.

4 Vgl. van den Bussche 2014, S. 94.

»Volksgenossen«⁵ genutzt werden sollten. Die etwa 1.800 Patient:innen sollten nach Langenhorn oder in verschiedene periphere Versorgungsheime verlegt werden. Die psychiatrische Universitätsklinik sollte mit einer auf 200 bis 300 reduzierte Bettenzahl auf dem Gelände des Eppendorfer Krankenhauses neu errichtet werden.⁶ Hier sollten künftig ausschließlich »die heilbaren Kranken unter größtmöglichem Einsatz ärztlicher Betreuung« behandelt werden. Die »unheilbaren Kranken« sollten dagegen in die anderen Einrichtungen verlegt und »in Bewahrung genommen«⁷ werden, also unter weitestgehend möglicher Verminderung von Kosten- und Betreuungsaufwand. Die »Modernisierung« der Psychiatrie folgte dem Prinzip einer strikten Dichotomisierung von Heilbaren und Unheilbaren bzw. Behandlungswürdigen und –unwürdigen.⁸ Für die Umsetzung dieses Konzeptes erhielt die Universitätsklinik ein Aufnahmemonopol für sämtliche psychiatrisch erkrankte Patient:innen im Stadtgebiet, was durch den Anfang 1936 neu berufenen Klinikleiter und Ordinarius Hans Bürger-Prinz vehement durchgesetzt wurde.⁹ Jeder Patient, jede Patientin mit psychiatrischen Symptomen oder Verdachtsmomenten wurde zunächst in der Universitätsklinik aufgenommen, dort diagnostiziert und entsprechend der Prognose entweder weiterverlegt oder vor Ort einer aktiven Therapie unterzogen.¹⁰ Als alleinige Aufnahmeklinik – von Bürger-Prinz als »Schleuse«¹¹ bezeichnet – fungierte die Klinik mit erhöhtem Patientendurchlauf bei drastisch reduzierten Verweilzeiten¹² als Sortiermaschine für Patient:innen entlang der Kriterien Heilbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Damit wurden Strukturen geschaffen, die die ab 1941 einsetzenden Patiententötungen unmittelbar vorbereiteten.¹³

Diese Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen sowie die Beteiligung verantwortlicher Ärzte an Verbrechen zwischen 1933 und 1945 wurden seit den 1980er Jahren erforscht, vor allem basierend auf Verwaltungsakten der involvierten Behörden und anhand quantitativer Analysen von Aufnahmebüchern. Bei der im Sommer 2021 am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am UKE angelaufenen Re-Archivierung und Erschließung des umfangreichen Bestandes von Patientenakten¹⁴ der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg bzw. der späteren Psychiatrischen- und Nerven-

5 Der Freidrichsberg-Langenhorn Plan, StAHH, Hochschulwesen II, Gb11. Bd.1, zit. nach Ebbinghaus 1984, S. 140.

6 Der Umzug erfolgte letztlich erst im Juli 1942, bis zu diesem Zeitpunkt verblieb die dem Plan entsprechend verkleinerte psychiatrische Universitätsklinik auf dem Gelände in Friedrichsberg. Vgl. van den Bussche 2014, S. 188.

7 Senatsprotokoll, 17.10.1934, zit. nach van den Bussche 2014, S. 95.

8 Vgl. Ebda, S. 184

9 Vgl. Ebda, S. 97.

10 Zu den seit 1936 in Hamburg neu eingesetzten Schocktherapien vgl. Ebbinghaus 1984, S. 141 ff. Vgl. außerdem den Beitrag von Leonora Frank in diesem Band.

11 Vgl. Roth 1984, S. 131; van den Bussche 2014, S. 184.

12 Vgl. van den Bussche 2014, S. 186.

13 Vgl. Ebbinghaus 1984, S. 146.

14 Im Folgenden bezeichnet als Bestand Friedrichsberg.

linik der Universität, stellte sich die Frage, welche neuen Einblicke und Perspektiven der umfangreiche Bestand eröffnen könnte.

Die spezifische Funktion der psychiatrischen Universitätsklinik als selektierende »Schleuse« verweist auf Prozeduren, durch die sich diese Weichenstellungen realisierten. Dieser Beitrag untersucht eine Praxis, die sich ganz unmittelbar aus der Funktion als exklusive Aufnahmeklinik ergab: psychiatrische Begutachtungen.

Jede einzelne Patientenakte beginnt mit dem Aufnahmeformular. Es enthält die zur schnellen Orientierung übersichtlich aufgeführten polizeilichen und anamnestischen Basisinformationen des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin: Name, Anschrift, Beruf, Geburtstag und -ort, Familienstand und ggf. Name des Ehepartners/der Ehepartnerin, die Namen der Eltern, den Namen eines behandelnden Hausarztes oder eines überstellenden Amtsarztes oder Klinikers, das Datum der Aufnahme und der Entlassung. Das Dokument enthält außerdem die beiden Formularfelder »Krankheit« und »Diagnose«. Sie enthalten manchmal den gleichen Eintrag, häufiger aber spezifiziert das später ausgefüllte Diagnosefeld eine zunächst eingetragene Eingangsdiagnose, häufig ein generischer Krankheitsbegriff oder eine ganz allgemein gehaltene Symptombeschreibung. Die streng reglementierende Formatierung des einseitigen Dokumentes, mit dem jede einzelne Falldokumentation ihren Anfang nahm, evozierte in nicht wenigen Fällen die reichlich ambige Notiz: »Krankheit: Gutachten«. Sie verweist auf eigens zum Zwecke einer psychiatrisch-fachärztlichen Begutachtung stationär aufgenommene Patient:innen. Bereits eine kursorische Durchsicht einiger hundert der Friedrichsberger Patientenakten aus der Jahrgangsstichprobe 1941¹⁵ macht deutlich, dass das Abfassen gutachterlicher Stellungnahmen einen beträchtlichen Anteil der ärztlichen Tätigkeit einnahm und einen Großteil der stationär aufgenommenen Patient:innen betraf – nicht selten mit existenziellen Auswirkungen auf ihr weiteres Schicksal.

Die in den Akten archivierten Durchschläge der Gutachten zeigen dabei eine große Bandbreite von Formaten, Fragestellungen und Adressaten. Bei den eigens zur Begutachtung aufgenommenen Patient:innen finden sich meist umfangreiche, von Behörden, Gerichten oder Versicherungsträgern angefragte Gutachten, die nicht selten 15-30 Schreibmaschinenseiten umfassen. Häufig handelt es sich dabei um Obergutachten, bei denen zur Beilegung bereits länger andauernder Streitigkeiten auf die Autorität und Expertise eines universitären Fachvertreters zurückgegriffen wurde. Die zeit- und arbeitsintensiven Gutachten wurden zumeist von Assistenz- oder Oberärzten verfasst und vom leitenden Chefarzt der Klinik, Hans Bürger-Prinz, gegengezeichnet. Neben solchen freien Gutachten unterschiedlichen Umfangs, finden sich Formulargutachten, in denen zeitsparend standardisierte Fragen tabellarisch abgearbeitet wurden. Viel häu-

15 Der Jahrgang 1941 wurde ausgewählt, aufgrund einer besonders hohen Mortalität in der Psychiatrischen Klinik, deren Ursachen nicht vollständig geklärt sind. Alle drei Beiträge zu den Friedrichsberger Akten in diesem Band beziehen sich auf das Jahr 1941, wobei die jeweiligen Akten im Falle wiederholter Aufnahmen in die Klinik auch ältere Aktenstücke, z.B. Gutachten enthalten können. Vgl. die Beiträge von Leonora Frank und Ralph Höger in diesem Band.

figer aber finden sich knappe, oft nur wenige Zeilen umfassende Notizen oder briefliche Mitteilungen, die Fallbeurteilungen für Versicherungen, involvierte Behörden oder ärztliche Kollegen enthalten. Der äußeren Form nach handelt es sich dabei eher um Atteste, aber auch diese knappen Mitteilungen enthalten oft genuin gutachterliche Äußerungen, wenn etwa Aussagen zu Kausalzusammenhängen getroffen werden und eine vorläufige Einschätzung des Falls in prognostischer Perspektive vorgenommen wurde. Gutachten verhandeln Eintrittswahrscheinlichkeiten möglicher zukünftiger Folgen, Risiken und damit verbundener Kosten. Bei der Begutachtung konkreter Patient:innen wurde ein vermeintlich absehbares Behandlungsergebnis antizipiert – und damit eine wie auch immer bestimmte Verwendungsfähigkeit, ein Versorgungsbedarf, mögliche Gefährdungen, die von einem normabweichenden Verhalten ausgingen, oder auch die Chancen einer erfolgreichen »Lebensbewahrung«.¹⁶

Die Heterogenität der Gutachten, ihre Formatoffenheit und der erkennbar fließende Übergang zu anderen Formen administrativer Korrespondenz evoziert die Frage nach einer Definition oder zumindest einer begrifflichen Eingrenzung ärztlicher Gutachter-tätigkeit. Alexa Geisthövel und Volker Hess haben angesichts dieser Vielgestaltigkeit unlängst eine praxeologische Bestimmung vorgeschlagen, mit der die historischen Praktiken ärztlicher Begutachtung nicht auf den bloßen Gehalt des schriftlich überlieferten Expertenvotums verengt, sondern auch der gesamte Prozess der Vorbereitung und Erstellung mit einbezogen werden soll. Dieser Ansatz berücksichtigt sowohl zugrundeliegende Verfahren, Techniken und Routinen, als auch ihre jeweiligen epistemischen, rechtspraktischen und normativen Voraussetzungen sowie die jeweils einschlägigen institutionellen Verflechtungen. Gutachten übersetzen – konkret und fallbezogen – medizinisches Wissen in eine Handlung oder bereiten unmittelbar eine Handlung vor, in aller Regel unter der Antizipation der Rationalitäten und Normen der adressierten Handlungsbereiche.¹⁷

Dieser praxeologische Ansatz scheint geeignet, die in den Friedrichsberger Akten vorgefundene Breite gutachterlicher Zeugnisse zu umklammern und er fügt sich zu der skizzierten Funktion der Universitätspsychiatrie als einem dezisionistischem Selektionsapparat. Gutachten waren zentrale Steuerungsinstrumente, die Entscheidungen über den Verbleib, die weitere Behandlung, über Versorgungsleistungen und Mündigkeit und damit mittelbar über die Existenz und das Leben von Patient:innen einleiteten und richtunggebend vorzeichneten. Damit verknüpfen Gutachten den geschlossenen Binnenraum der psychiatrischen Anstalt mit dem gesamtgesellschaftlichen Außen; sie verlängern den institutionellen Zugriff auf das Individuum, das durch das Gutachten in einem alle Lebensbereiche erfassenden Institutionengeflecht verortet und zugewiesen wird.

Diese Bedeutung erlangte die ärztliche, insbesondere die psychiatrische Gutachterpraxis bereits im späten 19. Jahrhundert. Auslösend dafür war die Verabschiedung

16 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.275, Gutachten vom 17.11.1939, S. 7.

17 Geisthövel/Hess 2014, S. 16 ff.

des Unfallversicherungsgesetzes im Jahre 1884, das einen Großteil der deutschen Arbeiterschaft gegen Unfallfolgen absicherte und in der Folge einen gewaltigen Bedarf an medizinischen Gutachten zur Festsetzung unfallbedingter Erwerbsminderungen bewirkte. Besonders die Beurteilung unklarer, anatomisch nicht fassbarer traumatischer Nervenleiden («Unfall-neurosen») oblag der Beurteilung durch Psychiater und Neurologen.¹⁸ Im gleichen Zeitraum erlangte psychiatrische Expertise auch in der Rechtspflege große Bedeutung. Forensisch-psychiatrische Gutachten wurden vermehrt in Auftrag gegeben, um über Gemeingefährlichkeit oder Unzurechnungsfähigkeit von Straftätern Aufschluss zu geben.¹⁹ Beide Formen – sozialgesetzliches und forensisch-psychiatrisches Gutachten – bildeten die wichtigsten Typen psychiatrischer Gutachten, die sich auch in den Friedrichsberger Akten dementsprechend gehäuft auffinden. In der Jahrgangsstichprobe 1941 finden sich zudem zahlreiche Sterilisationsgutachten, die seit dem Inkrafttreten des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN)²⁰ im Januar 1934 in großer Zahl abgefasst wurden.

Im Folgenden werden diese drei Handlungsfelder psychiatrischer Gutachtertätigkeit anhand jeweils einer Patientenakte untersucht und gefragt, ob und wie sich die skizzierte institutionelle Verwirklichung der NS-Psychiatriepolitik und ihrer eugenischen Leitideen auf der Ebene des einzelnen Falles wiederfinden und welche unmittelbaren Auswirkungen die Gutachten nach sich zogen.

Unzurechnungsfähigkeiten – Gutachten und mehr Gutachten

Gerichtspsychiatrische Gutachten wurden zumeist von Staatsanwälten oder Richtern in Auftrag gegeben.²¹ So auch im Falle des Hamburger Dermatologen Dr. Heinrich R., geb. 1891, der 1938 wegen der illegalen Durchführung von 140 Abtreibungen angeklagt wurde.²² Zwei gerichtlich beauftragte Gutachter hatten ihm jeweils Schuldunfähigkeit nach §51 des Reichsstrafgesetzbuches (RStGB)²³ attestiert, wenn auch mit abweichenden Begründungen: Im 1. Gutachten wurde eine »organische Hirnschädigung« infolge

18 Vgl. Knoll-Jung 2014, S. 71-72.

19 Vgl. Germann 2014, S. 321.

20 GzVeN vom 14. Juli 1933.

21 Vgl. Germann 2014, S. 321.

22 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 84.261, Aufnahmeblatt 17.04.1941, Gutachten vom 30.05.1941, S. 17. Die Autor:innen der in diesem Band versammelten Beiträge zu den Friedrichsberger Akten haben sich entschieden, die Klarnamen der Patient:innen nicht zu nennen. Quellengrundlage der drei Beiträge sind Patientenakten, die sensible, die Intimsphäre und Würde der betreffenden Personen verletzende Informationen enthalten. In einigen Fällen kann außerdem der Ablauf personenbezogener

eines im Krieg erlittenen Kopfschusses geltend gemacht, im 2. Gutachten eine »paranoide Psychose« (Paraphrenie). Der Haftbefehl wurde im November 1939 aufgehoben, Heinrich R. wurde gemäß §42b RStGB²⁴ nach Langenhorn verbracht. Im April 1941 wurde Heinrich R. zur neuerlichen Begutachtung in Friedrichsberg aufgenommen, diesmal ging es auf Ersuchen des Versorgungsamtes Hamburg um die Festsetzung seiner »KDB« – Kriegsdienstbeschädigung.²⁵

Für die Feststellung der Schuldunfähigkeit nach §51 RStGB waren die widersprüchlichen Begründungen der ersten beiden gerichtspsychiatrischen Gutachten nicht weiter relevant gewesen, bei der Festsetzung der Versorgungsansprüche (nach dem endgültigen Entzug der ärztlichen Bestallung kurz vor der neuerlichen Einweisung), waren sie nunmehr jedoch ein höchst strittiger Punkt.

Die bei der Aufnahme im April 1941 angelegte Akte enthält hauptsächlich das durch den Neurologen Hans Jacob (1907–1997) erstellte, 37 Seiten umfassende Gutachten. Es stützte sich auf »eigene Beobachtungen und Untersuchungen des R.«,²⁶ vor allem aber auf sämtliche zuvor angefallene Aktenstücke, die vom Versorgungsamt, dem Reichsarbeitsministerium und der Staatskrankenanstalt Langenhorn angefordert wurden. Dazu zählten insbesondere die beiden älteren forensischen Gutachten, denen ausführliche Familien- und biografische Anamnesen zugrunde lagen. Außerdem zitiert das Gutachten aus mehreren in der Patientenakte enthaltenen äußerst umfangreichen handschriftlichen Einlassungen des Patienten und – über etliche Seiten hinweg – aus Befragungen seiner Ehefrau, die Hans Jacob nochmals eigens einbestellt hatte. Anhand ihrer Aussagen rekonstruierte Jacob die zeitliche Entwicklungsdynamik der »überwertigen«²⁷ und »unwandelbaren«, das »ganze Denken [des Patienten] beherrschenden Vorstellungen« – die jedoch erst 15 Jahre nach der Kriegsverletzung eingesetzt hatten, die keine inhaltliche Weiterentwicklung zeigten, ohne Verlust höherer kognitiver Funktionen und ohne eine »Persönlichkeitsveränderung schizophrener Natur« vorstatten gegangen waren. Weder das Kriegstrauma, noch eine möglicherweise durch das Trauma ausgelöste progrediente Wesensveränderung – so die Schlussfolgerung im Gutachten – lägen dem wahnhaften »System überwertiger Ideen« zugrunde. Hans Jacob diagnostizierte eine »hyperthyme Psychopathie«, die sich aus der Anlage einer

Schutzfristen (10 Jahre nach dem Tod laut HmbArchG, §5) nicht mit Gewissheit angenommen werden, da die betreffenden Personen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme noch sehr jung waren. Vgl. die Beiträge von Leonora Frank und Ralph Höger in diesem Band.

23 Alte Fassung des RStGB von 1871.

24 Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Vgl. Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1934.

25 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 84.261, Aufnahmeblatt 17.04.1941, Gutachten vom 30. 05. 1941, S. 18 ff.

26 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 84.261, Gutachten vom 30. 05. 1941, S. 1.

27 Die folgenden Zitate stammen aus demselben Gutachten: IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 84.261, Gutachten vom 30. 05. 1941, S. 25-37.

»abartigen Persönlichkeit« heraus entfaltet habe. Die ursprünglich auf 50% festgesetzte Kriegsdienstbeschädigung verlor damit ihre Grundlage.

Längst nicht alle unter dem sprechenden Aktenkürzel »§51« laufenden Fälle waren so komplex und arbeitsintensiv für die Gutachter. Ungleich weniger Relevanz wurde dem zur gleichen Zeit und auf derselben Station begutachteten Fall des Patienten Peter L. beigemessen. Peter L., ein 59-jähriger Postfacharbeiter, war nach einem Suizidversuch (»Gasschlauch des Küchenherdes im Mund«²⁸) in die Universitätsklinik Eppendorf eingeliefert worden. Ohne Motiv und Anlass hatte er am Tage zuvor ein »Feldpostpäckchen« gänzlich »unbedeutenden Inhalts«²⁹ unterschlagen. Nach gewahr werden seines Vergehens fasste er den verzweifelten Entschluss. Nachdem sich sein Zustand stabilisiert hatte, wurde er nach Friedrichsberg in die Psychiatrische Klinik verlegt, wobei bereits die Verdachtsdiagnose einer »Cerebralsklerose«³⁰ vermerkt wurde. Innerhalb von 14 Tagen durchlief der Patient Peter L. einen standardisierten Diagnoseablauf: Wie immer erfolgte eine körperliche Untersuchung mit serologischen und neurologischen Tests. Die Akte enthält außerdem ein eigens eingeholtes einseitiges Gutachten des Dienstvorgesetzten über »Führung und Leistungen«³¹ des Peter L., einen einseitigen Auszug aus der Polizeiakte, in der die Ereignisse in der Nacht des verhinderten Suizids protokolliert sind, außerdem eine Fremdanamnese durch die Ehefrau. Bei der »näheren Untersuchung«³² des Patienten durch den Stationsarzt wurde nochmals eine Anamnese erhoben (die mit den Angaben der Ehefrau abgeglichen werden konnte). Außerdem wurden einfache Gedächtnis-, Merk- und Wissenstests durchgeführt. Ein Pflegebericht lieferte knappe Angaben über das »stumpfe, interessenslose und [...] abwesende«³³ Verhalten des Patienten auf der Station und gegenüber seinen Mitpatienten.

Zwei Wochen nach Einlieferung verfasste Hans Bürger-Prinz drei kurze Mitteilungen an den Oberinspektor der örtlichen Überwachungsstelle der Reichspost, an den Polizeipräsidenten und an den Hausarzt des Patienten: es handle sich bei Peter L. um einen »vorzeitig gealterten, abgebauten, hirnorganisch geschädigten Menschen«, der »bis zu dieser Feldpostpäckchen-Angelegenheit tadellos sozial eingeordnet war«.³⁴ Die Voraussetzungen des §51 RStGB seien gegeben. Mit diesem Votum wurde der Fall außergerichtlich beigelegt. Die Postdienststelle wurde dabei noch auf die nicht mehr gegebene Arbeitsfähigkeit hingewiesen, dem Hausarzt wurde ein demnächst anfallender

28 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.356, Krankengeschichte.

29 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.356, Formulargutachten Landesversicherungsgesellschaft der Hansestadt Hamburg, 03.11.1941.

30 Ebda.

31 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.356, Gutachten über Führung und Leistungen des Postfacharbeiters Peter L[...], 09.05.1941.

32 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.356, Formulargutachten Landesversicherungsgesellschaft der Hansestadt Hamburg, 03.11.1941.

33 Ebda.

34 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.356, Bürger-Prinz an den Oberinspektor Kühl bei der Überwachungsstelle der Reichspost, 22.05.1941.

Antrag auf Invalidisierung angekündigt. Selbigen unterschrieb Hans Bürger-Prinz sechs Monate später nach einer ambulanten Nachuntersuchung – ein nur zweiseitiges Formulargutachten genügte.

Beide Fälle zeigen, wie Gutachten zwischen unterschiedlichen »Systemlogiken«³⁵ vermittelten. Die im Gutachten vorgenommene Abwägung zwischen Gemeingefährlichkeit und Unzurechnungsfähigkeit, führte bruchlos zu Fragen nach Versorgungsleistungen und adäquater Unterbringung. In beiden skizzierten Fällen resultierte daraus eine ungewöhnlich lange Verweildauer der Patienten (acht bzw. zehn Wochen) bis Entsprechendes geklärt war. In beiden §51-Fällen zeigt sich eine besonders ausgeprägte Heterogenität der herangezogenen Informationsquellen: Polizei- und Gerichtsprotokolle, ältere oder eigens eingeholte Gutachten, klinische Dokumentationen, ärztliche, dienstliche, behördliche oder private Auskünfte, Fremdanamnesen und Zeugenaussagen (oft von etlichen verschiedenen Zuträgern), Pflegeberichte – für die Ausdeutung der genuin psychiatrisch-neurologischen Befunde aus Arztgesprächen und den Labor- und Funktionstests, wurde ein umfangreiches Reservoir kontingenter Informationen aufgehäuft. Diese mehr oder weniger validen, mehr oder weniger objektiven, subjektiven oder interpretativen Bruchstücke konnten selektiv in ein Gutachten eingespeist werden – dessen Funktion weniger in einer stringenten Beweisführung, als vielmehr in einer Plausibilisierung und Vereindeutigung bestand. Psychiatrische Gutachten versorgten fachfremde Entscheidungsträger mit kohärenten Interpretationen diffuser Sachverhalte und schwer einschätzbarer Personen.³⁶

Entsprechend verursachte der Fall des Postfacharbeiters Peter L. weniger gutachterlichen Aufwand, denn er war in medizinisch-psychiatrischer Hinsicht untypisch trivial: das abweichende Verhalten ließ sich mit Symptomen korrelieren, die unmittelbar auf ein pathologisch-anatomisch fassbares Organleiden rückführbar waren. Im Fall des Dr. Heinrich R. musste das gesamte Arsenal fachärztlicher Expertise und Eloquenz aufgefahren werden, um gleich zwei ältere Gutachten zu widerlegen und den »zweifelloch sehr schwierig gelagerten Fall«³⁷ mit einer schlüssigen wissenschaftlichen Begründung zu unterfüttern. Offenbleiben muss die Frage, ob und inwiefern der unterschiedliche soziale Status beider Patienten und – mehr noch – ob und inwieweit die unterschiedliche Schwere und politisch-normative Relevanz der jeweiligen Straftaten (geringfügiger Diebstahl versus illegale Abtreibungen) für den deutlich abweichenden Einsatz von Zeit- und Arbeitsressourcen eine Rolle spielten.³⁸

In beiden Fällen wird zudem eine grundlegende Problematik sichtbar: Im Begutachtungsprozess agierten Ärzte in einer Doppelrolle und vertraten gleichermaßen

35 Vgl. Germann 2017, S. 319.

36 Vgl. Geisthövel/Hess 2017, S. 13, 24; Germann 2017, S. 319, 337.

37 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.261, Aufnahmeblatt 17.04.1941, Gutachten vom 30.05.1941, S. 35.

38 Dazu bedürfte es einer systematischen Untersuchung eines längeren Zeitraumes anhand einer hinreichenden Fallzahl.

unterschiedliche und sich widerstreitende Interessen. Die maßgeblichen Impulse für die Beurteilung des Falls schöpfen sich aus der Anamnese- und Befunderhebung im Rahmen eines professionellen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Gesprächs. Zugleich waren Ärzte zu Distanz und Neutralität verpflichtet, um die Interessen des Gemeinwohls angemessen zu vertreten. Dieser Interessenkonflikt trat viel unverstellter hervor, sobald es ausschließlich um die restriktiv gehandhabten Zuweisungen von Versorgungsleistungen ging.

Entschädigungen – Pathologisierung der Leistungsschwäche

So im Falle des Patienten Heinrich O., 59 Jahre alt, der insgesamt viermal in Friedrichsberg begutachtet wurde.³⁹ Die erste Aufnahme erfolgte auf Veranlassung der Tiefbau-Berufsgenossenschaft im November 1938. Sechs Monate zuvor hatte Heinrich O. in Rendsburg einen Arbeitsunfall erlitten, bei dem er nachts von einem Gerüst gestürzt und mit dem Hinterkopf auf einer Kante aufgeschlagen war. »Er sei«⁴⁰ einige Zeit bewusstlos liegengelassen und dann in ein Krankenhaus eingeliefert worden. »Er habe« beim Transport aus Mund, Nase und Ohren geblutet, mehrfach erbrochen und dabei »etliche Zähne [...] aus dem Mund geholt« – ausnahmslos alle Angaben des Patienten sind in indirekter Rede wiedergegeben und damit als »subjektive Angaben« markiert. Unmittelbar nach dem Unfall litt er an Kopf- und Rückenschmerzen, später an Schwindelgefühlen, Herzklopfen und Ohnmachtsanfällen, weshalb ihn sein Hausarzt zwei Monate später in die Universitätsklinik Kiel überwies, wo Heinrich O. neurologisch, ohren- und augenfachärztlich untersucht wurde. Im Oktober 1938 wurde er durch einen Neurologen erstmals gutachterlich untersucht und dabei die klinische Nachuntersuchung empfohlen.

Für diese Begutachtung in Friedrichsberg wurden die Unterlagen beider Krankenhausaufenthalte, ein Bericht des nachbehandelnden Hausarztes und das zuvor erstellte Gutachten angefordert. In der Klinik wurde eine körperliche Untersuchung durchgeführt, eine Reihe serologischer Tests und eine neurologische Untersuchung mit etlichen Standardtests.⁴¹ Das 18-seitige Gutachten hebt vor allem auf den »scharfen Gegensatz«⁴² ab, der zwischen den »von dem Patienten geklagten sehr starken

39 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256.

40 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, Gutachten vom 08.12.1938, S. 5. Die folgenden Zitate: ebda, S. 5-14.

41 Erwähnt werden: Meyer'scher Test, Barany'scher Zeigetest, Rombergtest.

42 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, Gutachten vom 08.12.1938, S. 15. Die folgenden Zitate: ebda, S. 6-18.

Beschwerden« und »dem völlig normalen neurologischen Befund« bestand. Diese skeptische Tendenz wird untermauert durch eine akribische Chronologisierung der Symptom-beschreibungen des Patienten, die erkennen lassen würden, dass »sein ganzes Verhalten und seine ganzen Beschwerden, die er vorbringt, [...] auf den erlittenen Unfall abgestimmt« seien. Der Patient habe nur wenige Stunden nach dem Unfall »auf eigenen Wusch« und »allein« [unterstr. im Orig., d. Verf.] die Klinik verlassen und hätte zunächst nur über Rückenschmerzen geklagt, erst später über »Schwindelzustände«, schließlich gar über Ohnmachtsanfälle. Während sein Hausarzt die Beschwerden als glaubhaft anerkannte, hatte der erste neurologische Gutachter angemerkt, dass die Gleichgewichtsstörungen beim »Eintreten ins Untersuchungszimmer« unübersehbar, »auf der Straße« jedoch nicht zu bemerken seien, eine Beobachtung, die von den Stationspflegern in Friedrichsberg bestätigt wurde. Bei der erneuten Untersuchung habe er wieder Klagen vorgebracht, die »er früher nicht geäußert hat«. Die Kopfverletzungen seien beim ersten Klinikaufenthalt nicht dokumentiert und durch einen Zeugen nur zum Teil bestätigt. Überhaupt ließen sich viele »subjektive Angaben«⁴³ des Patienten nicht überprüfen und wurden in Zweifel gezogen.

Man gewinnt unmittelbar den Eindruck, dass das gesamte Gutachten von einem unverhohlenen Misstrauen gegen den Patienten durchdrungen ist, was nach dem damals vorherrschenden Verständnis allerdings in der Natur der diagnostizierten Störung lag. Denn das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass der Patient Heinrich O. ein »großpsychogenes Verhalten«⁴⁴ zeige.

Unter einer »psychogenen Reaktion« wurde eine körperliche Störung verstanden, die »aus der Erwartung des Patienten entsteht, daß er die Störung bekommen könnte.«⁴⁵ Dieser weit gefasste und bewusst neutral gehaltene Begriff umschloss auch die sogenannten »Renten- Unfall-, oder Entschädigungs-neurosen«⁴⁶, die durch ein mehr oder weniger bewusstes »Zweckmotiv«⁴⁷ getrieben waren und die wiederum übergangslos und kaum unterscheidbar in bewusst vortäuschende Simulation hinüberleiten konnten.

Der tendenziöse Begriff »Unfallneurose«, später auch als »Rentenneurose« bezeichnet, war zusammen mit dem neutraleren Begriff »traumatische Neurose« 1888 von Hermann Oppenheim (1857-1919) vorgeschlagen worden und bezeichnete durch Traumata (namentlich Arbeitsunfälle) ausgelöste diffuse Nervenleiden (Kopfschmerz, Schwindel, Müdigkeit), die anatomisch nicht fassbar waren und nur durch Äußerungen der Patient:innen zugänglich waren.⁴⁸ Nicht zu übersehen war dabei der Zusammenhang mit dem kurz zuvor verabschiedeten Unfallversicherungsgesetz. Das massenhafte

43 Ebda, S. 14.

44 Ebda, S. 16.

45 Reichardt 1933, S. 2.

46 Ebda, S. 50.

47 Ebda, S. 3.

48 Fischer-Homberger 1970, S. 225.

Auftreten kriegsbedingter traumatischer Neurosen («Kriegszitterer») im 1. Weltkrieg führte zu einem konzeptionellen Wandel und in der Folge zu einer äußerst restriktiven gutachterlichen Praxis angesichts ruinöser volkswirtschaftlicher Konsequenzen, die bei der Anerkennung der traumatischen Neurose als Krankheit (bzw. der Kriegszitterer als Kriegsversehrte) absehbar schienen.⁴⁹ Kriegsbedingte Neurosen betrachtete man nunmehr als Folge einer »gestörten Willenstätigkeit«, der ein Krankheitswert abgesprochen wurde.⁵⁰ In den von wirtschaftlichen Krisen und massiven sozialen Verwerfungen geprägten 1920er Jahren wurde die restriktive Anerkennungspraxis auf die Unfallneurosen ausgedehnt, indem den Betroffenen eine »Flucht in die Krankheit« bzw. ein »Streben nach Krankheitsgewinn«⁵¹ unterstellt wurde. Eine vom Reichsgericht bestätigte Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes aus dem Jahre 1926 legte fest, dass »weder die Vorstellung krank zu sein« noch ein »mehr oder weniger bewusstes Wünschen [...] der Erwerbsunfähigkeit«⁵² als Entschädigungsgrund anzuerkennen seien. Der Würzburger Psychiater Martin Reichardt brachte es auf eine bestechend simple Formel: Zu entschädigen seien »die Folgen des Unfalles und nicht die [...] Folgen des Entschädigungs-verfahrens.«⁵³

Für das Ergebnis eines Gutachtens war die häufig kaum zu treffende Unterscheidung einer psychogenen Erwartungsreaktion (Furcht vor Krankheit) von einer stärker intentionalen Wunschreaktion (Wunsch nach Krankheit) ebenso irrelevant, wie die Abgrenzung von der voll bewusst ausgeführten Simulation. Keine dieser Ursachen war entschädigungspflichtig. Auch im Gutachten des Patienten Heinrich O. wurde die Vermutung »bewusster Übertreibung und Simulation« geäußert, blieb aber »dahingestellt«.⁵⁴

Entscheidend war vielmehr, die Psychogenie des Verhaltens schlüssig nachzuweisen, was aber nur indirekt, durch den Ausschluss einer organischen Ursache möglich war, wobei auch dabei anstelle der geforderten »Beweisführung«⁵⁵ zumeist nur Indizien aufgeboten werden konnten. In der psychiatrisch-gutachterlichen Literatur werden diagnostische »Tricks«⁵⁶ empfohlen, um psychogene Symptome als solche zu identifizieren: versteckte und verschleierte Fragen, unvermutete und unauffällige Durchführung von Tests, Kontrollbeobachtungen im Krankensaal durch Pfleger in Abwesenheit der Ärzte.⁵⁷

Darüber hinaus solle sich der begutachtende Arzt »ein möglichst umfassendes Bild von der gesamten Persönlichkeit und Lage des Patienten, von seinen Arbeitsverhältnissen und Lebensschwierigkeiten«⁵⁸ machen, um die Zweckgerichtetheit der Symptome

49 Ebda, S. 238.

50 Ebda, S. 237.

51 Reichardt 1933, S. 51.

52 Reichsversicherungsamt 24.09.1926, zit. nach: Reichardt 1933, S. 105.

53 Reichardt 1933, S. 104.

54 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, Gutachten vom 08.12.1938, S. 16.

55 Reichardt 1933, S. 120.

56 Ebda, S. 38.

57 Ebda, S. 16-19.

58 Ebda, S. 124.

und die dem Krankheitswillen zugrundeliegende »abnorme psychische Veranlagung«⁵⁹ aufzuspüren.

Auch bei dem Patienten Heinrich O. wurde seine zweifellos zeittypische, von Rückschlägen und Brüchen gekennzeichnete Erwerbsbiografie erhoben. Im Gutachten wurde diese »wenig konsequente Arbeitsleistungsanamnese« als finales Indiz herausgestellt, in der sich eine »weiche, empfindliche, von äußeren Umständen leicht zu beeinflussende Persönlichkeit«⁶⁰ widerspiegeln.

Gerade der Versuch, die psychogene Reaktion als Ausdruck einer genuinen Willens- oder Charakterschwäche auf dem Boden einer »anlagemäßige[n] seelisch-körperliche[n] Unzulänglichkeit«⁶¹ zu lesen, und sie damit als degenerative Erscheinung in einen rassenhygienischen Kontext einzubetten, entbehrte jeder belastbaren Evidenz. Der gezielte und programmatische Einsatz neurologischer Testverfahren konnte hier keine Kausalitätsnachweise erbringen. Testergebnisse lieferten vor allem Argumente für den Ausschluss organisch-neurologischer Ursachen und ihre unbezweifelbar erscheinenden Resultate untermauerten den Anspruch auf Objektivität und Wissenschaftlichkeit, besonders für fachfremde Entscheidungsträger. Statt den nicht zu erbringenden Kausalitätsnachweisen, wurden in der Gutachtenliteratur verstreut publizierte empirische Beobachtungen als »sehr oft«, oder »oft genug vorkommende« und daher als »bekannt« voraussetzende Zusammenhänge angeführt, mit denen zu argumentieren sei. Unter Verweis auf die »ärztliche Erfahrung«⁶² wurden nicht nachweisbare Kausalitäten durch selektiv herangezogene Koinzidenzen ersetzt. Gerade die epistemologisch haltlose und dennoch programmatisch forcierte (Erb-)biologisierung der psychogenen Reaktion zeigt, wie umstandslos sich ärztlich-diagnostische Verfahren und Krankheitskonzepte mit gesundheitspolitischen Leitvorgaben und volkswirtschaftlichen Kalkülen orchestrieren ließen.⁶³ Dementsprechend bezog dieses erbbiologische Konzept der psychogenen Reaktionen seine Konturen weniger aus neuen wissenschaftlichen Daten, sondern vielmehr aus der Gutachtenpraxis selbst, die sich in ihrem fortgesetzten Vollzug selbstreferentiell stabilisierte.

Dazu bedurfte es Ärzte, die den »Kampf gegen die Unfallneurosen«⁶⁴ bereitwillig aufnahmen und die dafür erforderlichen charakterlichen Dispositionen mitbrachten: Härte, Unnachgiebigkeit, »die innere Festigkeit [...] entgegen gewisse[r] persönliche[r] Gefühlsregungen ein unparteiliches Gutachten abzugeben«⁶⁵, um als »Gehilfe des Richters«⁶⁶ Schaden von der Allgemeinheit abzuwenden. Die notwendige »Härte des

59 Ebda, S. 43.

60 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, Gutachten vom 08.12.1938, S. 17.

61 Reichardt 1933, S. 6.

62 Ebda, S. 79.

63 Vgl. Fischer-Homberger 1970, S. 233 ff; Roelcke 2010, S. 187.

64 Reichardt 1933, S. 121.

65 Ebda, S. 103.

66 Ebda, S. 122.

Gutachters« sollte sich ganz unmittelbar in seiner eigenen selbstdisziplinierenden »Arbeitsfähigkeit« zeigen, eine Einstellung, die einen »gewissen Zwang zur Arbeit« bei »nicht vollwertig veranlagten«⁶⁷ aber arbeitsfähigen Patient:innen als heilsam und notwendig erachte.

Diese sehr spezifischen Anforderungen an die gutachterliche Praxis bargen freilich Risiken, vor denen auch in der Gutachterliteratur gewarnt werden musste: Gerade die erforderliche »besondere Einstellung des Gutachters« machte ihn anfällig für eine »Suggestion durch die Sachlage.«⁶⁸ Gemeint waren ad-hoc-Diagnosen, zu denen alle Fälle verleiteten, bei denen irgendwelche Renten- oder Entschädigungsansprüche zur Disposition standen. Tatsächlich musste nicht jede Untersuchung neurologischer Unfallfolgen mit Aussicht auf Entschädigungsleistungen zwangsläufig auf den Befund einer psychogenen Reaktion hinauslaufen. Geschilderte Symptome konnten auch ganz handfeste organische Ursachen haben, die nicht übersehen werden durften. Genau dieser schwere diagnostische Fehler unterlief dem Gutachter des Patienten Heinrich O. Er prognostizierte ein endgültiges Abklingen der »tatsächlich noch bestehenden Unfallfolgen«⁶⁹ nach drei Monaten. Bei der entsprechenden Nachuntersuchung im März 1939 hatten sich die Symptome jedoch keineswegs gebessert. Im Gegenteil, der Patient schilderte häufige und schwere Schwindelattacken und berichtete von einem schweren Fahrradunfall. Das fünfseitige Folgegutachten bekräftigte jedoch die alte Diagnose und verwies noch eindringlicher auf die »schwere neurotische Einstellung«⁷⁰ des Patienten. So auch in einem dritten Gutachten im September 1939, in dem jetzt vor der »Gefahr eines Absinkens in eine neurotisch-querulatorische Einstellung und de[m] Verlust der inneren Haltung«⁷¹ gewarnt wurde. Nochmals 18 Monate später, im April 1941, erfolgte auf ein neuerliches Ersuchen der Tiefbau-Berufsgenossenschaft hin eine vierte Begutachtung. Erst bei dieser Untersuchung wurden die unverkennbaren Anzeichen einer fortgeschrittenen Arteriosklerose festgestellt, unter deren Eindruck die bereits knapp drei Jahre zuvor geschilderten Schwindelanfälle jetzt als »durchaus möglich«⁷² erachtet wurden. Obwohl die in den älteren Gutachten aufgeführten Schilderungen des Patienten einen entsprechenden Verdacht durchaus nahegelegt hätten, und obwohl in der Literatur die »Aortensklerose«⁷³ als erste zu berücksichtigende Differentialdiagnose hervorgehoben ist, wurde im letzten Gutachten schmallippig darauf insistiert, dass der vaskokardiologische Befund neu und gänzlich unerwartet aufgetreten sei. Im Übrigen seien die früheren Gutachten dahingehend korrekt, dass die neurologischen Symptome durchaus keine Unfallfolgen und damit nicht entschädigungspflichtig gewesen seien.

67 Ebda, S. 126.

68 Ebda, S. 122.

69 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, Gutachten vom 08.12.1938, S. 17.

70 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, 2. Gutachten vom 02.03.1939, S. 5.

71 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, 3. Gutachten, 29.09.1939, S. 6.

72 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, 4. Gutachten, 17.04.1941, S. 7.

73 Reichardt 1933, S. 112.

Für Heinrich O., seit langem arbeitsunfähig und vollkommen verarmt, wurde eine Erwerbsminderungsrente von 20% befürwortet.⁷⁴

Der Fall des Patienten Heinrich O. zeigt deutlich, wie in ganz konkreten, fallbezogenen psychiatrischen Entscheidungen politisch-ideologische Einflussfaktoren auf ganz unterschiedlichen Ebenen wirksam wurden. Diese »Inhärenz des Politischen«⁷⁵ in der wissenschaftlichen Praxis ist keineswegs ein Spezifikum der NS-Psychiatrie,⁷⁶ allerdings zeigt sie sich in diesem Untersuchungsfeld in beispielhafter Weise. Im Fall Heinrich O. auf der Ebene des Krankheitskonzepts, der traumatischen Neurose und ihrer Symptomatik, der psychogenen Reaktion, die, wie gezeigt, seit dem 1. Weltkrieg tiefgreifende Umdeutungen und Neubewertungen erfahren hatten, die eben nicht durch neue empirische Evidenzen, sondern vielmehr durch veränderte Berücksichtigung und Hierarchisierung vorhandener Daten in der Folge veränderter machtpolitischer Interessen ausgelöst wurden.⁷⁷

Der Fall Heinrich O. zeigt außerdem, wie sich die Dimension des Politischen in der tagtäglichen Arbeit der Anstaltsärzte mikrosoziologisch konkretisierte. Das durch einen jungen Assistenzarzt erarbeitete Gutachten folgte beflissen den aktuellen krankheitstheoretischen Anschauungen und ihren ideologischen Implikationen, vermutlich aus fachlicher Überzeugung bzw. verinnerlichten Lehrinhalten folgend. Das Gutachten musste aber auch der kritischen Revision durch den Klinikleiter Hans Bürger-Prinz standhalten, der es gegenzeichnete und letztverantwortete. Es stand also zwingend in Übereinstimmung mit seinen Leitvorgaben und damit auch mit seinen institutionspolitischen Strategien. Jedwede Karriereerwartung des jungen Assistenzarztes war vom Wohlwollen und von der Fürsprache des machtvollen Klinikleiters abhängig.

Ein solcher von persönlichen Ambitionen geleiteter Umgang mit jeweiligen »Karriereressourcen«,⁷⁸ also situativen Faktoren, die das eigene Fortkommen betreffen, konnte – wie im Fall des Heinrich O. – die Entscheidungsfindungen homogenisieren und gleichrichten. In anderen Fällen bewirkten persönliche Ambitionen das Gegenteil und führten zu Machtkämpfen unter Konkurrenten,⁷⁹ die in ganz analoger Weise in Gutachten und damit durch Instrumentalisierung von Patient:innen ausgefochten wurden.

Letzteres geschah offenbar im Fall der 21jährigen Patientin Gertrud L., die im September 1938 von der Hamburger Polizei ins Haffenkrankenhaus eingeliefert wurde, nachdem sie in Altona »auf der Straße umgefallen«⁸⁰ war.

74 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256, 4. Gutachten vom 17.04.1941, S. 4, 6f.

75 Roelcke 2010, S. 182.

76 In einigen Arbeiten der neueren Wissenschaftsgeschichte wird die Bedeutung politischer Dimensionen als basaler Analysekatoren in historisch-epistemologischen Untersuchungen hervorgehoben. Vgl. Roelcke 2010, S. 177; Ash 2010, S. 11.

77 Vgl. Roelcke 2010, S. 187.

78 Ebda, S. 186.

79 Vgl. Kepplinger 2011, S. 81.

80 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Aufnahmeblatt vom 15.09.1938.

Sterilisationsgutachten – Die Totalität des Verfahrens

Noch am selben Tag wurde Gertrud L. vom Hafenkrankenhaus nach Friedrichsberg überstellt, gleich bei der Aufnahme wurde die Verdachtsdiagnose »Epilepsie« vermerkt. Epilepsie, genauer die »genuine Epilepsie« oder »angeborene Fallsucht« gehörte zu den Diagnosen, die unter die Bestimmungen des am 1. Januar 1934 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fielen. Dieses Gesetz definierte vordergründig, im eigentlichen Gesetzestext, ein auf Freiwilligkeit beruhendes Prozedere für die Durchführung eugenisch indizierter Sterilisationen. Personen, die von einer der gelisteten Diagnosen⁸¹ betroffen waren, sollten sich durch freiwillige Selbstanzeige und unter ärztlichem Beistand selbstbestimmt einer Begutachtung, und nach entsprechendem Beschluss eines Erbgesundheitsgerichtsverfahrens der Sterilisation unterziehen. Die öffentlich weitaus weniger beachteten »Verordnungen zur Durchführung des Gesetzes« enthielten jedoch viel weiterreichende, d.h. zwingend verpflichtende Anzeigevorschriften. Jedem »approbierten Arzt« oblag die Verpflichtung, bei jedweden Verdacht auf das Vorliegen einer der im Gesetz genannten »Erbkrankheiten« beim zuständigen Amtsarzt »unverzüglich Anzeige zu erstatten«.⁸² Bei Insass:innen von Anstalten wurde ausdrücklich der Anstaltsleiter zu dieser »Anzeigepflicht«⁸³ bestimmt. Im eigentlichen Gesetzestext des GzVeN war unter §4 bestimmt, dass die Anzeige durch ein »ärztliches Gutachten« ergänzt und begründet werden sollte.⁸⁴

Die diagnostische Untersuchung und Begutachtung der Patientin Gertrud L. wurde also durch einen gesetzlichen Automatismus ausgelöst. Die klinische Untersuchung musste nun klären, ob der erlittene Anfall auf Epilepsie zurückzuführen war, und wenn ja, um welche Form der Epilepsie es sich handelte. Unterschieden wurde dabei zwischen der organischen Epilepsie und der nicht-organischen Epilepsie. Die nicht-organische Epilepsie hatte psychogene Ursachen, wobei diese auch als »Affektepilepsie« bezeichnete Form ihrerseits auf »dem Boden einer neuropathischen oder psychopathischen Anlage« erwachsen konnte. Als psychogene Auslöser von Anfällen konnten aber auch »sehr heftige Gemütsregungen«⁸⁵ infolge traumatischer Ereignisse in Be-

81 »Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. angeborenem Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein, 4. erblicher Fallsucht, 5. erblichem Veitstanz (Huntington'sche Chorea), 6. erblicher Blindheit, 7. erblicher Taubheit, 8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.« Vgl. GzVeN vom 14. Juli 1933, S. 529.

82 Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, S. 1021.

83 Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, S. 1021.

84 GzVeN vom 14. Juli 1933, S. 529.

85 Demme 1935, S. 1568.

tracht kommen, weshalb diese Form der Krankheit nicht als primär erbpathologisch verstanden wurde.

Bei der organischen Epilepsie wurde zwischen der symptomatischen und der genuinen Epilepsie unterschieden. Bei der symptomatischen Epilepsie traten die epileptischen Anfälle als Symptome ursächlich zugrundeliegender Erkrankungen auf. Infrage kamen Infektionskrankheiten wie Syphilis, Encephalitis oder Meningitis, oder auch Stoffwechselkrankheiten, Intoxikationen oder Abstinenzen.⁸⁶ Zu dieser Gruppe zählten auch die »traumatischen Epilepsien«⁸⁷ die insbesondere durch Schädeltraumata hervorgerufen werden konnten. Unter die Bestimmungen des GzVeN fiel allein die genuine Epilepsie, auch »angeborene Fallsucht« genannt. Ihr essenzielles und definitorisches Merkmal war die Erblichkeit. Allerdings gab es »keine diagnostische Methode [...] um mit Sicherheit beim Einzelindividuum die Diagnose genuine Epilepsie stellen zu können.«⁸⁸ Familienanamnesen bzw. die Versuche, weitere Fälle in der Familie zu identifizieren, galten als unzuverlässig. Die Diagnose der Erblichkeit beruhte allein auf dem Ausschluss symptomatischer Formen, wobei im Falle von traumatischen Ursachen die Beweislast bei den Patient:innen lag.

Friedemann Pfäfflin hat bereits Anfang der 1980er Jahre anhand von Akten des Hamburger Staatsarchivs nachgewiesen, dass die Maßnahmen zur Durchführung von Zwangssterilisationen im Rahmen des GzVeN in Hamburg mit größter Intensität und Vehemenz forciert und vorangetrieben wurden. Im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes entfiel fast ein Viertel sämtlicher in Deutschland von Erbgesundheitsgerichten erlassener Sterilisationsbeschlüsse auf Hamburg. Im gesamten Zeitraum von 1934 bis 1945 lag dieser Anteil (je nach Schätzmethode) zwischen 7% und 12% – in jedem Fall weit überproportional.⁸⁹ Bereits Mitte der 1920er Jahre wurde in der Hamburger Tagespresse und in Behörden über »erb- und rassepflegerische Maßnahmen« berichtet, informiert, propagandiert. Noch vor der Verabschiedung des GzVeN wurden Maßnahmen ergriffen, um auf betreffende Personen zügig zugreifen zu können, indem etwa Entlassungen aus Fürsorge-, Irren-, sogar aus Haftanstalten verzögert wurden.⁹⁰ In den Friedrichsberger Akten der Jahrgänge vor 1934 finden sich vielfach auf das Sterilisationsgesetz bezugnehmende Aktenausleihvermerke an das Gesundheitsamt.⁹¹ Systematisch wurden ältere Gesundheitsakten aller relevanten Einrichtungen nach Personen in mutmaßlich noch zeugungsfähigem Alter durchkämmt.⁹²

86 Kaasch 2006, S. 90; Gütt/Rüdin/Ruttke 1934, S. 104.

87 Gütt/Rüdin/Ruttke 1934, S. 104; Demme 1935, S. 1569.

88 Demme 1935, S. 1568.

89 Vgl. Pfäfflin 1984, S. 28.

90 Ebda, S. 26.

91 Vgl. IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 68.696, PA 68.700, PA 68.865, PA 68.879, PA 68.926. Die in der zufälligen und unvollständigen Auswahl enthaltenen Akten wurden alle 1930 geschlossen und abgelegt, d.h. es erfolgte keine Wiederaufnahme der Patient:innen zu einem späteren Zeitpunkt.

92 Vgl. Pfäfflin 1984, S. 28.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes bemühten sich die Behörden um eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung und insbesondere um bereitwillige Kooperation durch Angehörige entscheidender Berufsgruppen: Ärzte, Fürsorger, Lehrer, Polizei- und Verwaltungsbeamte. Mehrere »rassenhygienische« Ausstellungen wurden in Hamburg gezeigt, regelmäßig fanden Schulungen und Kongresse statt, in den Stadtteilen wurden Vorträge durch die Gauamtsleiter organisiert.⁹³

Man kann vermuten, dass bereits die direkte Einlieferung der Gertrud L. in eine Klinik, die offiziell mit der »Durchführung von Unfruchtbarmachungen«⁹⁴ beauftragt war, eine vorausseilende Maßnahme der Polizeibeamten war, die bei ihrem Krampfanfall »auf der Straße«⁹⁵ hinzugerufen worden waren.

Aber auch das Gutachten selbst weist Merkmale auf, die auf die brachiale Intensität der Maßnahmen und die massenhafte Durchführung entsprechender Verfahren hinweisen. Der Umfang der Patientenakte der Gertrud L. ist ausgesprochen spärlich. Noch am Tag der Aufnahme, wurde ein einseitiger Aufnahmebefund mit einer Anamnese erhoben. In den nur 8 Tagen bis zur Entlassung wurden unter dem Stichwort »Krankheitsverlauf« einige Zeilen aus stationären Beobachtungen und kurzen Arztgesprächen festgehalten. Am Tag der Entlassung wurde noch eine Fremdanamnese mit der Mutter der Patientin erhoben, sowie eine sehr knappe Familienanamnese. Erst an diesem Tag erfolgte eine körperliche Untersuchung mit einigen ganz basalen neurologischen Tests. Am selben Tag wurde unter dem lapidaren Vermerk »Steri-Gutachten« ein einseitiger Entwurf des Gutachtens erstellt, das anschließend in ein standardisiertes Formular übertragen wurde, dass für die Übermittlung der Sterilisationsgutachten an das Gesundheitsamt vorgehalten wurde.⁹⁶

Im Gutachten wurde eine »genuine Epilepsie« festgestellt, die entsprechend des GzVeN zur zwangsweisen Anordnung der Sterilisation führen musste. Dieser Befund wurde lediglich mit zwei Indizien begründet: 1. Dem Ausschluss organischer Ursachen oder eines Traumas – die Laborwerte, die körperliche Untersuchung und die neurologischen Tests waren unauffällig; die knappen Anamnesen lieferten keinen Anhalt. 2. Dem ersten Auftreten der Anfälle »in ihrer Jugend«,⁹⁷ was allein auf einer tendenziös interpretierten Diskrepanz in den Aussagen von Mutter und Tochter beruhte. Gertrud L. datierte ihren ersten Anfall mit der Angabe »als sie eben aus der Schule war«⁹⁸, was

93 Ebda, S. 27.

94 Zit. nach Pfäfflin 1984, S. 29.

95 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Aufnahmeblatt vom 15.09.1938.

96 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Amtsärztliche – Ärztliches – Gutachten (gemäß §4 Satz 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933). Das Formular war als »Anlage 5« in der »Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« enthalten. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke 1934, S. 62ff., 70ff.

97 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Amtsärztliche – Ärztliches – Gutachten, Diagnose u. Begründung, verfasst: Dr. Sickinger.

98 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Geschichte der Krankheit, 15.09.1938, Gertrud L.[...], »gez. Dr. Rosal«.

der untersuchende Arzt mit der Angabe »14. Lebensjahr«⁹⁹ übersetzte. Die Mutter hatte den Zeitpunkt des ersten Anfalls äußerst präzise angegeben: »vor 3 Jahren mit dem 18. Lebensjahr«¹⁰⁰ – Gertrud L. hatte bis zu diesem Zeitpunkt eine weiterführende Berufsschule besucht. Die früher datierte Angabe zieht sich dann durch die gesamte Akte bis ins übermittelte Gutachten. Diese mutmaßlich falsch angegebene Erstmanifestation in der Pubertät war diagnostisch und prognostisch hoch relevant, sie stützte die Annahme der Erblichkeit.¹⁰¹

Unterstützt werden diese beiden maßgeblichen Indizien durch den »Psychischen Befund«, in dem ein »etwas schwerfällig, klebrig[es]« Verhalten und eine »abgestumpfte, teilnahmslose Stimmungslage«¹⁰² auf die zeitgenössische Vorstellung eines »epileptischen Charakters«¹⁰³ bzw. einer »epileptischen Wesensveränderung«¹⁰⁴ verweisen.

Gemessen an den in der Literatur beschriebenen Vorgehensweisen bei der Epilepsiediagnostik,¹⁰⁵ die in anderen psychiatrischen Universitätskliniken bei Sterilisationsgutachten auch nachweislich angewandt wurden,¹⁰⁶ muss die Untersuchung der Gertrud L. in Friedrichsberg auch nach den 1938 geltenden Maßstäben als äußerst nachlässig und unzureichend bezeichnet werden.

Neben den routinemäßigen serologischen und körperlichen Untersuchungen konnten auch Bildgebungsverfahren eingesetzt werden, etwa Schädelröntgen, um eventuelle traumatische Läsionen darzustellen.

Eher selten kamen invasive Verfahren zur Anwendung, wie Lumbalpunktion oder Enzephalographie, bei der nach Kontrastmittelgabe die Ventrikelräume dargestellt wurden. Als diagnostischer Goldstandard wurde in der Literatur die klinische Deutung eines beobachteten Anfalls erachtet. Um eine entsprechende Gelegenheit zu ermöglichen, konnte in Verdachtsfällen eine klinische Einweisung von bis zu sechs Wochen angeordnet werden, was aber nur selten geschah. Praktikabler war die empfohlene und sehr häufig angewendete Methode der »Anfallsprovokation« durch Hyperventilation oder Gaben von Cardiazol, Atropin oder Adrenalin.¹⁰⁷ Keine dieser Methoden wurde bei der Patientin Gertrud L. angewandt und die wenigen bei ihr durchgeführten Untersuchungen und Arztgespräche wurden erkennbar mit minimalem Zeitaufwand

99 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, »Steri.-Gutachten L[...], Gertrud«.

100 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Geschichte der Krankheit, 24.09.1938 »Ref. Mutter«.

101 Gütt/Rüdin/Ruttke 1934, S. 105.

102 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, 82.108, Amtsärztliche – Ärztliches – Gutachten, Psychischer Befund.

103 Gütt/Rüdin/Ruttke 1934, S. 105.

104 Demme 1935, S. 1569.

105 Ebda, S. 1571.

106 Imke Kaasch hat u.a. 33 Sterilisationsgutachten bei Epilepsie aus dem Jahr 1936 ausgewertet, die an der Universitätsnervenklinik Tübingen erstellt wurden. Vgl. Kaasch 2006, S. 90ff, 120.

107 Vgl. Demme 1935, S. 1571; Kaasch 2006, S. 90 ff. Laut Kaasch wurden in Tübingen bei 50% der Epilepsie-Begutachtungen eine Anfallsprovokation durchgeführt.

abgearbeitet. In entsprechender Weise waren auch die Epikrise und das Gutachten oberflächlich und flüchtig abgefasst.

Umfang, Ressourceneinsatz und Qualität des Gutachtens sind im Vergleich zu den oben beschriebenen Entschädigungsgutachten beträchtlich reduziert. Diese Unterschiede waren beabsichtigt und ganz auf die Erfordernisse zügiger und massenhafter Verfahrensabwicklung zugeschnitten. Die nur sechsseitigen Formularvordrucke für die »Antragsgutachten«¹⁰⁸ begrenzten den Umfang und die Aussagekraft, was eine schnelle Bearbeitung durch die Ärzte ermöglichte – eine maßgebliche Voraussetzung für die gewünschte Übermittlung möglichst großer Verdachtsfallzahlen. Es ging weniger um eine erschöpfende diagnostische Beurteilung des einzelnen Falls, als vielmehr um die Einhaltung eines hoch formalisierten und durch die Gesetzgebung strikt geregelten Verfahrensablaufs, der keine Abweichungen zuließ, der aber zugleich den Anschein einer ergebnisoffenen Entscheidungsfindung auf rein medizinischer Grundlage wahrte. Betroffene konnten Widerspruch gegen die Entscheidungen des Erbgesundheitsgerichts einlegen.¹⁰⁹ Die Entscheidung über einen Antrag lag beim Erbgesundheitsgericht, das weitere Untersuchungen anordnen, Sachverständige bestellen und Akteneinsicht anfordern konnte.

Im Fall der Patientin Gertrud L. blieb das Antragsgutachten jedenfalls nicht unwidersprochen. Knapp zwei Jahre später, im Juli 1940, wurde Gertrud L. erneut in Friedrichsberg aufgenommen. Den untersuchenden Ärzten teilte sie mit, dass bei ihr keine »Unfruchtbarmachung [...] durchgeführt«¹¹⁰ worden sei. Umgehend erkundigte sich die Klinikleitung beim Gesundheitsamt nach dem damaligen Beschluss. Zurückübersandt wurde die Abschrift eines Gegengutachtens, das der Neurologe Hans Demme (1900-1964) in seiner Funktion als Beisitzer des Erbgesundheitsgerichts verfasst hatte. Demme hielt eine genuine Epilepsie für »wahrscheinlich«, zugleich sah er aber auch die Möglichkeit einer symptomatischen, aus einer congenitalen Lues hervorgegangenen Epilepsie, was »nicht mit der im Gesetz geforderten Sicherheit«¹¹¹ ausgeschlossen werden könne. Demme hatte eine weitere Untersuchung angeordnet, die Hinweise erbrachte, die man in Friedrichsberg übersehen hatte: Einen abweichend niedrigen Eisenwert, einen auffällig geformten Schneidezahn (ein häufiges Symptom der congenitalen Lues), ein Augenleiden in der Kindheit, das in der Anamnese berichtet, aber nicht beachtet worden war.¹¹²

108 So die Bezeichnung in der Korrespondenz mit dem Gesundheitsamt. Vgl. IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Anfrage an das Gesundheitsamt Hamburg, 13.08.1940.

109 GzVeN vom 14. Juli 1933, §8, S. 530.

110 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Anfrage an das Gesundheitsamt Hamburg, 13.08.1940.

111 IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Erbgesundheitsgericht Hamburg, Gutachten v. Herrn Prof. Demme. (undatiert)

112 Ebda.

Es lässt sich nicht entscheiden, ob Hans Demme das Friedrichsberger Gutachten aus rein fachlichen Erwägungen anzweifelte, oder ob er einen oder mehrere Kollegen aus der renommierten Klinik desavouieren wollte. Bei dem ungeheuren Durchlauf von Sterilisationsverfahren am Hamburger Erbgesundheitsgericht – insgesamt 24.260 Personen zwischen 1934 und 1945¹¹³ – scheint es aber nicht plausibel, dass diagnostisch nicht ganz eindeutige Fälle regelmäßig so penibel überprüft worden sein sollen. Insbesondere dann nicht, wenn der Fall an der Universitätsklinik begutachtet worden war. Und insbesondere auch nicht, weil Hans Demme selbst keinerlei Skrupel gegenüber großzügigen Auslegungen der allzu oft unklaren Epilepsiediagnosen im Sinne des GzVeN hatte, wie er in einer Publikation offen einräumte: »Wir haben uns im Erbgesundheitsgericht auch immer auf den Standpunkt gestellt, daß an sich die Fallsucht erfahrungsgemäß fast immer auf erblichen Anlagen beruht.«¹¹⁴

In Friedrichsberg nahm man die fachliche Zurechtweisung durch den mächtigen Kollegen unwidersprochen zur Kenntnis und revidierte beflissen die Beurteilung des Falls: »In Bezug auf die Sterilisation schließen wir uns völlig dem Gutachten von Prof. Demme an.«¹¹⁵ So heißt es in der Akte, eine Antwort an das Gesundheitsamt enthielt einen gleichlautenden Satz. Hans Demme, seit 1933 SA- und NSDAP-Mitglied, war 1934 zum Vertrauensmann der NSDAP-Reichsleitung an der Medizinischen Fakultät Hamburg ernannt worden, eine Position, in der er auf alle wichtigen Personalentscheidungen Einfluss ausüben konnte.¹¹⁶

Der Fall der Gertrud L. zeigt noch eindringlicher, wie weit sich ärztlich-diagnostische Fallbeurteilungen rechtsnormativen, machtpolitischen und ideologischen Einflüssen unterordnen, und zudem noch von persönlichen Ambitionen, Konkurrenzen oder Animositäten beeinflusst werden konnten. Die Patientin Gertrud L. verschwindet dabei geradezu hinter der verselbstständigten Verfahrenslogik. Der eingangs erwähnte, die Gutachtenfälle kennzeichnende erratische Aktenvermerk »Krankheit: Gutachten« erlangt in dieser Perspektive eine verstörende Bedeutung. Die Beeinträchtigung der Patientin durch ihre Krankheit¹¹⁷ spielte bei der Fallbeurteilung nicht die mindeste Rolle.

Das Gutachten zielte allein auf den fragilen, nicht belastbar, nicht seriös zu erbringenden Kausalnachweis der Erblichkeit. Gerade damit schlossen die Sterilisationsgutachten aber an jahrelang eingespielte Begutachtungsroutinen an, denn, wie oben gezeigt, ging es auch bei den psychogenen Reaktionen, bzw. den »Rentenneurosen«, um die brüchige Rückführung auf eine vermeintlich erbbiologische Grundlage. Diese

113 Pfäfflin 1984, S. 28.

114 Demme 1935, S. 1568.

115 IGEN UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353, Dr. Strobel, »Geschichte der Krankheit« (handschriftliches Protokoll der Anamnese und sämtlicher Untersuchungsergebnisse, sowie der Epikrise).

116 Vgl. van den Bussche 1989, S. 107 ff.

117 Laut Anamnese war sie in der Gastwirtschaft ihrer Mutter beschäftigt und lebte in stabilen sozialen Verhältnissen. Die Krampfanfälle waren selten, eher leicht und traten zumeist nachts auf.

Kontinuität dürfte eine entscheidende Bedingung für das vollkommen reibungslose Anlaufen der Sterilisationsbegutachtungen ab 1934 gewesen sein.¹¹⁸

Diese Kontinuität verdankt sich auch einer ganz maßgeblichen Funktionalität der Akten, die in allen hier skizzierten Fällen deutlich aufscheint. Patientenakten finden wir heute als seit Jahrzehnten stillgestellte Archivalien vor. Ihre Funktionalität entfaltete sich jedoch durch ihre jederzeitige Mobilisierbarkeit. Die Akte war ein immer nur auf Abruf abgelegter Container sensibler und potentiell gefahrbringender Informationen, jederzeit aktivierbar, revidierbar, mobilisierbar, wenn die betreffende Person, oder auch eine mit ihr verwandte Person, mit einer Instanz der Gesundheitsbürokratie des totalitären Staates in Berührung kam. Ausleihvermerke, Ausleihgesuche, kopierte Auszüge anderer Akten, Anfragen und ihre Antworten – in beinahe jeder einzelnen der Friedrichsberger Patientenakten finden sich Spuren permanenter Zirkulationen. Die Akte war ein denunziatorisches Kontroll- und Überwachungsmedium, das ihr Subjekt jederzeit und aus allen Richtungen kommend einholen konnte. Im System der Zwangsterilisationen und dem in diesem Zusammenhang forcierten Aufbau eines zentralisierten Gesundheitspassarchives, als einer übergeordneten Index-Instanz mit Zugriff auf alle eine Person betreffenden Aktenaufschriebe, erreichte diese Maschinerie ihren Kulminationspunkt.¹¹⁹ Diese in den Friedrichsberger Akten regelmäßig aufscheinende Dimension bietet gerade für Hamburg auch neue Forschungsperspektiven.

Die im Friedrichsberg-Langenhorn-Plan 1934 entwickelte institutionelle Arbeitsteilung, mit der Universitätsklinik als einer alle Patient:innen diagnostizierenden und zuweisenden »Schleusenfunktion«¹²⁰, realisierte ein präzise orchestriertes funktionelles Zusammenwirken aller psychiatrischer Anstalten,¹²¹ das auf einen flüssigen Austausch von Informationen bzw. Akten angewiesen war. Die Spuren dieser informationellen Austauschbewegungen lassen sich, wie beschrieben, beständig in den Akten aufspüren. Für weitere historische Untersuchungen bieten die wechselseitigen Verflechtungen der Aktenbestände einen bislang nicht ausreichend genutzten methodischen Zugriff auf das systemische Zusammenwirken der Instanzen, und den daraus resultierenden Effekten, Spannungen und Störungen.

118 Vgl. Geisthövel 2017, S. 126.

119 Vgl. Pfäfflin 1984, S. 18-20; Aly/Roth 1984, S. 102ff.

120 Van den Bussche 2014, S. 184.

121 Vgl. Ebda, S. 94ff.

Literatur

- Aly, Götz, Roth, Karl Heinz (1984): Die restlose Erfassung: Volkszählen, Identifizieren, Aussondern im Nationalsozialismus. Berlin: Rotbuch.
- Ash, Mitchell (2010): Wissenschaft und Politik. Eine Beziehungsgeschichte im 20. Jahrhundert. In: *Archiv für Sozialgeschichte*, 50, S. 11-46.
- Bussche, Hendrik van den (1989): Akademische Karrieren im »Dritten Reich«. In: (Hg.) Hendrik van den Bussche, *Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«. Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät.* (= Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte. Band 5), Berlin/Hamburg: Reimer, S. 63–117.
- Bussche, Hendrik van den (2014): Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus: Forschung – Lehre – Krankenversorgung. (Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte). Berlin/Hamburg: Reimer.
- Demme, Hans (1935): Die Stellung der Epilepsie im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 39, S. 1567-1571.
- Ebbinghaus, Angelika (1984): Aussondern und Vernichten in den Anstalten. In: (Hg.) Angelika Ebbinghaus, Heidrun Kaupen-Haas, Karl Heinz Roth, Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerung- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg: Konkret, S. 136-146.
- Fischer-Homberger, Esther (1970): Der Begriff »Krankheit« als Funktion außermedizinischer Gegebenheiten: Zur Geschichte der traumatischen Neurose. In: *Sudhoffs Archiv*, 54/3, S. 225-241.
- Geisthövel, Alexa, Hess, Volker (2017): Handelndes Wissen. Die Praxis des Gutachtens. In: (Hg.) Alexa Geisthövel, Volker Hess, *Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis.* Göttingen: Wallstein, S. 9-39.
- Geisthövel, Alexa (2017): Epilepsie-Begutachtung zwischen sozialer Sicherung und Sterilisationsgesetz. In: (Hg.) Alexa Geisthövel, Volker Hess, *Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis.* Göttingen: Wallstein, S. 121-142.
- Germann, Urs (2017): Plausible Geschichten. Zur narrativen Qualität gerichtspsychiatrischer Gutachten um 1900. In: (Hg.) Alexa Geisthövel, Volker Hess, *Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis.* Göttingen: Wallstein, S. 318-339
- Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. In: *Reichsgesetzblatt*, Nr. 86, 1933, S. 529-531.
- Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1934. In: *Reichsgesetzblatt*, Nr. 133, 1933, S. 995-999.
- Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst, Ruttge, Falk (1934): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, Gesetz und Erläuterungen. München: J.F. Lehmanns Verlag.
- Kaasch, Imke Marion (2006): Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1936. Tübingen: Univ. Diss.
- Kepplinger, Brigitte (2011): »Vernichten lebensunwerten Lebens« im NS: Die Aktion T4. In: (Hg.) Günter Morsch, Bertrand Perz, *Neue Studien zu nationalistischen Massentötungen durch Giftgas: Historische Bedeutung, technische Entwicklung, revisionistische Leugnung.* Berlin: Metropol, S. 77-87.
- Knoll-Jung, Sebastian (2017): Zwischen Verfahrenslogik und Eigensinn. Die Praxis ärztlicher Begutachtung in der Unfallversicherung 1884-1914. In: (Hg.) Alexa Geisthövel, Volker Hess, *Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis.* Göttingen: Wallstein, S. 70-94.

- Pfäfflin, Friedemann (1984): Das Hamburger Gesundheitspassarchiv. Bürokratische Effizienz und Personenerfassung. In: (Hg.) Angelika Ebbinghaus, Heidrun Kaupen-Haas, Karl Heinz Roth, Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg: Konkret, S. 18-20.
- Pfäfflin, Friedemann (1984): Zwangssterilisation in Hamburg. Ein Überblick, in: (Hg.) Angelika Ebbinghaus, Heidrun Kaupen-Haas, Karl Heinz Roth, Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg: Konkret, S. 26-29.
- Reichardt, Martin (1933): Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 98, S. 1–129.
- Roelcke, Volker (2010): Auf der Suche nach der Politik in der Wissensproduktion: Plädoyer für eine historisch-politische Epistemologie. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte, 33, S. 176–192.
- Roth, Karl Heinz (1984): Großhungern und Gehorchen. In: (Hg.) Angelika Ebbinghaus, Heidrun Kaupen-Haas, Karl Heinz Roth, Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg: Konkret, S. 130-133.
- Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, Reichsgesetzblatt, 138, 1933, S. 1021-1022.

Archivquellen

- IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 68.696
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 68.700
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 68.865
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 68.879
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 68.926
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 86.585
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.275
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 84.261
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.356
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.261
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.256.
IGEM UKE Hamburg, Bestand Friedrichsberg, PA 87.353

»Meine Tochter ist ein geistig gesunder Mensch«

Zur Psychiatrisierung sozialrassistisch Verfolgter im Nationalsozialismus am Beispiel Hamburgs

Frauke Steinhäuser

Unter den am 2. November 1943 aus Hamburg in die Tötungsanstalt Meseritz transportierten Personen befand sich die damals 36-jährige Erna Hensel.¹ Sie war eine von mindestens 2000 Menschen, die zwischen Herbst 1940 und Anfang 1944 aus Heimen der Sozialbehörde in Zwischen-, Ausweich- oder direkt in Patient:innenmordanstalten verbracht wurden.² Die Nationalsozialisten stigmatisierten diese Menschen so wie jene mit Behinderung oder psychischen Leiden als »unwertes Leben«. Ihnen war aber in erster Linie gemein, dass sie mittellos und auf staatliche Unterstützung angewiesen waren. Durch fortgeschrittenes Alter, Demenz oder Gebrechlichkeit konnten viele von ihnen nicht mehr arbeiten und rückten deshalb in den Fokus der Selektionsinstanzen. Andere wie Erna Hensel waren in die Verfolgungsmaschinerie geraten, weil Ärzt:innen ihr deviantes, also normabweichendes soziales Verhalten mit einer Scheindiagnose psychiatrisierten und es damit Fürsorgebeamt:innen und Jurist:innen ermöglichten, sie gegen ihren Willen zu entmündigen, in eine sogenannte Wohlfahrtsanstalt einzuweisen, zwangszusterilisieren und schließlich direkt oder über eine Heil- und Pflegeanstalt den Medizinverbrechen auszuliefern. Auf diese bislang kaum erforschte Opfergruppe der NS-Medizinverbrechen möchte ich im Folgenden mein Augenmerk legen.

Dazu werde ich zunächst erläutern, wer weshalb in den Hamburger Wohlfahrtsanstalten lebte bzw. dorthin eingewiesen wurde. Anschließend werde ich anhand dreier Biografien beispielhaft darstellen, welche Rolle psychiatrische Diagnosen bei der sozial-

1 StaHH 352-8/7, Abl. 1/1995_32407.

2 Bei der Zahl kann es sich aufgrund der schwierigen Quellenlage nur um eine Mindestangabe handeln. Mehrere Transporte lassen sich relativ genau nachweisen, andere bzw. deren Zielorte werden in Akten nur erwähnt, ohne die Zahl der betroffenen Personen zu nennen. Auch fehlt noch grundlegende Forschung dazu, wie viele und welche unter den aus der Hamburger Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in Zwischen- oder Tötungsanstalten verbrachten Menschen zuvor aus sozialrassistischen Gründen in die Bewahranstalt Farmsen zwangseingewiesen waren; hierzu sind bislang nur sehr wenige Einzelfälle wie Erna Hensel bekannt.

rassistischen³ Verfolgung unter Armut leidender, unangepasster Menschen spielten und welche Konsequenzen die Diagnosen für die Einzelnen hatten.

In Fürsorgeanstalten zwangseingewiesen

Bei den Insass:innen der Hamburger Wohlfahrtsanstalten handelte es sich fast ausschließlich um Menschen aus dem Arbeiter- oder subproletarischen Milieu, die unter Armut litten und auf staatliche Unterstützungsleistungen angewiesen waren. Um Kosten zu sparen, überwies die Wohlfahrtsstellen sie ab 1933 verstärkt aus der offenen in die geschlossene Fürsorge. Aus den Anstalten der geschlossenen Fürsorge wollte deren Direktor Georg Steigertahl ein autarkes System machen: Arbeitsfähige Insass:innen sollten die nicht mehr arbeitsfähigen durch ihre Arbeitsleistung mitfinanzieren.⁴ Mitte 1939 existierten in Hamburg 18 staatliche Wohlfahrtsanstalten.⁵ In den meisten waren alte, demente und gebrechliche Fürsorgeempfänger:innen untergebracht. Sie konnten sich nicht mehr selbst versorgen und hatten keine Angehörigen, die sich um sie kümmerten. Nationalsozialistischer Auffassung nach galten sie als »sozial einwandfreie, ehemals vollwertige Volksgenossen« und als unverschuldet hilfsbedürftig.⁶

Das Versorgungsheim Farmsen dagegen diente der Stadt Hamburg als Bewahranstalt für bis zu 2100 als asozial konstruierte Hilfsbedürftige. Hier ließ Steigertahl durch enge Zusammenarbeit mit Fürsorgebehörde, Polizei und Justiz all jene zusammenpferchen, die er als »nur bedingt zurechnungsfähiges Menschenmaterial« abwertete:⁷ Wander:innen, Bettler:innen, Wohnungslose, Alkoholranke, Prostituierte oder der Prostitution verdächtige Frauen. Sie alle sollten so kostensparend wie möglich unter-

3 Mit dem Begriff Sozialrassismus bezeichnete Gisela Bock zunächst den eugenischen, innerhalb der »arischen Rasse« praktizierten Rassismus, sobald er auf das individuelle Sozialverhalten abzielte. Bock verwarf den Begriff jedoch wieder, weil im Zentrum jedes rassistischen Denkens eine rassenbiologische Bewertung sozialer und kultureller Unterschiede stünde. Ich halte diese Argumentation für plausibel, verwende jedoch weiterhin die Bezeichnung Sozialrassismus, weil sie die spezifischen Motive hinter der Verfolgung von als asozial stigmatisierten Menschen deutlicher macht als die Formulierung »eugenischer Rassismus«.

4 Dazu Steigertahl am 30.4.1943 in einem Brief mitsamt einer das Prinzip illustrierende Grafik an den Ministerialdirektor beim Reichsjustizministerium, Rudolf Letz, in: BArch, R 3001_66380.

5 StaHH 351-10 I_VG 10.92, Bl. 75.

6 Steigertahl äußerte sich wiederholt zur Unterscheidung »vollwertiger« von »sozial nicht vollwertigen« Hilfsbedürftigen, u.a. im Jahresbericht der Staatlichen Wohlfahrtsanstalten für 1936 unter Berücksichtigung der vorhergehenden Jahre; vgl. StaHH 351-10 I Sozialbehörde I, VG 54.36, S. 143–158, hier vor allem S. 143–145, 153 f., und in seinem Vortrag »Anstaltsfürsorge für Asoziale« auf der Tagung der Nordwestdeutschen Arbeitsgemeinschaft für Wohlfahrtspflege am 31.5.1937, vgl. StaHH 351-10 I, VG 23.23, S. 23–28.

7 Steigertahl 1933, S. 157.

gebracht werden und Zwangsarbeit leisten, beschönigend »Arbeitstherapie« genannt.⁸ Mindestens 900 Personen waren gegen ihren Willen eingewiesen, zu diesem Zweck entmündigt worden oder von der Entmündigung bedroht. Über 800 weitere Menschen lebten »freiwillig« in Farmsen, hätten sonst aber keine Unterstützungsleistung mehr erhalten.⁹ Zudem befand sich auf dem Gelände seit 1923 eine »Trinkerheilstätte« für rund 350 überwiegend männliche Alkoholranke.¹⁰ Ein hoher Eisenzaun umgab die gesamte Anlage, die geschlossenen Abteilungen hatten vergitterte Fenster.

Wer weshalb als »asozial« gelten sollte, war gesetzlich nicht geregelt; es existierte nie eine genaue Definition dieser Zuschreibung. Generell wurden die Betroffenen als »arbeitsscheu« entwertet, als »Ballastexistenzen«, die ihre Lage »einsichtslos« selbst verschuldet hätten. Auch definierten Ärzt:innen, Jurist:innen und Fürsorger:innen angeblich asoziales Verhalten als angeboren und vererbbar, wodurch auch sozial marginalisierte dem »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN) zum Opfer fielen. Die Bewahranstalt Farmsen veranlasste von Anfang 1934 bis Ende 1939 die Zwangssterilisation von fast 1200 Insass:innen.¹¹

Schon die amtliche Begründung des Gesetzes nannte als Zielgruppe »Geistesschwache, Hilfsschüler, Geistesranke und Asoziale«.¹² Mehrere Regionalstudien belegen zudem, dass den Gutachten oft soziale Urteile und Werturteile zu Grunde lagen.¹³ Es konnte sich also bei dem Befund »minderwertig« auch um eine Sozialdiagnostik handeln, die mit der Zwangssterilisation sozialpolitische Maßnahmen nach sich zog – ein Zusammenhang, der sich vor allem bei den Personengruppen manifestierte, die Steigertahl als die »typischen Bewahrfälle« bezeichnete, die in der Farmsener Anstalt untergebracht waren.¹⁴

Diagnose »moralischer Schwachsinn«

Dass viele der Betroffenen nicht unter klar zu diagnostizierenden psychiatrischen Krankheiten litten, sondern Urteilen über ihre »soziale Wertigkeit« ausgeliefert waren, darauf weist bereits eine zusätzlich eingeführte Variante der Diagnose »angeborener Schwachsinn« hin: die Diagnose »moralischer Schwachsinn«. Sie wurde vor allem angewendet, um Frauen mit unangepasster Sexualität gegen ihren Willen zu sterilisieren,

8 Röwekamp 1998, S. 72.

9 Gemeindeverwaltung 1939, S. 29 f.

10 Ausführlich dazu Hauschildt 1995.

11 vgl. Steigertahl 1939, S. 148

12 Gütt 1933, S. 1.

13 So die Untersuchungen zu Hamburg von Brücks/Rothmaler 1984 und Brücks 1988; zu Berlin von Bremberger/Eberhardt 2016 und zu Leipzig von Müller 2020.

14 StaHH 351-10 I_StW 31.30, [Umschlag].

auf die keiner der im GzVeN genannten Gründe zutraf. Darunter fielen Frauen, die als Prostituierte arbeiteten, ebenso wie jene, die öfter ihre Sexualpartner:innen wechselten. Auch »moralischer Schwachsinn« wurde als vererbbar kategorisiert. Zwischen 1934 und 1942 stellte die Hamburger Fürsorgebehörde allein deshalb rund 600 Anträge auf Zwangssterilisation,¹⁵ im reichsweiten Vergleich eine auffallend hohe Zahl. In den entsprechenden Anzeigen finden sich Urteile wie dieses: »S. ist der Typ einer Dirne. Intellektuell auf der Höhe, charakterlich aber ausgesprochen minderwertig.«¹⁶

Die auf Zwangssterilisationsverfahren bezogenen Befunde lassen sich auch auf andere psychiatrische Gutachten im Rahmen der NS-Sozial- und Gesundheitspolitik übertragen. Das Hamburger Pflegeamt etwa, bei der Fürsorgebehörde zuständig für »gefährdete Mädchen und Frauen«, gab 1936 ein Merkblatt zum Thema »Entmündigung und Sammelvormundschaft als Mittel der Bewahrung asozialer Frauen« heraus. Darin erläuterte es, dass Frauen auch bei »Entartungen des Charakters, bei schwerer Haltlosigkeit und Willensschwäche (moralischer Schwachsinn)« aufgrund von »Geistesschwäche« entmündigt werden konnten¹⁷ – ein »Krankheitsbild«, das sich willkürlich mit Inhalten füllen ließ und Betroffenen kaum eine Chance bot, der Maßnahme zu entgehen.

Zu der oft diagnostizierten Psychopathie wiederum – die offiziell allerdings nicht als Erbkrankheit galt – äußerte sich Ende 1937 Otto Finger, Psychiater an der Hessischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Philippshospital und Mitarbeiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP in der von diesem herausgegebenen Propagandazeitschrift »Neues Volk«: »Meist gelingt es, den Asozialen, medizinisch betrachtet, in eine Gruppe der Psychopathen einzureihen, – jener seelisch abnormen Persönlichkeiten, an deren Abnormität die Gesellschaft leidet. Der Asoziale bietet häufig das Bild des haltlosen, willenlosen oder gemütlosen Psychopathen. Nicht selten finden sich in der Blutsverwandtschaft von Psychopathen echte erbliche Geisteskrankheiten.«¹⁸ Entsprechend berücksichtigten auch die in eugenische Maßnahmen involvierten Hamburger Psychiater bei ihren Diagnosen familiäre Hintergründe und Lebensbedingungen – jedoch nur insoweit, als sie sie als Ausdruck und Folge einer angeborenen »Minderwertigkeit« erklärten, oder, wie Otto Finger, eines »asozialen Erbcharakters«.

Im Zuge umfangreicher biografischer Recherchen zu Insass:innen der Hamburger Staatlichen Wohlfahrtsanstalten im Nationalsozialismus las (und lese) ich viele Personalakten aus den Bereichen Vormundchaftswesen, Fürsorge und »Erbgesundheit«. Die darin enthaltenen psychiatrischen Diagnosen weckten mein besonderes Interesse. Denn sie ließen sich nicht mit den in ebenfalls dokumentierten Lebensumständen der Betroffenen in Einklang bringen. Diesen immer wieder deutlich werdenden Widerspruch möchte ich nun anhand dreier Beispiele aus Hamburg konkretisieren.

15 Fenner 1989, S. 98.

16 Ebda, S. 108.

17 StaHH 351-10 I_EF 70.21, Bl. 86–92 [057–063].

18 Finger 1937, S. 20; für den Hinweis auf den Artikel danke ich herzlich Philipp Osten.

Paula Clausen, geboren 1919

Paula Clausen¹⁹ wohnte mit ihrer Familie in einem Armenviertel, das ab 1936 saniert und deren angeblich asoziale Bewohner:innen vorher »unschädlich« gemacht werden sollten.²⁰ 1927 hatte die Mutter den Vater angezeigt, weil er zweimal versucht hätte, die siebenjährige Paula sexuell zu missbrauchen. Das Verfahren wurde eingestellt, weil Paula – vermutlich völlig eingeschüchtert – nicht gegen den Vater aussagen wollte. Noch im selben Jahr kam sie in eine Pflegefamilie, kurz darauf in ein Waisenhaus. Trotz dieser schwierigen Lebensumstände erwarb sie den Volksschulabschluss. Eine Berufsausbildung erhielt sie nicht, fand aber immer wieder Arbeit. 1939 wurde sie wegen Verdachts auf Prostitution festgenommen, in die Bewahranstalt Farmsen eingewiesen und zwei Jahre später, mit 21 Jahren, wegen »Geistesschwäche« entmündigt. Die Mutter legte vergeblich Einspruch dagegen ein, die Tochter sei doch »ein geistig gesunder Mensch«. Der Beschluss des Amtsgerichts basierte auf einem Gutachten des Farmsener Leitenden Oberarztes, des Psychiaters Hans Buchta. Seine Beurteilung war vernichtend: »C. ist eine im Intellektuellen beschränkte, im übrigen egozentrische, selbstbewusste und geltungsbedürftige, gefühlskalte, unstete, bindungslose Psycho-pathin.« Kurz nach Kriegsende 1945 bemündigte das Hamburger Amtsgericht die nun 26-Jährige wieder. Begründung der Vormundin: Die Voraussetzungen für die Entmündigung seien »weggefallen«.

Bei Paula Clausen legitimierte die Psychiatrisierung einen gravierenden Eingriff in ihr Selbstbestimmungsrecht. Insass:innen der Bewahranstalt Farmsen, die bereits durch psychiatrische Diagnosen als »minderwertig« stigmatisiert sowie entmündigt und zwangssterilisiert worden waren, gerieten jedoch auch in Gefahr, den Patient:innenmorden ausgeliefert zu werden. Im Oktober 1939 meldeten die Hamburger Wohlfahrtsanstalten der Reichskanzlei in Berlin mehr als 1600 »Geistesranke, Epileptiker und Schwachsinnige«, die sie dauerhaft »verwarhten«. Im Januar 1941 schickte der ärztliche Leiter der Anstalten, Paul-Rudolf Biemann, im Rahmen der T4-Aktion immerhin noch 363 Meldebögen nach Berlin.²¹ Damit waren auch Insass:innen der Hamburger Staatlichen Wohlfahrtsanstalten von Anfang an von der Aktion »T4« betroffen.

Im Rahmen dieser Aktion fanden bis August 1941 drei Transporte aus Hamburger staatlichen Fürsorgeheimen in Zwischen- und Tötungsanstalten statt – direkt oder über die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn als Zwischenanstalt. Ab 1943 folgten im Rahmen der katastrophenmedizinischen Verdrängungsplanungen²² 13 weitere Transporte in Ausweich-, Zwischen- und Tötungsanstalten sowie Weiterverlegungen zahl-

19 Alle Angaben zu Paula Clausen vgl. StaHH 232-5_239.

20 Ausführlich dazu vgl. Roth 1987.

21 Lohalm 2010, S. 526 f.

22 Gemeint sind die Massenverlegungen von Insass*innen der Fürsorgeanstalten und der psychiatrischen Anstalten nach Beginn der Bombenangriffe auf Hamburg innerhalb der Stadt und nach auswärts, um die Anstalten teilweise oder ganz als Hilfskrankenhäuser zu nutzen, vgl. dazu Wunder 2017, S. 30–32.

reicher Insass:innen Hamburger Wohlfahrtsanstalten in der West- und Ostprignitz in Tötungsanstalten.²³

Egon Pagel, geboren 1920

Unter den in Ausweicheanstalten verlegten Insass:innen der Bewahranstalt Farmsen befand sich auch Egon Pagel, geboren 1920.²⁴ Nicht ehelich geboren, lebte er bis zum Alter von 13 Jahren in einem Waisenhaus. Dann kam er zu seiner Mutter, die inzwischen verheiratet war und mit ihrem Mann, der Fürsorgeunterstützung bezog, zwei weitere Kinder hatte. Egon weigerte sich, seine Mutter als solche anzusprechen und sizte sie. Nach kurzer Zeit schickte sie ihn zurück ins Waisenhaus. Von dort kam er in ein Jugendheim. Laut Heimleitung war er anfangs scheu und sehr ängstlich, galt als »gutartig, ehrlich und sparsam«, manchmal etwas unordentlich und »verbummelt«. 1935 beschloss das Hamburger Erbgesundheitsgericht die Zwangssterilisation des erst 14-Jährigen. Als er 1938 wieder in ein Jugendheim eingewiesen wurde, diagnostizierte ein Psychiater: Egon Pagel leide an »Schwachsinn erheblichen Grades«, sei gleichgültig und leicht reizbar. Auch bestünde die Gefahr, dass er »seine Umwelt durch kriminelle Handlungen infolge seiner geistigen und sittlichen Minderwertigkeit« gefährde. Abschließend empfahl der Gutachter, den inzwischen 17-Jährigen als »Bewahrfall« nach Farmsen einzuweisen. Ende 1943 wurde Egon Pagel von Farmsen nach Düssin verlegt, einer Arbeits- und Bewahranstalt der Hamburger Sozialverwaltung, die dort außer alten und gebrechlichen Insass:innen der Wohlfahrtsanstalten auch arbeitsfähige Männer aus Farmsen unterbrachte. Nach einem Fluchtversuch Pagels 1944 erstellte der Farmsener Arzt Buchta ein psychiatrisches Gutachten, um die Entmündigung einzuleiten: P. würde von der Norm so erheblich abweichen, dass seine psychische Verfassung als Geistesschwäche zu bezeichnen sei und er seine Angelegenheiten nicht mehr allein besorgen könne. In den folgenden Monaten floh Egon Pagel immer wieder aus Düssin, wegen der »ungerechten Betreuung«, wie er sagte. Nach Schließung der Anstalt Ende April 1945 wurde er zurück nach Farmsen überwiesen. Fast direkt nach Kriegsende erreichte sein Vormund seine Entlassung.

23 vgl. Wunder 2017, S. 30; Wille 2017, S. 41, 48; Lohalm 2005, S. 357 f.; Reichelt 2019, S. 230, 234; StaHH 213-12_0013 Bd. 051 Sonderakte, Bd. 31, Bd. 052 Sonderakte, Bd. 32; StaHH 351-10 I_StW 30.11 Bde. I, II; StaHH 352-8/7_86197.

24 Alle Angaben zu Egon Pagel vgl. StaHH 351-14_2712.

Erna Hensel, geborene Kühl, geboren 1907

Bei den meisten der rund 2000 Personen, die aus Hamburger Wohlfahrtsanstalten in auswärtige Anstalten transportiert wurden, lässt sich ihr Verbleib nicht klären. Doch auf einer Liste mit Namen von Menschen, die in die Tötungsanstalt Meseritz transportiert worden waren, fand sich auch der Name der bereits erwähnten Erna Hensel, geborene Kühl.²⁵ Sie hatte mit 22 Jahren ein Kind bekommen und mit 25 Jahren Heinrich Hensel geheiratet. Anfang 1941 wurde sie wegen angeblicher Geistesschwäche entmündigt. Da war sie bereits in die Bewahranstalt Farmsen zwangseingewiesen. Mehrmals floh sie von dort. So wie bei anderen devianten Insassinnen ohne Schulabschluss und Berufsausbildung verdächtigte die Anstaltsleitung sie der Prostitution. 1943 wurde sie in die Landesarbeitsanstalt Glückstadt in Schleswig-Holstein verlegt, um durch verschärfte Arbeit diszipliniert zu werden. Auch von dort floh sie immer wieder. Deshalb ließ der Anstaltsarzt sie am 27. Oktober 1943 als »nervenkrank« in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn überstellen. Nur sechs Tage später, am 2. November 1943, wurde sie mit 49 anderen Frauen in die Tötungsanstalt Meseritz transportiert. Lediglich sechs Frauen überlebten. Darunter war Erna Hensel. Sie starb 1988, mit 81 Jahren, in Hamburg.

Fazit

Die beispielhaft ausgewählten Biografien sozialrassistisch verfolgter Insass:innen der Bewahranstalt Farmsen belegen: Psychiater erklärten im Nationalsozialismus Menschen, die gesellschaftlich marginalisiert waren und von NS-Verfolgungsinstanzen als asozial und minderwertig konstruiert wurden, aus rasseideologischen Gründen als »geistesschwach« oder »geisteskrank«. Denn nur durch eine Pathologisierung sozialer Devianz war es möglich, Menschen, die an keiner körperlichen oder geistigen Behinderung litten, eugenischen Gewaltmaßnahmen auszuliefern und diesem einen rechtsstaatlichen Anschein zu geben. Nur durch die Psychiatisierung ließen sich biopolitische Zwangsbehandlungen legitimieren, die bis zur Vernichtung der Betroffenen eskalieren konnten. Oder wie Wolfgang Ayass es einmal formulierte: »Statt die Armut zu beseitigen, setzte man auf die Beseitigung der Armen«.²⁶

25 Die unveröffentlichte Liste wurde 2013 von Ingo Wille, Herbert Dierks, Elisabeth Schulte und Gaby von Malottki im Archivum Panstwowe w Gorzowie Wielkopolskim im heutigen Polen erstellt; sie bezieht sich auf den Bestand Nr. 256: Krajowy Zakład Lecznicy w Międzyrzeczu – Obrzycah [Landesheilstanstalt Meseritz – Obrowalde; Provinzial Heil und Pflege Anstalt zu Meseritz – Obrowalde; Provinzial Irrenanstalt Obrowalde bei Meseritz]. Alle Angaben zu Erna Hensel vgl. Archivum Panstwowe w Gorzowie Wielkopolskim, Sign. 66-256, Nr. 1358, u. Sign. 1343 (die bei der Verlegung mitgeschickte Akte aus Langenhorn); StaHH 352-12_922, 332-5_14948, 881/1907, 332-5_11338 u. 1992/1988.

26 Ayass 1988, S. 169.

Zum Schluss noch eine Anmerkung: Das aktuelle, von der WHO herausgegebene internationale Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen (ICD-10) enthält in der deutschen Fassung in Kapitel V »Psychische und Verhaltensstörungen« die Diagnose »Dissoziale Persönlichkeitsstörung«, die unter anderem mit den Adjektiven »amoralisch«, »antisozial«, »asozial« verdeutlicht wird. Demzufolge wird noch 2022 die Zuschreibung »asozial« in psychiatrischen Diagnosen verwendet und schreibt damit die historische Stigmatisierung mittelloser und sozial unangepasster Menschen fort.

Literatur

- Ayass, Wolfgang (1987): Vom »Pik As« ins »Kola-Fu«. Die Verfolgung der Bettler und Obdachlosen durch die Hamburger Sozialverwaltung. In: Projektgruppe für die vergessenen Opfer des NS-Regimes (Hg.): Verachtet, verfolgt, vernichtet. 2. Aufl., Hamburg: VSA, S. 153–171.
- Bremberger, Bernhard; Eberhardt, Lothar (2016): 195 Zwangssterilisierte aus dem Berliner Arbeits- und Bewahrungshaus Rummelsburg. In: Gedenkstättenrundbrief, Jg. 06, Nr. 182, S. 36–41.
- Brücks, Andrea (1988): Zwangssterilisationen gegen »Ballastexistenzen«. In: Projektgruppe für die vergessenen Opfer des NS-Regimes (Hg.): Verachtet, verfolgt, vernichtet. 2. Aufl., Hamburg: VSA, S. 103–108.
- Brücks, Andrea; Rothmaler, Christiane (1984): »In dubio pro Volksgemeinschaft«. Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« in Hamburg. In: Ebbinghaus, Angelika; Kaupen-Haas, Heidrun; Roth, Karl Heinz (Hg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg: Konkret Literatur Verlag, S. 30–36.
- Fenner, Elisabeth (1989): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Zur Rolle der Hamburger Sozialverwaltung. Ammersbek bei Hamburg: Verlag an der Lottbek Jensen.
- Finger, Otto (1937): Das Asozialenproblem in medizinisch-biologischer Beleuchtung. In: Neues Volk. Blätter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP. Jg. 05, 11.11.1937, S. 19–20, Berlin/Wien: Verlag Neues Volk.
- Gemeindevverwaltung der Hansestadt Hamburg, Sozialverwaltung (1939): Aufbau und Aufgaben der Sozialverwaltung, 2. Aufl., Hamburg: Selbstverlag.
- [Gütt, Arthur] (1933): Begründung zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. In: Deutscher Reichsanzeiger und Preußischer Staatsanzeiger, Nr. 172, 26.7.1933, S. 1–2.
- Hauschildt, Elke (1995): »Auf den richtigen Weg zwingen...«. Trinkerfürsorge 1922 bis 1945. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Lohalm, Uwe (2005): An der inneren Front. Fürsorge für die Soldatenfamilie und »rassenhygienische« Krankenpolitik. In: Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg (Hg.): Hamburg im »Dritten Reich«. Göttingen: Wallstein, S. 445–467.
- Ders. (2010): Völkische Wohlfahrtsdiktatur. Öffentliche Wohlfahrtspolitik im nationalsozialistischen Hamburg. München/Hamburg: Dölling und Galitz.
- Müller, Thomas R. (2020): Diagnose »angeborener Schwachsinn«. Die Opfer der NS-»Euthanasie«-Verbrechen aus der Städtischen Arbeitsanstalt Leipzig. In: Düben, Ann

- Katrin: Die ehemalige Leipziger Arbeitsanstalt Riebeckstraße 63. Verwahrung, Ausgrenzung, Verfolgung. Leipzig: Hentrich und Hentrich, S. 42–50.
- Reichelt, Bernd (2019): »Evakuierung« in den Tod? Das Schicksal von 148 psychisch kranken Menschen aus Hamburg in den oberschwäbischen Heilanstalten Zwiefalten und Schussenried 1941–1949, in: Karenberg, A[xel]/Haack, K[athleen] (Hg.): Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Würzburg: Königshausen & Neumann, Bd. 25, S. 219–147.
- Röwekamp, Rolf (1998): Wohlfahrtspolitik in Hamburg im »Dritten Reich«. Das Beispiel des Versorgungsheims Farmsen, Magisterarbeit Universität Hamburg.
- Roth, Karl Heinz (1987): Städtesanierung und »ausmerzende« Soziologie. In: Klingemann, Carsten (Hg.), Rassenmythos und Sozialwissenschaften in Deutschland. Ein verdrängtes Kapitel sozialwissenschaftlicher Wirkungsgeschichte. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 370–393.
- Steigertahl, Georg (1933), Grundriß der Anstaltsfürsorge, Berlin: Heymanns.
- Ders. (1939): Das Amt für Wohlfahrtsanstalten. In: Hamburgisches Staatsamt (Hg.): Hamburg im Dritten Reich. Arbeiten der hamburgischen Verwaltung in Einzeldarstellungen, H. 10, Die Sozialverwaltung, Hamburg: Hauptverwaltungsamt, S. 139–154.
- Wille, Ingo (2017): Transport in den Tod. Von Hamburg-Langenhorn in die Tötungsanstalt Brandenburg. Lebensbilder von 136 jüdischen Patientinnen und Patienten. Berlin: Metropol.
- Wunder, Michael (2017): Die Geschichte der NS-Euthanasie in Hamburg. In: Jenner, Harald/Wunder, Michael: Hamburger Gedenkbuch Euthanasie. Die Toten 1939–1945, Berlin: Metropol, S. 11–34.

Archivquellen

Staatsarchiv Hamburg (StaHH):

- 213-12 Staatsanwaltschaft Landgericht – Nationalsozialistische Gewaltverbrechen (NSG) 1948–1996, 0013: Bd. 051 Sonderakte, Bd. 31; Bd. 052 Sonderakte, Bd. 32.
- 232-5 Amtsgericht Hamburg – Vormundschaftswesen, 239.
- 332-5 Standesämter, 14948 u. 881/1907; 11338 u. 1992/1988.
- 351-14 Vormundschaften und Pflgeschäften der Sozialbehörde, 2712.
- 352-8/7 Staatskrankenanstalt Langenhorn Abl. 1/1995; 86197.
- 351-10 I Sozialbehörde I: EF 70.21; StW 30.11 Bd. I; StW 30.11 Bd. II; StW 31.30; VG 10.92; VG 54.36.
- 352-12 Gesundheitsbehörde – Einzelfälle, 922.

Bundesarchiv:

- R 3001 Reichsjustizministerium, 66380.

II Erinnerung vs Vergessen in der Ukraine

Erinnerung vs Vergessen: Die Ermordung von Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Klinik in Poltawa während der NS-Besatzung im historischen Gedächtnis der ukrainischen Gesellschaft¹

Dmytro Tytarenko

»Die Ukraine ist auf unserer Landkarte der Erinnerung nur viel zu blass, viel zu schemenhaft verzeichnet«,² so sagte Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier am 6. Oktober 2021 nach dem Besuch einer Gedenkstätte im Ort Korjukiwka, wo im März 1943 innerhalb von zwei Tagen 6.700 Frauen, Männer und Kinder der größten und brutalsten »Strafaktion« des Zweiten Weltkrieges zum Opfer fielen. Diese Worte können zu Recht über Hunderte andere Orte gesagt werden, die mit NS-Verbrechen in der Ukraine in Verbindung gebracht werden. Leider fehlt es auch in der ukrainischen Gesellschaft an Kenntnissen über viele tragische Ereignisse und Erinnerungsorte des Zweiten Weltkriegs.

Insbesondere das Schicksal von psychisch Kranken und geistig Behinderten auf dem besetzten sowjetischen Territorium stand lange Zeit, ebenso wie der Holocaust, an der Peripherie des Forschungsinteresses. Die wenigen Veröffentlichungen zu diesen Themen verdeutlichen, welche untergeordnete Bedeutung man dieser Kategorie von NS-Opfern zuschrieb. Hauptgründe hierfür waren die bestehende historische und politische Konstellation sowie der eingeschränkte Zugang zu Quellen. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass ukrainische Forscher erst in den letzten Jahren versucht haben, die Zahl der von den Nazis während der Besatzung der Ukraine ermordeten Patientinnen und Patienten von psychiatrischen Einrichtungen wenigstens annähernd zu berechnen, die nach vorläufigen Angaben mindestens 8.500 bis 9.000 beträgt.³ Noch weniger Informationen gibt es über die Bedeutung dieser Opfer im historischen Gedächtnis der sowjetischen und postsowjetischen ukrainischen Gesellschaft.

-
- 1 Dieser Aufsatz entstand im Rahmen eines Forschungsprojekts, das mit Mitteln aus dem Dorothee Freudenberg-Fonds des Fritz Bauer Instituts finanziert wurde. Alle im Text angegebenen Zitate aus ukrainischsprachigen und russischsprachigen Literatur- und Archivquellen wurden vom Autor dieses Beitrages ins Deutsche übersetzt.
 - 2 Rede von Bundespräsident Dr. Frank-Walter Steinmeier bei der Gedenkveranstaltung zum 80. Jahrestag der Massenmorde von Babyn Jar am 6. Oktober 2021 in Kiew.
 - 3 Vgl. Berkhoff et al. 2018, S. 210; Grinchenko/Petrenko 2020, S. 17-19; Tytarenko 2022, S. 266.

Das Schicksal von Patientinnen und Patienten des psychiatrischen Krankenhauses von Poltawa, die während der Besetzung von den Nazis erschossen wurden, das Gedenken an dieses Verbrechen, ist ein bezeichnendes Beispiel dafür. Dieses Krankenhaus war eines der größten in der Ukraine. Es verfügte am Vorabend des Krieges über 1.250 Betten.⁴ Nach dem Ausbruch des Krieges war ein Teil der Kranken von ihren Verwandten abgeholt worden. Eine Evakuierung des gesamten Krankenhauses hatten die Sowjetbehörden nicht geplant, so dass ein Großteil der Patientinnen und Patienten und des Pflegepersonals unter deutsche Besatzungsherrschaft geriet. Vor dem Krieg hatte das Krankenhaus über eine große Hauswirtschaft verfügt, einige der weniger schwer Kranken waren hier als Arbeitskräfte eingesetzt worden. Seit den ersten Tagen der Besetzung wurde die Versorgung der Klinik mit Nahrungsmitteln und Medikamenten komplett eingestellt.⁵ Wenig später, im Oktober 1941, wurde die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten vom Sonderkommando 4b (SK 4b) erschossen.

Eine der wichtigsten Quellen zur Thematik der NS-Verbrechen in der besetzten Sowjetunion – »Ereignismeldungen UdSSR« – gibt einen gewissen Einblick in die Umstände dieser Verbrechen.⁶ So heißt es z.B. in der Ereignismeldung Nr. 135 vom 19.11.1941:

»Nach einer Meldung des Sonderkommandos 4b befindet sich in Poltawa eine 865 Insassen umfassende Irrenanstalt. [...] Im Hinblick auf die außerordentlich kritische Ernährungslage der Stadt Poltawa – für die drei großen Kriegslazarette steht beispielsweise keine Vollmilch zur Verfügung – trat der Kommandoführer des Sonderkommandos 4b im Einvernehmen mit dem AOK 6 und dem Ortskommandanten mit der leitenden Ärztin der Irrenanstalt in Verbindung mit dem Ziele, eine Einigung über die Liquidierung wenigstens eines Teiles der Geisteskranken herbeizuführen [...].«⁷

In einer weiteren Ereignismeldung – Nr. 143 vom 8.12.1941 – wurde die erfolgreiche Durchführung des Verbrechens gemeldet. Darin heißt es:

»Das SK 4b erschoss standrechtlich in der Zeit vom 31.10.41 bis 5.11.41 insgesamt 740 Personen. Darunter waren: 3 politische Funktionäre, 1 Saboteur, 137 Juden, 599 Geistesranke.«⁸

Im Juli 1942 forderten Vertreter der deutschen Besatzungsbehörden von der Verwaltung des Krankenhauses, das zu dieser Zeit nicht mehr als 200 Patientinnen und Pati-

4 Vgl. Galuzevyi Derzhavnyi arkhiv Sluzhby bezpeky Ukrainy (GDA SBU): F.11, Spr. 1412, T. 5., Ark. 17.

5 Vgl. Deneko et al. S. 40.

6 Kurz zu dieser Quelle, die im Bundesarchiv Berlin (BAB) aufbewahrt wird: Mit Beginn des Einmarsches in die Sowjetunion im Juni 1941 sammelte das Reichssicherheitshauptamt (RSHA) die von den Einsatzkommandos und deren Stäben regelmäßig erstellten Berichte und fasste sie als »Ereignismeldungen UdSSR« zusammen. In 195 »Ereignismeldungen« und 55 »Meldungen aus den besetzten Ostgebieten« dokumentierte die Berliner Zentrale des RSHA die aus ihrer Sicht wichtigen Ereignisse der deutschen Besatzungspolitik zur »Befriedung der eroberten Gebiete«, darunter die Ermordung von politischen und »Rassen«-Feinden.

7 BAB: B 58/219, Ereignismeldung UdSSR № 135.

8 Ebda, № 143.

enten versorgte, Listen der behandelten Kranken mit Angabe der Art der Erkrankung und ihrer Dauer. Anfang August wurden 120 bis 130 Patientinnen und Patienten des Krankenhauses in mehreren Autos zur Hinrichtungsstätte in einen Wald gebracht. An Ort und Stelle mussten sie zu dem für sie vorbereiteten Grab hinabsteigen, wo sie aus Maschinenpistolen erschossen wurden.⁹

Das Psychiatrische Krankenhaus in Poltawa wurde zum ersten Mal in sowjetischen Dokumenten in einem Bericht der »Außerordentlichen Staatlichen Kommission für die Feststellung und Untersuchung der Gräueltaten der deutsch-faschistischen Aggressoren und ihrer Komplizen« (ChGK) vom 10. Oktober 1943 erwähnt. Es stellte die Tatsache der Zerstörung des Krankenhauses durch Detonation und einen Schaden in Höhe von 10 Millionen 44 Tausend Rubel fest.¹⁰ Informationen über die vollständige Vernichtung von »Patienten, die in der psychiatrischen Klinik Poltawa behandelt wurden«, wurden in der Schlussmitteilung von ChGK des Gebiets Poltawa vom 30. Mai 1944 aufgenommen.¹¹

Es ist nicht verwunderlich, dass die Behörden versucht haben, die Täter dieses Verbrechens so schnell wie möglich zu finden. Schon während der Kriegsjahre wurde von den sowjetischen Justizbehörden versucht, diese Verbrechen rechtlich aufzuarbeiten. Die Episoden von Massenmorden an Patientinnen und Patienten wurden auch in den 50er bis 70er Jahren Gegenstand der Ermittlungen in der DDR und der Bundesrepublik Deutschland.¹² Das tragische Schicksal der Insassen des Psychiatrischen Krankenhauses Poltawa wurde lange Zeit nicht gebührend beachtet. Ein Zeichen dafür ist die Tatsache, dass der im Rahmen des Strafverfahrens gegen die Chefärztin des Krankenhauses, Anna Dovgal, untersuchte Ort nie zu einem Gedenkort deklariert wurde und nicht einmal eine Tafel der Erinnerung erhielt. Die ermordeten Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Klinik wurden zu »Schweigefiguren«.

In der historischen Forschung, die dem Gebiet Poltawa während der Nazi-Besatzung gewidmet ist, wurde festgestellt, dass im Gryshkyn Wald »Tausende von Poltawa-Bewohnern erschossen oder lebendig begraben wurden«,¹³ aber die Erinnerung an sie wurde am Ort des Mordes nicht verewigt. Die Stele, die 1967 in der Nähe des Denkmals für den Ruhm der Soldaten auf der Grabstätte von etwa 10 Tausend Einwohnern von Poltawa errichtet wurde, wurde zwar zum zentralen Ort des Gedenkens an die Opfer der Nazi-Besatzung,¹⁴ doch der Schwerpunkt lag auf den Gedenkstätten im Zusammenhang »mit dem selbstlosen Kampf sowjetischer Soldaten, Partisanen und Widerstandskämpfer für die Freiheit und Unabhängigkeit des sozialistischen Vaterlandes«,

9 Vgl. Archiv Upravlinnia Sluzhby bezpeky Ukrainy v Poltaws'kii oblasti: D. 18168, Ark. 145; Bundesarchiv Außenstelle Ludwigsburg: B 162/4048, Bl. 9, 226.

10 Vgl. GDA SBU: F.11, Spr. 1412, T. 5., Ark. 17.

11 Derzhavnyi Archiv Poltaws'koi oblasti: F. P-105, Op.1, Spr. 28, Ark.8.

12 Vgl. Tytarenko/Penter 2020, S. 459-468.

13 Jemets'/Samoilenko 1965, S. 18.

14 Vgl. Zhuk/Kundirenko, 1978. S. 73.

es ging um eine Verbesserung der Begräbnisstätten »derer, die im Kampf gegen den Feind gefallen sind«. ¹⁵

Bezeichnend für die Wahrnehmung des Schicksals der ermordeten Patientinnen und Patienten ist die folgende Episode. Während des Prozesses gegen ehemalige Mitglieder des Sonderkommandos 4b, der von 1970 bis 1973 in Düsseldorf stattfand, wandte sich das Landgericht Düsseldorf an die sowjetische Staatsanwaltschaft mit einem Rechts-hilfeersuchen. Die Untersuchungsbehörden in Moskau forderten die Gebietsverwaltung des KGB in Poltawa daraufhin auf, alle notwendigen Maßnahmen zu treffen, um weitere Beweise zu sammeln und danach an die Bundesrepublik zu übergeben. Im Rahmen der Ausführung dieses Ersuchens besuchten die KGB-Mitarbeiter in Poltawa auch die Orte der Erschießungen der Patientinnen und Patienten des psychiatrischen Krankenhauses. Es wurde festgestellt, dass »die Orte, an denen die Nazis die Geistes-kranken einst hingerichtet hatten, nicht gekennzeichnet waren, und dass es aufgrund der langen Zeit und der veränderten Situation vor Ort derzeit nicht möglich ist, den Ort der Bestattung der Leichen zu bestimmen [...]«. ¹⁶ Angesichts dieser Umstände hielt die Leitung der regionalen KGB-Verwaltung die persönliche Besichtigung des Tatorts in Poltawa durch Vertreter der deutschen Justiz für unerwünscht. Diese Stellungnahme wurde auch vom *Parteikomitee des Gebiets Poltawa* und vom *Exekutivkomitee des Gebiets Poltawa* unterstützt. ¹⁷

Warum war an den Erschießungsorten keine dauerhafte Gedenkstätte eingerichtet worden? Mögliche Erklärungen, warum die Hinrichtungsstätte nicht verewigt wurden, könnten sein: 1) die Randständigkeit des Themas der Ermordung von psychisch Kranken und geistig Behinderten im sowjetischen Erinnerungsdiskurs; mangelnder Wille, Energie und Geld in die Investition eines Denkmals – zumal Hunderttausende gefallener Rotarmisten unbestattet blieben (kanonische Kriegesopfer); 2) der Mangel an öffentlicher Initiative sowohl von unten als auch von oben; 3) der eingeschränkte und oft völlig fehlende Zugang zu Archivdokumenten, die die notwendigen Informationen enthalten (vor allem die Materialien des sowjetischen sowie die Gerichts- und Ermittlungsakten der deutschen und sowjetischen Justiz).

Einer der ersten Versuche, die Erinnerung an die sowjetischen Psychiatriepatientinnen und -patienten, die während der nationalsozialistischen Besatzung ermordet wurden (einschließlich derjenigen in Poltawa), in den öffentlichen Gedenkdiskurs einzubeziehen, wurden in Deutschland in den 1980er Jahren unternommen. Dies ist vor allem auf die Informationen zurückzuführen, die in der Pionierarbeit des deutschen Historikers Ernst Klee ¹⁸ sowie einer Materialsammlung über das Schicksal der psychisch Kranken in den besetzten Gebieten der UdSSR veröffentlicht wurden. ¹⁹ So

15 Kot 1987, S. 58.

16 GDA SBU: F.11, Spr. 1412, T. 2., Ark. 35.

17 Vgl. Ebda.

18 Vgl. Klee 1983.

19 Vgl. Aly et al. 1985.

schilderten der Arzt Dr. Martin Eisele und seine Frau Ursula Klassen, beide aus Forst (Baden-Württemberg), in persönlichen Gesprächen und in einem Brief an den Autor vom 14. November 2021, wie sie versuchten, das Thema vor Ort bekannt zu machen: »Jedes Jahr wird in der BRD zwei Wochen vor dem 1. Advent der Volkstrauertag begangen. Dabei wird der Opfer von Kriegen und Gewaltherrschaft gedacht. [...] Auch in Heidelberg, wo wir – meine Frau und ich – damals wohnten, gab es die Tradition, am Volkstrauertag eine Gedenkveranstaltung mit Ansprachen zum Anlass abzuhalten. Damals und bis vor wenigen Jahren fand dieses Zeremoniell am Ehrenfriedhof auf dem südlich der Stadt gelegenen Ameisenbuckel statt. Der Friedhof wurde in den 30er Jahren im Sinne der NS-Ideologie geplant und angelegt, in dem der Begräbnisort für Opfer des ersten Weltkriegs mit den Elementen eines Aufmarschplatzes verbunden wurde. In den 50er Jahren erfolgte für Tote des zweiten Weltkriegs nochmals eine Erweiterung und er wurde mit christlicher Symbolik versehen. Das ursprüngliche Hakenkreuz auf dem Steinblock wurde durch einen Schriftzug ersetzt: ›Zum Gedenken an die Opfer von Kriegen, Gewalt und Unrecht in aller Welt.‹ Diese Formulierung war uns und manchen anderen Mitbürgern Heidelbergs zu wenig konkret, zumal wir inzwischen zunehmend detailliertere Kenntnisse hatten über die während der Kriegsjahre begangenen Massenmorde in den heutzutage als ›Bloodlands‹ bezeichneten Gebieten Osteuropas. Deshalb fertigten wir ein Plakat in etwa DIN A2-Format an und schrieben darauf: Wir gedenken der ermordeten Patienten in Psychiatrien – gefolgt von den Ortsnamen: Przemysl, Shitomir, Kiew, Winniza, Poltawa. Damit stellten wir uns – meine Frau und ich – am Eingang des Ehrenfriedhofs an den breiten Zugangsweg, den die Teilnehmer der Gedenkveranstaltung passierten. [...] Manche Passanten signalisierten Sympathie für unser Anliegen, Opfer konkret zu benennen.«²⁰

Ein weiterer Aktivist, der zur Aufnahme in den Gedenkdiskurs der erschossenen Patientinnen und Patienten beigetragen hat, war ein ehemaliger Militär, Leiter der Vorbereitungsausbildung an der Poltawa-Mittelschule Nr. 32, Wladimir Judin, der Gründer des Schulmuseums. Dank seiner Bemühungen wurde im Jahr 1988 am Ort der Massenerschießung von Patienten und Patientinnen der psychiatrischen Klinik im Herbst 1941 sowie anderer Opfer des Nationalsozialismus (›Gryschkyn Wald‹), die in Poltawa getötet wurden, als Gedenkzeichen der Satz »Für die Opfer des Faschismus« mit der Angabe von mehr als 2.000 an diesem Ort begrabenen Opfern von Nazi-Verbrechen enthüllt.²¹ Die ermordeten Patienten und Patientinnen wurden jedoch nicht als eigene Kategorie unter den Opfern – »Sowjetbürger« – verzeichnet. Diese Grabstätte, die sich in einer ziemlich abgelegenen Gegend von Poltawa im Wald befindet, wurde trotz der erheblichen Anzahl von Opfern nicht auf gesamtstädtischer Ebene zu einem Ort der

20 Auszug aus dem Brief vom Dr. Martin Eisele und Ursula Klassen, »...Es war in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts im November...« (14.11.2021, Forst, Baden-Württemberg); Interview mit Dr. Martin Eisele (Bruchsal, Deutschland), 30. Oktober 2021.

21 Museum für militärischen Ruhm in der Poltawaer Schule Nr. 32. Stand in der Museumsausstellung »Das Leben in ewiger Suche« [Zugriff: 27.09. 2019].

Erinnerung. Und dennoch finden hier in der Regel zweimal im Jahr Gedenkveranstaltungen statt: am 9. Mai, dem Tag des Sieges, sowie am 23. September, dem Jahrestag der Befreiung Poltawas von der NS-Besatzung.

Selbst in den neuesten ortsgeschichtlichen Büchern, die nach Angaben der Autoren »alle Denkmäler der Stadt, Gedenkzeichen und –tafeln«²² beschreiben, wird das Gedenkzeichen im Gryschkyn Wald nicht erwähnt. Dies kann zum Teil dadurch erklärt werden, dass dieses Gedenkzeichen nicht in das offizielle Register der Denkmäler des Gebiets Poltawa aufgenommen wurde; ebensowenig gab es einen historischen Überblick sowie eine Beschreibung des Geschehens.²³ Die Bewahrung der Stätte war im Wesentlichen das Ergebnis einer gesellschaftlichen Initiative. Erst im Jahr 2010 wurde das Gedenkzeichen auf Anordnung der Abteilung für Kultur der Regionalverwaltung Poltawa registriert. Im Oktober 2020 wurde das Gedenkzeichen in die Liste der Kulturerbestätten des Gebiets Poltawa aufgenommen.²⁴

Je mehr sich das Wissen über diese Tragödie der Vernichtung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen verbreitet und in den historischen Diskurs eingeht, desto breiter wird der Klang dieses Themas. Es ist insbesondere für die Regionalhistoriker nicht absolut neu, obwohl es bis heute in heimatkundlichen Werken gravierende Diskrepanzen und Ungenauigkeiten hinsichtlich der Chronologie und Dynamik der Vernichtung von Patienten und Patientinnen sowie der Zahl der Opfer gibt. So behauptet der ortsansässige Viktor Dmitrenko, dass sich nach dem Einmarsch der Deutschen etwa 600 Patienten und Patientinnen in der psychiatrischen Klinik befanden, von denen einige bereits im September 1941 auf dem Schießplatz hinter dem Stadtfriedhof und die übrigen im Gryschkyn Wald erschossen worden sein sollen.²⁵ Die Ermordung dieser Menschen wird auch in der Ausstellung des Heimatkundemuseums des Gebiets Poltawa erwähnt.

Ein in der Öffentlichkeit von Poltawa kaum bekanntes Ereignis ist die Ermordung eines Teils der »Geisteskranken« im August 1942, wahrscheinlich auf dem als Tribiy bekannten Gelände. Die Suche nach dem Ort, an dem die Nazis Zivilisten und Kriegsgefangene erschossen, stützte sich nach Angaben der Mitarbeiter der Abteilung für Denkmalschutz des Heimatkundemuseums des Gebiets Poltawa auf Archivdaten und Interviews mit Zeitzeugen. Die Museumsmitarbeiter hatten jedoch keine Informationen

22 Voloskov 2012, S. 13.

23 Telefoninterview mit der ehemaligen Mitarbeiterin des Heimatmuseums von Poltawa, Zhuravel Halyna (Kryvyi Rih-Poltawa, 23.12.2021).

24 Vgl. Potochnyi arkhiv viddilu okhorony pam'iatok Poltaws'kogo oblasnogo kraieznavchogo muzeiu: Dovidka viddilu okhorony pam'iatok Poltaws'kogo oblasnogo kraieznavchogo muzeiu »Mistse masovykh rozstriliv, brats'ka mogyla vijs'kovopolonenykh, partyzani, pidpil'nykiv, zhertv natsyzmu. Poltawa, Polowky, Gryschkyn lis« (ist.). Kopija [Die Bescheinigung der Abteilung für Denkmalschutz des Heimatkundemuseums des Gebiets Poltawa »Ort der Massenerschießungen, Massengrab von Kriegsgefangenen, Partisanen, Untergrundkämpfern, Opfern des Nationalsozialismus. Poltawa, Polowky, »Gryschkyn Wald« (hist.). Kopie].

25 Vgl. Dmytrenko 2017, S. 21.

über die Erschießung von Patienten und Patientinnen des psychiatrischen Krankenhauses von Poltawa im August 1942 an diesem Ort. Es war nicht einmal möglich, die Erschießungs- und Begräbnisorte der von den Nazis ermordeten Zivilisten zu lokalisieren.²⁶ Ein weiteres großes Problem war, dass der Ort vor dem Krieg eine Begräbnisstätte für die Opfer der stalinistischen Repressionen war.

Es gibt eine Reihe von Gründen, die es sehr schwierig machen, Begräbnisorte für die Opfer der Nazi-Besatzung heute noch zu finden und die Erinnerung an sie zu bewahren. In erster Linie ist es der gegenwärtige russisch-ukrainische Krieg, der es aus politischer und wirtschaftlicher Perspektive schwierig oder gar unmöglich macht, eine Politik des Gedenkens an die Opfer des Zweiten Weltkriegs zu betreiben. Die Verwendung von mündlich-historischen Materialien ist praktisch ausgeschlossen, da die überwiegende Mehrheit der Zeitzeugen der NS-Besatzung bereits gestorben ist. Gleichzeitig wird die Rekonstruktion des Schicksals von Krankenhauspatienten und -patientinnen oder auch nur eine Zusammenstellung ihrer Namen in einer Liste dadurch erschwert, dass das gesamte Archiv des Krankenhauses vernichtet wurde.²⁷ Die Ermittlung der Namen der Opfer wird nur in vereinzelt Ausnahmefällen möglich sein.

»Das Vergessen der Vernichtung ist selbst Teil der Vernichtung«,²⁸ – diese Äußerung des deutschen Soziologen und Sozialpsychologen Harald Welzer entspricht seit mehreren Jahrzehnten genau der Erinnerungspolitik an diese NS-Opfer. Die aktuelle Einbeziehung dieser Opfer des Zweiten Weltkriegs in den ukrainischen Erinnerungsdiskurs hängt nicht nur von der Tiefe der Erforschung dieses für die ukrainische Geschichtsschreibung recht neuen Problems ab, sondern auch vom Wunsch des Staates und der Gesellschaft insgesamt, die Lehren aus dem Zweiten Weltkrieg und der Nazi-Besatzung zu ziehen wie die Gefahren von Social Engineering und Intoleranz zu erkennen und Wissen darüber weiterzugeben.

Literatur

Aly, Götz; Ebbinghaus, Angelika; Hamann, Matthias; Pfäfflin, Friedemann; Preissler, Gerd (1985): *Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren*. Berlin: Rotbuch Verlag.

Berkhoff, Karel et al. (2018): *Basic Historical Narrative of the Babyn Yar Holocaust Memorial Center*. Kyiv: Charity organization »Charity Fund Babyn Yar Holocaust Memorial«. <https://babynyar.org/storage/main/e0/ce/e0ced2fd93bcb8a9abbdeb5df828416f12fdac9eaf096d2766b54c989e86e48b.pdf> [letzter Zugriff: 08.11.2023].

²⁶ Telefoninterview mit der Mitarbeiterin des Heimatkundemuseums des Gebiets Poltawa, Liudmyla Golovko (Kryvyi Rih-Poltawa, 23.12.2021).

²⁷ Vgl. Deneko et al. 1993, S.41.

²⁸ Zitiert nach: Fuchs et al. 2007, S. 12.

- Deneko, Aleksej; Miljavskij, Valentin; Nassonov, Sergej (1993): Ocherki istorii Poltawskoj oblasti psichiatricheskoj boľnizy (1803-1993 gg.). Poltawa.
- Dmytrenko, Viktor (2017): Poltawa v okupatsiinyi period (1941-1943): Spogady ta svidchenia ochevydtsiv. Poltawa: TOV »ASMI«.
- Fuchs, Petra; Rotzoll, Maïke; Müller, Ulrich; Richter, Paul; Hohendorf, Gerrit (Hg.) (2007): »Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst«. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen »Euthanasie«. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Grinchenko, Gelinada; Petrenkopetrenko, Olena (2020): Nepotribni liudy, zamovchanyj zlochyn: dzherela ta doslidzhennja pro masovi vbyvstva patsiientiv psykhijatrichnykh likaren, internativ dlia khvorykh ditej ta budynkiv invalidiv Ukrainy chasiv natsysts'koi okupatsii. In: Ukraina moderna, № 28, S. 17-19.
- Jemets', Pavlo; Samoilenko, Oleksandr (1965): Poltawshhyna v roky Velykoi Vitchyznianoï viiny. Charkiv: Prapor.
- Klee, Ernst (1983): »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«. Frankfurt/Main: S. Fischer.
- Kot, Sergej (1987): Ochrana pamjatnikov istorii i kul'tury v gody Sowetskoj vlasti, in: Istoriko-kul'turnoe nasledie Poltawschtschiny. Materialy k Svodu pamjatnikov istorii i kul'tury narodov SSSR po Ukrainskoj SSR/Pod. red. Tron'ko Petro. Kiew: Institut Istorii AN USSR, S. 43-62.
- Rede von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier bei der Gedenkveranstaltung zum 80. Jahrestag der Massenmorde von Babyn Jar am 6. Oktober 2021 in Kiew. In: Bulletin der Bundesregierung Nr. 125-3 vom 7. Oktober 2021. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975954/1966546/7b10afcd2d58ee5be19651e94fcb207a/125-3-bpr-babyn-jar-data.pdf?download=1> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Tytarenko, Dmytro (2022): »Euthanasie« in der Ukraine während der deutschen Okkupation. Opfergruppen, Akteure und Umstände der Vernichtung. In: Osterloh, Jörg; Schulte, Jan; Steinbacher, Sybille (Hg.): »Euthanasie«-Verbrechen im besetzten Europa. Zur Dimension des nationalsozialistischen Massenmords (Studien zur Geschichte und Wirkung des Holocaust). Göttingen: Wallstein Verlag, S. 245-266.
- Tytarenko, Dmytro; Penter, Tanja (2020): Die Ermordung von Psychatriepatienten in Poltawa. Einblicke aus deutschen und sowjetischen Ermittlungsakten und Justizkooperation im Kalten Krieg. In: Jahrbücher für Geschichte Osteuropas, Bd. 68, S. 455-481.
- Voloskov, Valerij (2012): 200 pamjatnych mest Poltawy. Poltawa: »Dyvosvit«.
- Zhuk, Vira; Kundirenko, Nina (1978): Pam'jatnyky i memorial'ni doshky Poltawy. Charkiv: Prapor.

Archivquellen

- Bundesarchiv Berlin (BAB): B 58/219, Ereignismeldung UdSSR № 135, 143.
- Bundesarchiv Außenstelle Ludwigsburg: B 162/4048, Bl. 9, 226.
- Galuzevyi Derzhavnyi arkhiv Sluzhby bezpeky Ukrainy (Hauptstaatsarchiv des Sicherheitsdienstes der Ukraine) (GDA SBU): F.11, Spr. 1412, T. 2., Ark. 35 und T. 5., Ark. 17.
- Archiv Upravlinnia Sluzhby bezpeky Ukrainy v Poltaw's'kii oblasti (Archiv des ukrainischen Sicherheitsdienstes im Gebiet Poltawa): D. 18168, Ark. 145.
- Potochnyi arkhiv viddilu okhorony pam'iatok Poltaw's'kogo oblasnogo kraieznavchogo muzeiu [Archiv der Abteilung für Denkmalschutz des Heimatmuseums des Gebiets Poltawa]:

Dovidka viddilu okhorony pam'iatok Poltaws'kogo oblasnogo kraieznavchogo muzeiu
»Mistse masovykh rozstriliv, brats'ka mogyla vijs'kovopolonenykh, partyzaniv, pidpil'nykiv,
zhertv natsyzmu. Poltava, Polowky, Grischkin lis« (ist.).

Derzhavnyi Archiv Poltaws'koi oblasti [Staatliches Gebietsarchiv Poltawa]: F. P-105, Op.1,
Spr. 28, Ark.8.

Museum für militärischen Ruhm in der Poltawaer Mittelschule Nr. 32. Stand in der Muse-
umsausstellung »Das Leben in ewiger Suche« [Besuchsdatum: 27.09. 2019].

III Gedenkpolitische Arbeit durch Angehörige

Trauma und transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen: der Fall Annemarie Siegfried und seine Folgen

Susanne Hartig

In den inzwischen vorliegenden Biografien von Nachgeborenen und Fallbeschreibungen von »Euthanasie«-Opfern gibt es häufig Hinweise auf eine transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen. Um solche unbewussten und dennoch belastenden Prozesse besser verständlich zu machen, möchte ich mich einfühend mit dem **Trauma** und seinen ggf. langanhaltenden Folgen beschäftigen.

Ein überwältigendes Ereignis führt bei betroffenen Menschen immer zur Entkopplung von neurologischen Verarbeitungsprozessen an bestimmten Schaltstellen im Gehirn. Dadurch wird auch verständlich, dass die Traumafolgen so vielfältig sein können. Man kann diese nun eher psychosomatisch oder psychologisch beschreiben. Auch dadurch scheint sich eine unfassliche Fülle aufzutun, die sich aber zu wenigen führenden Leitsymptomen zusammenfassen lässt: das unangenehme Gefühl der **Hilflosigkeit** und Lähmung ist dabei vorherrschend.

Um nach einem traumatischen Ereignis weiterleben zu können, braucht es eine **Distanzierung**, **Beruhigung** und **Verdrängung** bei den Betroffenen, was sich automatisch durch Aktivierung des Fluchtreflexes einstellt, meist jedoch erfolglos:

- Folgen: der innere **Stresslevel steigt an**: Angetrieben Sein, Herzklopfen, Ängste, Schlafstörungen durch innere Unruhe, **Alpträume**, aufsteigende Bilder und Erinnerungen; sog. **Flashbacks**, ausgelöst durch **Trigger**.
- psychisch sind **Dissoziationen** häufig: Der Mensch »taucht immer wieder ab«, »schläft mit offenen Augen«, wenn er an sein Trauma erinnert wird. Die Auslöser hierfür können auch vermeintliche Kleinigkeiten sein, wie etwa ein Geruch oder ein Geräusch. Dies passiert unbewusst, wird oft eher für das Umfeld wahrnehmbar.
- häufig sind **Suchtentwicklungen** (Alkohol oder Drogen), der Mensch **vermeidet** Orte, bestimmte Themen im Gespräch, sein Umfeld hat das Gefühl, ihn nicht ansprechen zu dürfen, da er sonst explodiert oder Symptome wie Herzklopfen, Angst oder z.B. einen belastenden Redeschwall bekommt.
- das **Selbstwertgefühl** ist nachhaltig gestört, sehr hohes **Scham- und Schuldempfinden** sogar für nicht selbst verursachte Taten.

Die meisten Traumata werden jedoch unter beruhigenden und haltgebenden Lebensumständen innerhalb von drei bis sechs Monaten verarbeitet, bei weiterbestehender Symptomatik spricht man von einer *posttraumatischen Belastungsstörung*¹.

Es ist von großer Bedeutung, wann ein Trauma erlitten wird. Denn wir alle können uns an unsere erste Lebenszeit nicht erinnern, wohl aber unser Körper. Daher können manche Menschen mit entsprechenden Erfahrungen vor dem 3. Lebensjahr, wie z.B. verschüttet werden bei einem Bombenangriff, lebenslang angetrieben sein und müssen ständig in Bewegung und Arbeit sein, wie unter einem inneren Zwang. Dadurch schädigen sie ihren Körper, weil sie seine Grenzen nie zu beachten gelernt haben, ebenso wie das früh erlittene Trauma in seiner grenzenlosen Wucht über sie hinweggefegt ist. Da war auch später kein Raum für Trost und Sicherheit im Leben. So haben sie oft ihre Gefühle verlernt zu fühlen: Trauer, Angst und Wut haben zu keiner nennenswerten Reaktion bei der Mutter geführt, da diese mit sich und der Sicherung der äußeren Situation beschäftigt war. So scheinen die körperlichen und seelischen Langzeitfolgen wie isoliert nebeneinander zu existieren: Panikattacken, heftige Bauchschmerzattacken, schwerste Migräneanfälle u.a. können die Betroffenen ein Leben lang plagen. Elterliche Aufgaben können dann nur unzureichend erfüllt werden. Es entwickeln sich angepasste leistungsorientierte Menschen mit einem hohen Anspruch an sich selbst.²

Parallel wirkte die autoritäre Erziehung in Deutschland traumatisierend, denn seit der Kaiserzeit bis in die 1980er Jahre hinein bestand eine stillschweigende gesellschaftliche Übereinkunft, bereits dem schreienden Säugling in seinen ersten Monaten »seinen Willen zu brechen«, um die »Tyrannei des Kindes« gar nicht erst aufkommen zu lassen.³ In Wahrheit ging es um die Schaffung von bedingungslos folgsamen, abhängigen Menschen, die bereitwillig die Hierarchie der militarisierten kaiserlichen Ständegesellschaft hinnahmen, später der NS-Zeit, und willfährig dem Befehl ihres »Führers« folgten. Die Auswirkungen dieser Erziehung schlugen sich auch in der Familienatmosphäre nieder.

Inzwischen wissen wir mehr über die Weitergabe dieser verheerenden Auswirkungen von Traumata an die kommenden Generationen: Wissenschaftlich nachgewiesen ist die **transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen** seit ca. fünf Jahren durch internationale Arbeitsgruppen, die über den Tierversuch nachgewiesen

1 Vgl. Dilling et al. 2013, ICD-10, Kapitel 4, S. 170-175: Reaktionen auf schwere Belastungen (F43), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).

2 Camilo et al. veröffentlichten 2016 ihre Forschungsergebnisse zu impliziten Untersuchungsverfahren von Misshandlungen und Vernachlässigungen im Kindesalter. So haben körperlich misshandelnde Eltern Schwierigkeiten, die Emotionen ihrer Kinder zu erkennen, zeigen häufig negativere Attributionen sowie eine Fehlwahrnehmung des kindlichen Verhaltens und reagieren häufiger aggressiv und weniger empathisch. Zit. nach Sierau 2019, S. 36.

3 Vgl. das weit verbreitete und von 1934 bis 1987 unter leicht verändertem Titel verlegte Buch von Johanna Haarer »Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind«, S. 159: »Das Kind wird gefüttert, gebadet und trockengelegt, im Übrigen aber vollkommen in Ruhe gelassen. Am besten ist das Kind in einem eigenen Zimmer untergebracht, in dem es dann auch allein bleibt.«

haben, dass Traumata in Mäusepopulationen bis in die 6.-7. Generation nachweisbar waren.

Epigenetisch sind heute bestimmte Phänomene erklärbar, wie die Wiederholung desselben Albtraumes eines durch Krieg traumatisierten Menschen bei Sohn und Enkel. Die Biografien von Nachkommen traumatisierter Menschen können bestimmte Ereignisse und Probleme in genau demselben Alter wiederholen, natürlich in verändertem Kontext. Schwere Kriegstraumata können noch in der zweiten und dritten Generation zu bestimmten Verhaltensauffälligkeiten oder scheinbaren Persönlichkeitsmerkmalen führen, die bei genauer Betrachtung aus einer ganz anderen Quelle stammen. Ich spreche hier beispielsweise von hoher Empfindlichkeit und Misstrauen sowie Abgrenzungsproblemen mit entsprechenden Auswirkungen in Beziehungen und im Beruf. Hierzu haben v.a. Untersuchungen von Holocaustopfern und ihren Nachkommen in den USA und in Israel beigetragen. In Deutschland wurde die Existenz gerade von Kriegstraumata bis in die 1990er Jahre offiziell weitgehend geleugnet.

Der Fall Annemarie Siegfried und seine Folgen

Hier nun ein typisches Beispiel für eine transgenerationale Übertragung traumatischer, unverarbeiteter und tabuisierter Erfahrungen:

Meine Tante Annemarie Siegfried wurde 1920 als Nachkriegskind des Ersten Weltkrieges in eine Medizinerfamilie hineingeboren. Die väterliche Seite gehörte dem liberalen Judentum an, die mütterliche Familie war protestantisch. Das aktive, sehr intelligente Kind stellte seine Eltern wohl von Anfang an vor ganz andere Herausforderungen als die fünf Jahre ältere, eher ängstlich-zurückhaltende, hochintelligente Schwester, die als Kriegskind lange vaterlos aufwuchs und schon früh eine tragende Rolle für die sehbehinderte Mutter übernahm. Gisela wurde um den Preis des partiellen Verlustes der eigenen Kindheit parentifiziert, blieb unsicher, was sie mit besten Schulnoten und sportlichen Leistungen kompensierte. Sie traf bereits in jungen Jahren wichtige Entscheidungen für sich und ihr Leben hinsichtlich Anpassung und Zielen: Der melancholische, intellektuelle und oft sarkastische Vater war für Gisela kein Vorbild, kam er doch geistig-seelisch irgendwie »beschädigt« aus dem Krieg, fand mühsam wieder eine berufliche Existenz im Versorgungs Krankenhaus. Im Gegensatz zu ihrer jüngeren Schwester schien sie ihn zu verachten. Sein plötzlicher Suizid im Sommer 1933, der als Herzinfarkt ausgegeben wurde, wohl im Zusammenhang mit dem Berufsverbot für den »Halbjuden«, zerbrach die Familie: Die 13-Jährige Annemarie erlitt ein Verlusttrauma: der geliebte Vater und ihr Vorbild waren fort, während die Ältere kaum mit dem Verlust des sozialen Status zurechtkam, da die Familie in eine kleine Wohnung in einem Arbeiterviertel umziehen musste. Scham und Schuldgefühle sowie ein Schweigegebot waren die Folgen.

Die schon ein Jahr später erfolgte Wiederverheiratung ihrer Mutter mit dem etwa zeitgleich verwitweten Ex-Politiker und Schriftsteller August Winnig wurde von beiden Töchtern abgelehnt: Gisela verachtete den Maurer aus kleinen Verhältnissen; Annemarie empörte sich über ihre Mutter und unterstellte ihr eine voreheliche Beziehung mit dem gemütvollen Mann. Unterstützung fand Annemarie in ihrem Paten, dem engsten Freund ihres Vaters in Ahrenshoop, in dessen Familie die beiden Schwestern Aufnahme und Geborgenheit nach dem Tod des Vaters fanden. Dennoch wurde das Haus des Dichters in der Potsdamer Villengegend langsam ein Zuhause – bis Annemarie an ihrem 18. Geburtstag die Wahrheit über den Tod ihres Vaters erfuhr. Damals muss eine Welt für sie zusammengebrochen sein, das Vertrauen in ihre Mutter war zerstört. Sie scheint zunehmend in eine Krise geraten zu sein, die Stimmung zwischen Mutter und Annemarie blieb angespannt.

Vom Typ her war Annemarie kämpferisch und freiheitsliebend, musisch und sozial, den protestantischen Werten treu. Das Medizinstudium in Berlin scheint sie zusätzlich ernüchert zu haben: War das Familienideal gar nicht ihres? Sie versuchte es mit dem Landfrauenjahr: Drill und absoluter Gehorsam könnten neben ihrer Unsicherheit im Studium eine zweite ernsthafte Krise ausgelöst haben: Sie neigte zu lauten Wutausbrüchen, die sie hinterher bitter bereute, war dünnhäutig, orientierungslos. Sie suchte selbst »eine Koryphäe« auf psychiatrischem Gebiet auf und machte eine beruhigende Medikamentenbehandlung. Anschließend wechselte sie nach Göttingen, wo sie bei der entfernten Verwandtschaft wohnen konnte.

Gisela war nach ihrem Schulabschluss und einer Ausbildung in Süddeutschland über eine Anstellung in Ostpreußen mit einem Offiziersehemann wieder nach Berlin zurückgekehrt, wo auch sie endlich ein Medizinstudium begonnen hatte. Als Offiziersgattin gehörte sie nun zu den Privilegierten, hatte Zugang zu dem Lebensstil, den sie immer bewundert hatte. Dafür war sie bereit, ihren Tribut zu zahlen: zu schweigen über die Vergangenheit und über das, was sie von der Gegenwart mitbekam: bei August Winnig gingen inzwischen Angehörige des Widerstandes gegen Hitler ein und aus. Das passte ihr nicht und machte ihr Angst. Trotzdem genoss sie das Studium an der Charité und das Leben in Berlin, wenn nur die Bomben nicht gewesen wären. Diese zwangen sie schließlich wieder zurück nach Potsdam.

Annemarie suchte inzwischen ihr Glück in einer Art dualem Studium: Sie arbeitete mit einer kurzen Ausbildung beim Roten Kreuz als »Krankenschwester« und versuchte parallel das Medizinstudium fortzusetzen. Das überforderte sie kräftemäßig, weswegen sie schließlich auf die praktische Arbeit verzichtete. Ihr Physikum bestand sie im Sommer 1942; auf einem ihrer letzten Fotos sieht man sie entspannt lächeln, erstmals mit abgeschnittenen Zöpfen. Nur wenige Wochen später wurde sie an ihrem neuen Studienort Tübingen nachts von der Polizei betend und »randalierend« vor der Tür eines Kommilitonen aufgegriffen und in die Psychiatrie gebracht. Anfangs wurde eine Psychose diagnostiziert, später zurückgenommen und in einen »hochgradigen Erregungszustand« umgewandelt: Was war geschehen?

Sie war wohl mit dem jungen Mann befreundet, was dieser später bei seinem Verhör relativierte. Er berichtete, dass er nach Erhalt der plötzlichen Todesnachricht seines Vaters sofort in seine Heimatstadt aufgebrochen sei, ohne Annemarie zu verständigen. Die reiste ihm daraufhin nach, klingelte an seinem Elternhaus, wo sie nicht willkommen war und gebeten wurde, nach Tübingen zurückzukehren. Dieses Ereignis muss sie an den traumatischen Verlust ihres eigenen Vaters erinnert haben, retraumatisierte sie vermutlich, erhöhte ihre Anspannung. In diesem Zustand kam sie auf der Rückfahrt einem Soldaten, der auf dem Weg zur Front war, näher, was sie zusätzlich in schwere Schuldgefühle stürzte.

In der psychiatrischen Einrichtung kam Annemarie in die erste Klasse, erhielt Chefarztbehandlung. Dieser scheint eine Art väterliche Hand über sie gehalten zu haben, wie aus dem Briefwechsel zwischen ihm und meiner Großmutter hervorgeht, zumal sie in ihrem aufgelösten Zustand bereit war, alle Behandlungen mitzumachen, die man ihr vorschlug: Sedierungsmedikation, eine »Insulinkur« und mehrere Serien von Elektroschocks. Obgleich sie zum Weihnachtsfest wieder soweit hergestellt war und ein Besuch nach Hause befürwortet wurde, war sie dort unerwünscht. Als Grund wurde ihr gesagt, dass sie ihrem Schwager, dem tapferen und erholungsbedürftigen Frontoffizier, nicht zugemutet werden könne.

Hierin erkenne ich meine Mutter wieder: Die große Schwester Gisela fürchtete die unberechenbaren Ausbrüche ihrer Schwester, sie galt als die medizinische Sachverständige in der Rumpffamilie und hatte daher sicher eine gewichtige Stimme bei der Entscheidung. Annemarie blieb über die Feiertage in der Klinik. Ende Januar 1943, kurz vor ihrem 23. Geburtstag, wurde sie nach Blankenburg gebracht, wo Mutter und Tochter – wohl um erneute Konfrontationen zwischen den Schwestern in Berlin zu vermeiden – im Haus von A.W. wohnten. Dieses ging aber nur für eine kurze Zeit gut: einen Tag vor ihrem Geburtstag kam es in einer Auseinandersetzung zwischen Mutter und Tochter zu einem aggressiven Ausbruch von Annemarie mit Sachbeschädigungen. Noch am selben Tag wurde sie nach Haldensleben in die geschlossene Akutstation eingeliefert, von wo sie kurz darauf in die Abteilung für chronisch psychisch Kranke in Neu-Haldensleben verlegt wurde. Auch hier galt sie nicht als schizophran, sondern als unheilbar. Dieses Haus war schon damals bekannt für Krankenmorde, ein Aspekt, der nun in den Gedanken und Handlungen ihrer Mutter eine immer größere Rolle spielte. Als Vormund für ihre kranke Tochter bestimmte sie über die Halbwaisenrente. Daher bot sie größere Summen Geldes an (z.B. Transportkosten, zusätzliche Essensmarken), um eine Verlegung der Tochter zu erwirken. Dabei argumentierte sie mit Heilbehandlungen, die doch im jugendlichen Alter ihrer Tochter angebracht wären. Sie erwirkte in Rücksprache mit dem Tübinger Chefarzt eine Verlegung nach Jena, von wo Annemarie jedoch ohne Wissen ihrer Mutter weiterverlegt wurde. Anfang Juli 1943 wurde sie in der Klosteranstalt Neuss am Rhein als Zugang gemeldet, um den 20. Juli erhielt meine Großmutter die Urne mit der Asche ihrer Tochter zugesandt: Annemarie sei an einer Diphtherie verstorben. Die verstörte Mutter erfuhr vor Ort, dass sie von

der Anstaltsärztin eine Spritze erhalten habe: Sie solle doch froh sein, die Tochter wäre am folgenden Tag nach Hadamar verlegt worden ...

1953: Gisela ist nach der Flucht 1945, Scheidung und Abschluss ihres Studiums inzwischen mit einem Landarzt in Westensee bei Kiel verheiratet. Ich bin die dreijährige Tochter dieser Eltern. Meine Lebendigkeit, Aktivität und Neugierde erinnerte sie täglich an Annemarie, die für sie ohne jeden Zweifel »an einer Schizophrenie erkrankt« war. Mit Argusaugen überwachte sie mich: das Leben forderte sie jetzt neu als Mutter und Ärztin, doch sie blieb den Grundsätzen ihres Lebens treu: Schweigen über ihre Vergangenheit und Familie, selbst ihrem Mann gegenüber. Ihr Kind sieht Gisela »wie ein weißes Blatt, auf das die Mutter schreibt, was sie will«. So begann ein jahrelanger Machtkampf zwischen ihr und mir, auf Seiten meiner Mutter stand Dr. Johanna Haarer mit ihren Prinzipien der »Schwarzen Pädagogik«. Oft befragte Gisela im Zweifelsfall ihre medizinischen Lehrbücher und machte mich, ihre Tochter, dadurch zum »Fall«.

1963: Gisela schaffte es, die gesamte inzwischen gewachsene Familie in eine Kieler Neubauwohnung mit Praxis im Haus umzulenken: das Leberleiden meines Vaters aus Krieg und Gefangenschaft und ihre tiefe Abneigung gegen das Dorf und seine »primitiven« Bewohner haben sie dabei unterstützt. Ich ging auf das humanistische Gymnasium, wurde systematisch auf mein Leben als Ärztin vorbereitet. Täglich hörte mich meine Mutter die lateinischen Vokabeln ab, es endete meist mit Tränen. Sie selbst arbeitete nicht mehr in der Praxis, wusste aber immer, was mein Vater bei seinen Patienten falsch gemacht hatte, es wurde viel gestritten bei Tisch und in der Familie, es galt weiter: Kinder haben nur zu sprechen, wenn sie gefragt werden, manchmal hieß es auch: »so, nun sind wir alle mal gemütlich«. In Frankfurt fanden die Auschwitz-Prozesse statt, unser Deutschlehrer zeigte uns im Unterricht den Film über die Befreiung des Lagers, in Kiel und Schleswig-Holstein wurde wegen Heyde/Sawade vor allem in der Ärzteschaft ermittelt. Meine Mutter lag mit einer schweren Pankreatitis im Krankenhaus. Fragen nach der NS-Zeit wurden in der Familie nicht oder nur ausweichend beantwortet. Meine Ahnung seit Kindertagen, dass meine Mutter log bezüglich der Angaben über ihre jüngere Schwester, blieb bestehen. Ich lebte in dem Gefühl einer Gefangenschaft, in Überwachung und Überängstlichkeit vor Krankheiten seitens meiner Mutter, war oft traurig, hatte Sehnsucht nach einem aufregenden, selbstbestimmten Leben.

1973: Gisela hat erneut das Familienschiff nochmals umgelenkt: 1968 sind wir nach Lörrach gezogen, sie suchte einen »Neuanfang«: Wollte sie das gute Lebensgefühl ihrer Zeit in Freiburg nach all den Verlusten wiederfinden? Es scheint sich etwas zu wiederholen in ihrem Leben: Hatte sie durch die Frankfurter Auschwitz-Prozesse und ihre Folgen in ihrem Kieler Umfeld wieder ihr Leben verloren, ihre Illusionen? Ich habe mühsam mein Abitur mit einem schlechten Durchschnitt bestanden, ein Medizinstudium kam nicht in Frage, auch die von mir inzwischen favorisierte Psychologie rückte in weite Ferne. Als ich mich aus Ratlosigkeit in Tübingen für die Sozialpädagogik einschreiben wollte, wo mein erster Freund studierte, entließ sie mich mit den Worten aus meinem Elternhaus: »Du bist ja nicht besser als jede blöde Sekretärin, du hast ja nichts anderes

im Kopf als Sex«. Hat sie dabei vielleicht an eine andere Situation vor 30 Jahren gedacht? Ich hatte ja keine Ahnung, was Tübingen für sie bedeutete. Kein Wunder, dass ich mich dort zunehmend schlechter fühlte, in der damaligen kämpferischen linken Kleinstadt der Studentenbewegung. In meiner Not und Verlassenheit kam mir der Zufall zu Hilfe: Da ich immer Psychotherapeutin werden wollte und von der Möglichkeit hörte, in Wien ohne Numerus Clausus Psychologie studieren zu können, setzte ich das sofort um – ohne es zu beenden, ich sollte später doch noch Medizin studieren. Die Trennung von meinem Freund fiel mir nicht schwer, da er mittlerweile näher an extremere linke Kreise gerückt war, was mir Angst machte. War es mein schlechtes Selbstbewusstsein oder eine transgenerationale Wiederholung?

Als ich mich endlich nach mehreren Semestern in Wien etabliert hatte, holten mich meine Probleme nach einem Versagen in einer entscheidenden Klausur wieder ein: Einsamkeit und eine bodenlose Verlassenheit waren durch alle intellektuellen Tricks nicht aufzufangen. Ich geriet in psychische Not und musste mir helfen lassen. Als meine Mutter nach meiner Besserung hinzugerufen wurde, sagte sie ohne mich gesehen zu haben in meiner Abwesenheit völlig überzeugt zu meinem Arzt, dass ich nun schizophren geworden sei, was sie immer befürchtet habe: wie ihre Schwester.

Als mir mein Arzt nach ihrer Abfahrt davon berichtete, brach für mich eine Welt zusammen: ich war schockiert durch diese Eröffnung, fühlte mich verstoßen und »entsorgt« von meiner eigenen Mutter, was ich nicht verstand, war ich doch keineswegs schizophren, sondern »depressiv in einer Reifungskrise« nach Aussagen meines Arztes. Erst viele Jahre später begann ich zu verstehen, dass meine Mutter wahrscheinlich meinen hilflosen Zustand nicht aushalten konnte, sie erlebte offenbar eine eigene Bedrohung durch meinen für sie unverständlichen und unkontrollierbaren Zustand, der mit einer Wiederholung der Erlebnisse mit ihrer Schwester zu tun hatte und der nur mit völliger Distanzierung ihrerseits beantwortet und ausgehalten werden konnte. Durch ihre eigenen verdrängten und verschwiegenen Traumata war sie unempathisch geworden und projizierte eigene unangenehme Gefühle auf andere Menschen, sah sie als verachtenswert und minderwertig. Genau wie die Mitscherlichs in »Die Unfähigkeit zu trauern« schrieben, schützte sie dieser innere unbewusste Prozess vor dem Verlust ihres »Selbstideals als Herrenwesen«. ⁴ Nur manchmal brach es in »traumatischer Selbstentwertung« aus ihr hervor, wenn sie melodramatisch jammerte: »Ich habe in meinem Leben alles falsch gemacht!«

4 »Wenn auch die Funktion des Führers Adolf Hitler durchaus individuell fassbar ist, so verlangt er doch nichts, worin nicht Millionen ihm zu folgen bereit sind; er führt, nicht unfaustisch, Sadismus und Sentimentalität, Fremdenhass und Vergottung des Selbstideals als Herrenwesen in barbarische Maßlosigkeit hinein [...] in zahllosen Schattierungen ein aggressiver Triebdurchbruch gegen freigegebene Objekte. Dies ist der Erfolg der Umdrehung des Gewissens. Der Führer personifiziert ein neues. Erst sein Scheitern, nicht das alte Gewissen, verhilft Schuldgefühlen zum Durchbruch. [...] Bis zum Ende des Krieges bestanden Gewissenspflichten nur gegenüber dem Führer. Sein Sturz bedeutete darüber hinaus eine traumatische Entwertung des eigenen Ich-Ideals, mit dem man so weitgehend identisch geworden war.« Mitscherlich 1967, S. 29 f.

Ich erkrankte damals in demselben Alter wie Annemarie, als sie ermordet wurde, es war genau 30 Jahre später. Doch das kann ich so genau erst heute sagen, nachdem ich in den vergangenen 10 Jahren intensiv alle Spuren ihres Lebens gesucht und vieles gefunden und gelesen habe. Darum gibt es heute einen Stolperstein für sie. Ich bin nur ihre Nichte, die transgenerational die unverarbeiteten und tabuisierten Traumata der beiden Schwestern übertragen bekommen hat, weil ich mich in der Familie dafür wohl am besten eignete, und habe die Aufgabe vom Schicksal erhalten, das Verschwiegene zu erlösen und die Toten zu ehren. In diesem Prozess bin ich frei geworden von vielen Familienbürden und bin mir der Verschiedenheit der drei Frauen, um die es geht, bewusst geworden: heute stehen sie nebeneinander, auch wenn sie aus demselben Stamm erwachsen.

Nach reiflicher Überlegung habe ich mich entschieden, dem Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation diese sehr persönliche Geschichte zur Verfügung zu stellen, da sie beispielhaft ist für die grenzenlose Machtausübung in der NS-Zeit und darüber hinaus, die jedoch bereits in den Familien durch die autoritäre Erziehung der Kaiserzeit begann. Diese und die **transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen** zu berücksichtigen, könnte aus meiner Sicht auch bei der Beratung und Zusammenarbeit mit Familienangehörigen von »Euthanasie«- und Zwangssterilisations-Opfern hilfreich sein, da sie sich auf das **Kontaktverhalten des Familienangehörigen** auswirken können. Voraussetzung wäre aber, dass diese Zusammenhänge in der Öffentlichkeit noch viel bekannter werden müssten, und zwar nicht nur die Phänomene an sich, sondern auch ihre direkten Auswirkungen auf die Nachgeborenen.

Literatur

- Dilling, Horst; Freyberger, Harald (Hg.) (2013): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.
- Sierau, Susan (2019): Klassifikation und Diagnose von Misshandlungen und Vernachlässigungen im Kindes- und Jugendalter. In: Trauma & Gewalt, 13. Jg, Heft 1, S. 28-38.
- Haarer, Johanna (1938): Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. München et al.: Lehmann.
- Mitscherlich, Alexander; Mitscherlich, Margarete (1967): Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens. Berlin: Piper.

Tradierung im Feld der NS-»Euthanasie« Probleme der gedenkpolitischen Arbeit durch Angehörige

Andreas Hechler

Im Oktober 2018 war ich auf Einladung des Bundesverbands Information und Beratung für NS-Verfolgte in Köln auf einer Konferenz mit Nachkommen von Verfolgten des Nationalsozialismus, der die Anerkennung der erinnerungs- und gedenkpolitischen Arbeit eben dieser Gruppe zum Thema hatte. Ich hatte den Eindruck, nicht viel sagen zu können und war deswegen etwas widerwillig. Meine Antwort erschöpft sich im Kern in einem Satz, nämlich: »Es gibt kaum Nachkommen von NS-»Euthanasie«-Verfolgten, die gedenkpolitische Arbeit machen, die anerkannt werden könnte und müsste«.

Dass es diesen desolaten Zustand gibt, hat jedoch Gründe, die mich seitdem viel beschäftigt haben. Die Ergebnisse dieses Reflexionsprozesses möchte ich im Folgenden ausführen. Alle Gründe haben zentral mit Ableismus (englisch: ableism) zu tun, also der Einteilung von Menschen in »behindert« und »krank« auf der einen Seite oder »normal« und »gesund« auf der anderen Seite anhand ihrer Fähigkeiten.¹

Ich frage im Folgenden, warum es 1) so wenige Nachkommen gibt, 2) warum sich von diesen nur wenige engagieren, 3) warum diese wiederum so wenig Aufmerksamkeit erhalten, gehe 4) auf Problemlagen ein, die mit Ableismus zu tun haben und skizziere 5) einige Aspekte, die es für eine gedenkpolitische Arbeit von Angehörigen bräuchte.

1) Warum gibt es so wenige Nachkommen?

Viele NS-»Euthanasie«-Opfer wurden von den Nazis ermordet, bevor sie Kinder hatten. Dementsprechend gibt es von ihnen keine Nachkommen, die tradieren könnten. Das

1 Ableismus ist der »Begriff für die Reduzierung von Menschen auf ihren – nicht/behinderten – Körper. Ability bedeutet Fähigkeit und Ableism die einseitige Fokussierung auf körperliche und geistige Fähigkeiten einer Person und ihre essentialisierende Be- und Verurteilung, je nach Ausprägung ihrer Fähigkeiten« (vgl. Maskos 2010, S. 31). Dabei bezeichnet »»Behindertenfeindlichkeit« [...] bloß eine Facette dieses Denkens, das keineswegs immer als »Feindlichkeit« daherkommt« (ebd., S. 30). Mit dem Fokus auf Fähigkeiten wird der Blick weg von »den Behinderten« auf Nicht-Behinderung einerseits und Kategorisierungsprozesse andererseits gelegt.

gleiche gilt für die Zwangssterilisierten, die aufgrund ihrer spezifischen Verfolgung und der an ihnen durchgeführten Maßnahmen, die die Nicht-Reproduktion als Zielsetzung hatte, keine Kinder haben, die das Leben ihrer Eltern oder Großeltern bezeugen könnten.

Die Kinder, Enkel*innen² und Urenkel*innen, die es gibt, verstehen sich hingegen in den seltensten Fällen als »Nachkommen« oder »Angehörige« eines NS-»Euthanasie«-Opfers. Die Nazis haben einen großen Apparat zur Verschleierung der Mordaktionen errichtet, also Sonderstandesämter, gefälschte Todesursachen und Sterbedaten, häufige Verlegungen, weit weg von der Familie, Tarnnamen der Ärzte etc. und haben die Familien umfassend angelogen.³

Auch nach dem Ende des Nationalsozialismus wurde es Angehörigen schwer gemacht, sich als solche zu begreifen. Die Umstände des Sterbens in den Anstalten verschwammen: Nicht nur wurde Schuld geleugnet und Verantwortung zurückgewiesen, auch der Tatbestand als solcher verlor sich im Ungefähren und wurde aktiv vergessen. Somit fehlte es an der Voraussetzung, nach dem weiteren Schicksal der Ermordeten, der Überlebenden und der Angehörigen der Opfer zu fragen.⁴ Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass viele Familienangehörige tatsächlich nicht wissen, dass ihre Angehörigen ermordet wurden. Bei anderen muss man davon ausgehen, dass sie es nicht wissen wollen.⁵ Die Verdrängung aus den eigenen Familienerinnerungen ist ein häufiges Spezifikum für die Opfer der NS-»Euthanasie«.⁶ Mischformen sind denkbar, also es nicht so genau wissen wollen, und es dann tatsächlich nicht so genau wissen.

Der zentrale Grund für die innerfamiliären Schweigegebote und die Verleugnung der ermordeten Familienangehörigen sind die Kontinuitäten des Ableismus. Zum einen lebt die gesellschaftliche Stigmatisierung behinderter und psychiatrisierter Menschen fort, zum anderen kann es auch in Familienzusammenhängen überaus komplizierte psychische Konstellationen mit Schuld- und Schamdynamiken geben, wenn beispielsweise die ermordete Tante »weggegeben« wurde oder der »anstrengende« Großvater irgendwann nicht mehr besucht wurde. Diese Gefühle dürften noch gesteigert auftreten, wenn die*der ermordete Familienangehörige Diagnosen hatte, die auch heutzutage anrühlich klingen – »gemeingefährliche Irre«, »krimineller Geisteskranker« – oder die Zwangssterilisation aufgrund von Anklagen wie »Vergewaltigung«, »Diebstahl«, »Betrug« u.ä. durchgeführt wurde. Wer dies nach außen kommuniziert, muss damit rechnen, von seinem Gegenüber skeptisch(er) angesehen zu werden.

2 In diesem Beitrag wird zur Sichtbarmachung von Körpern, Identitäten und Ausdrucksweisen, die in der zweigeschlechtlichen Ordnung nicht aufgehen und/oder diese ablehnen, das Sternchen verwendet. Bei (neo)nazistischen Personenkreisen wird hingegen ein großes »I« verwendet, zeichnen sich diese doch durch eine extrem gewalttätige Ausprägung hierarchisierter Zweigeschlechtlichkeit aus. Wenn es sich nur um Männer handelt, schreibe ich in der männlichen Form.

3 Vgl. Lilienthal 2008.

4 Vgl. Hechler/Schneider 2023.

5 Vgl. Aly 2013, S. 33.

6 Vgl. Westermann 2011, S. 231f.

Die beschriebene Gemengelage aus Ableismus, Stigmatisierung, Schuld und Scham kann zu einer innerfamiliären Tabuisierung führen, und tut es häufig auch. Im Ergebnis geht ganz real Wissen von Generation zu Generation verloren und ein Selbstverständnis als »angehörig« oder »Nachkomme« unterbleibt. Dazu kommt, dass es im gesamten deutschen Bildungssystem keinerlei Angebote für Nachfahr*innen von NS-Opfern oder auch nur einen Hinweis darauf gibt. Ich habe beispielsweise in meiner gesamten Bildungsbiografie nicht einmal auch nur eine Anregung dafür erhalten, darüber nachzudenken, ob es in meiner Familie NS-Opfer gibt. Und selbst wenn jemand einen Anfangsverdacht hat und recherchieren möchte – es gibt bis heute kein Register der NS-«Euthanasie»-Opfer und es ist aufwändig bis unmöglich, belastbare Informationen zu erhalten.

2) Warum engagieren sich so wenige Nachkommen?

Wer sich als Nachkomme engagiert, muss damit rechnen, Gegenwind zu bekommen. Meine Großmutter beispielsweise wurde aufgrund ihres Engagements auf verschiedenen Ebenen angegriffen. Die Folgen waren Erschöpfung, Entmutigung, Rückzug und zeitweise Flucht aus ihrer Heimatregion, weil sie es dort nicht mehr aushielt.⁷

Niemand hat Lust auf Stigmatisierung und Angriffe. Und man hat es mit einer gesellschaftlich hoch anerkannten und mächtigen Gegnerin zu tun – sich mit der Medizin anzulegen, geht selten gut für eine*n aus, und Neonazis zu bekämpfen ist auch eher unerquicklich.

Es ist zudem schwer, sich zu engagieren, wenn es wenig gesellschaftliches Interesse gibt. Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Interesse und der Möglichkeit, historische und familiäre Zusammenhänge erarbeiten zu können. Ist die gesellschaftliche Dethematisierung groß und fehlt es an (Wissens-)Ressourcen, ist es äußerst anstrengend, den Implikationen der eigenen Familiengeschichte auf den Grund zu gehen. In »zahllosen medizinischen Institutionen [wurde] die Erinnerung an die NS-Taten abgewehrt, Rolle und Funktion der Einrichtung beschönigt, das Tat-handeln klein geredet.«⁸ In Gerichtsprozessen der 1950er und 60er Jahre wurden die Perspektiven der Ermordeten und ihrer Angehörigen zumeist ignoriert, stattdessen gab es Solidaritätsbekundungen für die TäterInnen. Das ableistische Ideologem eines »lebensunwerten Lebens« behinderter und psychiatrisierter Menschen prägte noch über Jahrzehnte hinweg gesellschaftliche Diskurse.⁹ Erst, als die Krüppel*innenbewegung in

7 Vgl. Hechler 2015, S. 182.

8 Schneider 2021a, S. 8.

9 Vgl. Schneider 2021a, S. 7f.

den 1980er Jahren auf den Plan trat und sich die gesellschaftliche Stimmung merklich verschob, traten in den Verfahren Familienangehörige als Nebenkläger*innen auf.

Die Jahrzehnte währende allenfalls marginale Thematisierung hat auch zur Folge, dass es den NS-«Euthanasie«-Opfern und Zwangssterilisierten wie auch Folgegenerationen an einer Sprache mangelt. Communities und Bewegungen bilden sich nicht zuletzt anhand bestimmter Begrifflichkeiten heraus oder sie erschaffen sich eine Sprache, die ihre Wirklichkeit besser abbildet als die vorherrschende. Es gibt keinen Begriff wie »Shoah«, »Holocaust«, »Dschelto Ziro«, »Samuradipen« oder »Porajmos«, der die medizinischen Verbrechen und ihre Opfer auf einen Begriff bringt, der nicht der TäterInnensprache entspringt.¹⁰ Ich habe kein Wort hierfür.

Ich habe auch schon Angehörige getroffen, die sich selbst als stark traumatisiert beschrieben haben und die nicht die Energie aufbringen können, Formen des Engagements in diesem Themenfeld zu entfalten. Die Weitergabe transgenerationaler Traumata ist mittlerweile bekannter, auch wenn es für das Themenfeld NS-«Euthanasie« kaum Forschung dazu gibt.

Gegen die bisher angeführten Punkte könnte man sich organisieren, gegenseitig empowern und kämpfen. Es hat in der Vergangenheit auch Organisationen gegeben, die genau das getan haben, aber diese gibt es nicht mehr, da sie entweder aktiv bekämpft wurden oder aber ihre Notwendigkeit nicht gesehen wurde und wird. Nachkommen haben dementsprechend keine Anlaufstelle. Sie können auf nichts aufbauen, können sich nicht vernetzen, keine Beratung einholen oder irgendwie sinnvoll politisch agieren. Es gibt im Feld der NS-«Euthanasie« und Zwangssterilisation ein organisationales Loch, das man sich für andere NS-Opfergruppen nur schwer vorstellen kann.

Seit Ende der 1940er Jahre gab es Zusammenschlüsse von Opfern der Zwangssterilisationen, die allesamt nur wenige Jahre währten.¹¹ Diese ersten Versuche einer Organisation wurden meines Wissens nach erst wieder nach über 30 Jahren aufgegriffen. 1987 gründete sich der BEZ, der Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten, der zeitweise über 1.000 Mitglieder und mehrere Ortsgruppen hatte, politische Forderungen erhob und Peer Support anbot. Der Umgang der Behörden mit dem BEZ stand von Beginn an unter ableistischen Vorzeichen. Im Gegensatz zu allen anderen NS-Opfer-Organisationen wurde der BEZ nicht vom Bundesfinanzministerium gefördert, sondern in bescheidenem Umfang vom Bundesgesundheitsministerium. Auf der Grundlage von Gutachten ehemaliger NS-Ärzte, die von der Regierung als »Sachverständige« gefragt wurden, waren die Mitglieder des BEZ von den Leistungen des BEG, also des Bundesentschädigungsgesetzes für NS-Verfolgte, ausgeschlossen. Grundlage der Finanzierung war nicht die politische Selbstorganisation Betroffener

10 Auf Romanes, der Sprache der Rom*nja und Sinti*zze, meint Dschelto Ziro »die gelbe Zeit«, was auf die braunen Uniformen der Nazis einerseits, auf die gelben Sterne, die Juden_Jüdinnen tragen mussten, andererseits anspielt. Samuradipen meint »großes Sterben« und Porajmos bedeutet »das Verschlingen« (Gespräche am 28.11.2021 mit Amdrita Jakupi und Manja Schuecker-Weiss).

11 Vgl. ausführlicher hierzu: Hechler i. E.

und ihr Kampf um Anerkennung und Rechte, sondern der Nachweis gesundheitsfördernder Maßnahmen, um die Behinderungen und Folgeschäden der NS-Maßnahmen auszugleichen. Die Förderung war ein Mittel der Disziplinierung, da sie den BEZ zwang, »seine Aktivitäten als gesundheitliche Selbsthilfe und Prävention zu definieren statt als Kampf um die Anerkennung staatlichen Unrechts«. ¹² In dieser Hinsicht wurde »der Vereinszweck des BEZ [...] von außen medikalisiert, individualisiert und entpolitisiert«. ¹³ 2009 wurde seitens des Bundesgesundheitsministeriums eine Kaskade an Drohungen und exzessive Gängelung durch Bürokratisierung lanciert, die eine Auflösung des BEZ nötig machten. Heutzutage existiert nur noch die Arbeitsgemeinschaft BEZ ohne Finanzierung, die nicht die Kapazitäten besitzt, eine Anlaufstelle für Angehörige zu sein. Summa summarum gibt es keine Organisation oder Anlaufstelle für Nachkommen, zumindest keine, die mir bekannt ist.

Es gibt weitere Aspekte, die ein Engagement erschweren. Die Gruppe der Nachkommen ist heterogen, sie haben nicht unbedingt viele Gemeinsamkeiten bis auf die Tatsache, dass jemand aus ihrer Familie ermordet oder zwangssterilisiert wurde. Dabei sind die jeweiligen Vorfahr*innen, Familien, Fälle und politischen Interessen der Nachkommen recht unterschiedlich. Ich habe solche und solche bisher kennengelernt – manche toll, mit anderen hatte ich meine Schwierigkeiten und diese mit mir. All dies erschwert eine politische Organisation; selbst das Herausbilden einer Community scheint mir kompliziert zu sein.

Etwaige Community-Building-Prozesse werden auch dadurch erschwert, dass positive Identifizierungsprozesse kaum gelingen. Psychiatrieerfahrene sind weniger sichtbar als manch andere diskriminierte Gruppe, »mad pride« hat nie den Bekanntheitsgrad erreicht wie beispielsweise »gay pride«, »Black power« oder Feminismus. Dies hat auch damit zu tun, dass Menschen in Psychiatrien oder die behindert werden nicht als Gruppe jenseits ihrer Diskriminierungswiderfahrnisse existieren. Und es ist ein vergleichsweise großer Schritt, sich als (nichtbehinderter) Nachkomme dazu ins Verhältnis zu setzen. Folgerichtig finden Folgegenerationen aufgrund von mangelnder gesellschaftlicher Sichtbarkeit des Themas und fehlender verbindender Momente keinen Referenzrahmen, sofern sie sich überhaupt als »angehörig« verstehen.

Was ich derzeit von einigen Angehörigen mitbekomme, ist, dass diese mehr oder weniger auf eigene Faust zu ihrer Familiengeschichte recherchieren und sich diese erschließen. Zugleich gibt es einige wenige, die da recht weit sind und an Schulen gehen, Workshops durchführen oder Bücher schreiben, aber das ist sehr sporadisch und es sind individuelle Initiativen. Die meisten Nachkommen von NS-«Euthanasie«-Opfern engagieren sich nicht. Sie wissen nicht um ihre Familiengeschichte, fürchten das offensive Desinteresse, mangelnde Anerkennung, ableistische Aggressionen und Stigmatisierung, sehen keinen Sinn in einem solchen Engagement oder haben schlichtweg keine Zeit.

¹² Braun 2017, S. 221.

¹³ Ebda, S. 220.

3) Warum bekommen die, die sich engagieren, so wenig Aufmerksamkeit?

Jörg Waßmer, Angehöriger eines Opfers der NS-«Euthanasie«, schreibt auf Gedenkort T4: »Kürzlich schrieb ich für die Online-Enzyklopädie Wikipedia einen Artikel über Alois. Der kurze Text enthielt die wichtigsten Informationen zu seinem Leben und zum posthumen Gedenken. Meinen Beitrag verlinkte ich zu dem Artikel über seine Heimatstadt Herbolzheim-Bleichheim, sodass sein Name dort in der Rubrik ›Söhne und Töchter der Stadt‹ auftauchte. Dies zu sehen, rührte mich beinahe zu Tränen. Für mich symbolisierte es, dass sich die Stadt zu ihm bekennt, auch wenn er keine berühmte Persönlichkeit war. Nur Stunden später hatte jemand einen Löschantrag gestellt und es begann eine Diskussion um die Relevanz meines Artikels. Jemand schrieb: ›So tragisch seine Ermordung durch die Nationalsozialisten auch ist, eine enzyklopädische Bedeutung kann ich in der Person nicht erkennen‹. Jemand anderes entgegnete: ›Man sollte ihn nicht nochmal aus dem Leben drängen‹. Nach einer Woche erfolgte schließlich die Löschung des Artikels.«¹⁴

Waßmer schildert in seinem Beitrag beispielhaft den Umgang in Deutschland mit NS-«Euthanasie«-Opfern, aber auch mit Angehörigen. Erstere wurden ermordet und werden bis heute aus dem kollektiven Gedächtnis gelöscht. Die Logik, die in der Wikipedia zur Anwendung kommt – die »enzyklopädische Bedeutung« – trifft auf fast alle NS-«Euthanasie«-Opfer und Zwangssterilisierten zu. Angehörige wiederum werden durch Ableismus und verweigerte Anerkennung demotiviert.

Es gibt mehrere Faktoren, die der Erinnerung an die NS-»Euthanasie« entgegenwirken und die »einen konstruktiven Umgang mit [NS-»Euthanasie«] erschweren: Erstens die Fehlannahme, dass das Euthanasieprogramm tatsächlich auf humanitären Gesichtspunkten basierte; zweitens die Tendenz, Behinderung ausschließlich als Defizit wahrzunehmen; drittens die Weigerung, gewisse Kontinuitäten der Marginalisierung von Behinderten anzuerkennen; und schließlich das Widerstreben, sich persönlich mit dem Thema Behinderung und Geisteskrankheit auseinanderzusetzen.«¹⁵ Erst, wer sich selbst grundlegend mit eigenen ableistischen Vorstellungen, Stereotypen und Bildern konfrontiert und einem etwaigen Unbehagen gegenüber behinderten Menschen auseinandergesetzt hat, wird auch den Opfern der NS-«Euthanasie« und Zwangssterilisation angemessen gedenken und ihren Nachkommen entsprechende Aufmerksamkeit zukommen lassen können.¹⁶

Dazu kommt, dass die NS-«Euthanasie«-Opfer und Zwangssterilisierten von der bundesdeutschen Politik benachteiligt und nachrangig behandelt wurden und werden. Diese diskriminierende Praxis zeigt sich auch im Umgang mit Folgegenerationen.

¹⁴ Waßmer 2017, o.S.

¹⁵ Knittel 2009, o. S.

¹⁶ Vgl. Schneider 2021a.

4) Was sind darüber hinaus Probleme, die (auch) mit Ableismus zu tun haben?

Ein bedeutendes Moment der seit mehreren Jahrzehnten in der Bundesrepublik vorherrschenden Diskursformation über den Nationalsozialismus basiert ganz maßgeblich auf Zeitzeug*innenschaft und Erfahrungsberichten. Überlebende und ihre Erzählungen sind wichtige Aspekte des Lehrens und Lernens über den Nationalsozialismus und einer antifaschistischen Erinnerungs- und Gedenkpolitik. Diese Verengung auf Überlebende und Oral History bringt bestimmte Problemlagen mit sich und hat für das Themenfeld Behinderung einige Besonderheiten.

Sehr viele Menschen wurden im Rahmen der NS-»Euthanasie« ermordet und können kein Zeugnis über ihr Leben ablegen. Wenn überhaupt, sind häufig TäterInnenakten die einzigen Informationsquellen über ihr Leben. Und auch diese wie andere Spuren der Verbrechen wurden häufig schon von den Nazis selbst vernichtet bzw. jahrzehntelang unzureichend archiviert.¹⁷

Es gibt Überlebende der NS-»Euthanasie« und diese hätten zu kompetenten Sprecher*innen über einen historischen Sachverhalt werden können. Diese Sprechposition war hingegen in der postnationalsozialistischen Gesellschaft nicht vorgesehen: »Überlebende der Anstaltsmorde, die sich kurz nach dem Krieg zu Wort meldeten oder vernommen wurden, wurden bis auf sehr wenige Ausnahmen weder in öffentlichen Hauptverfahren gehört noch danach um schriftliche oder mündliche Darstellungen gebeten.«¹⁸ Dieses offensive Desinteresse betraf nicht nur juristische Verfahren, sondern galt gesamtgesellschaftlich.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele Überlebende der NS-«Euthanasie« und Betroffene von Zwangssterilisationen in der Regel aufgrund von Armut, Beeinträchtigung oder anderer sozialer Benachteiligung keinen Zugang zu Kulturtechniken wie dem Schreiben oder Veröffentlichen von Memoiren oder einem anderen öffentlichen Auftreten als Überlebende hatten. »Menschen mit Lernschwierigkeiten galten oft als ›nicht bildungsfähig‹ und bekamen in ihrem Leben nie die Möglichkeit, schreiben zu lernen.«¹⁹ Manche konnten auch aufgrund einer Beeinträchtigung ganz real nicht sprechen oder schreiben.²⁰

Diejenigen, die nach 1945 in Heimen und Kliniken gelebt haben, hatten dort aufgrund des Isolationscharakters dieser Einrichtungen kaum Möglichkeiten, Zeugnis abzulegen und eine Öffentlichkeit zu erreichen. Vermutlich sind viele Überlebende in Heimen gestorben, von denen wir nichts wissen und auch nie erfahren werden.

17 Vgl. etwa Westerholz 2011; Aly 2013, S. 193.

18 Schneider 2021c.

19 Maskos 2021, S. 106.

20 Knittel 2009, o.S.

Diejenigen Überlebenden, die es nach 1945 aus der Einrichtung nach draußen geschafft hatten, lebten in aller Regel in der Anonymität und haben die Widerfahrnisse²¹ in ihrer Vergangenheit verschwiegen: »Menschen, die als psychisch krank oder geistig eingeschränkt galten, durften nicht darauf hoffen, dass ihre Erzählungen interessieren, aber nicht nur deshalb, weil das Erzählte in den Ohren der Kinder des Wirtschaftswunders unglaublich klang, sondern weil jedes ihrer Worte unter dem Vorbehalt einer Diagnose stand.«²² Hätten sie öffentlich gesprochen, wäre ihr Anstaltsaufenthalt für alle sichtbar geworden. Dies hätte nicht nur ihre Glaubwürdigkeit fundamental untergraben, sondern möglicherweise auch ihr seitdem aufgebautes Leben zerstört.²³

5) Was bräuchte es für eine gedenkpolitische Arbeit von Angehörigen?

Im Feld der NS-«Euthanasie« ist so viel Arbeit im Vorfeld nötig, bevor überhaupt auch nur über die Frage der gedenkpolitischen Arbeit von Angehörigen nachgedacht werden kann. Ich habe dennoch eine kleine Wunschliste, die alles etwas einfacher machen würde:

- Umfassende Berichterstattung, um in der deutschen Bevölkerung ein Wissen über die Nachkommen von NS-Opfern generell und der NS-»Euthanasie«-Opfer und Zwangssterilisierten im Besonderen zu verankern. Hierzu gehört auch eine zielgruppenspezifische Ansprache mit den Medien, die die jeweiligen Alterskohorten nutzen.
- Anerkennung, dass die Folgen bis heute wirkmächtig sind.
- Implementierung in Curricula in Schule und Ausbildung, in denen die Kontinuitäten des Ableismus und persönliches Lernen im Vordergrund stehen.
- Aufbau von wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und Lobbyorganisationen.
- Aufhebung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (und aller anderen Nazigesetze, die nach wie vor im bundesdeutschen Recht ihr Unwesen treiben).
- Gleichstellung mit anderen NS-Verfolgten (Einstufung als »Verfolgte«, nicht als »Opfer«).
- Kennzeichnung der Gräberfelder und Anstaltsfriedhöfe, in denen NS-»Euthanasie«-Opfer begraben sind.

21 Erfahrungen haben etwas mit den Kontinuitäten des Lebens zu tun und sind mit positiven Assoziationen konnotiert. Der Begriff der »Widerfahrnis« baut semantisch auf dem Begriff der »Erfahrung« auf, benennt durch das »wider« hingegen deutlich, dass es sich um diskontinuierliche Ereignisse handelt, die sich gegen Personen richten und für sie negativ und schädigend sind (vgl. Hechler 2017).

22 Schneider 2021b.

23 Vgl. Schneider 2021a, S. 9.

- Moratorium und ernsthafte Debatte über Sterbehilfe, Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik.
- Für die Angehörigen²⁴ bräuchte es spezifische Angebote der Beratung, des Empowerments (u.a. gegen eugenische Ideologie) und psychosoziale Unterstützung, einfache Recherchemöglichkeiten, umfangreiche Förderung und Unterstützung für Organisierung und Begegnungszentren, Einbindung mit realer Macht in deutsche Erinnerungs- und Gedenkpolitik und nicht zuletzt angemessene Entschädigungszahlungen.

All das lässt sich nicht von größeren gesellschaftlichen Fragen trennen: Ableismus, Kapitalismus, Neonazismus. So lange es diese äußeren Umstände gibt, wird die Anerkennung der gedenkpolitischen Arbeit von Nachkommen von NS-Verfolgten immer schwierig bleiben.

Anders formuliert: Die Anerkennung der Erinnerungsarbeit von Nachkommen benötigt eine Gesellschaft, die die Ursachen des Nationalsozialismus beseitigt hat – das ist untrennbar miteinander verbunden. Wobei auch im Hier und Jetzt die Anerkennung der gedenkpolitischen Arbeit von Nachkommen besser funktionieren könnte.

Literatur

- Aly, Götz (2013): Die Belasteten. »Euthanasie« 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt/Main: Fischer.
- Braun, Kathrin (2017): »Ob es tatsächlich dazu kommt, ist nach wie vor offen und bleibt abzuwarten.« Der Kampf des BEZ um die Anerkennung der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten als Verfolgte des Nationalsozialismus und die Antworten der Politik. In: Hamm, Margret (Hg.), Ausgegrenzt! Warum? Zwangssterilisierte und Geschädigte der NS-«Euthanasie« in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Metropol Verlag, S. 199-221.
- Hechler, Andreas (2015): Diagnosen von Gewicht. Innerfamiliäre Folgen der Ermordung meiner als »lebensunwert« diagnostizierten Urgroßmutter. In Schmechel, Cora; Dion, Fabian; Dudek, Kevin; Roßmüller; Mäks* (Hg.): Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie. Münster: edition assemblage, S. 143-193.
- Hechler, Andreas (2017): Aus der Bahn geworfen. In: Blog Feministische Studien vom 16.08.2017. <https://blog.feministische-studien.de/2017/08/aus-der-bahn-geworfen/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Hechler, Andreas (i. E.): Fragmentarisches zur NS-«Euthanasie« heute. Diagnosen von Gewicht II. In: Wichera, Kim; Steinweg, Alex; Mader, Esto; Schmechel, Cora (Hg.): Gegendiagnose III. Kollektive Krisensitzung und psy-kritische Perspektiven. Münster: edition assemblage.

24 Schätzungen Alys zufolge »ist zumindest jeder achte heutige Deutsche oder Österreicher, der älter als 25 ist und dessen familiäre Wurzeln im ehemaligen Reichsgebiet bis 1900 zurückreichen, mit einem Menschen direkt verwandt, der zwischen 1939 und 1945 als »nutzloser Esser« ermordet wurde«. Aly 2013, S. 15.

- Hechler, Andreas; Schneider, Christoph (2023): Unidentifizierte Traumata. Über die Schwierigkeiten, die Folgen der NS-»Euthanasie« in den Familien zu erfassen. Sonderausgabe *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 47. Jg., H. 1/2, S. 85-108.
- Knittel, Susanne C. (2009): Das Schweigen brechen: Zu einer literarischen Geschichte der NS-Euthanasie. Beitrag zum 51. Bundesweiten Gedenkstättenseminar, Juni 2009, Bad Urach. <https://www.gedenkstaettenforum.de/aktuelles/publikationen-rezensionen/details/das-schweigen-brechen-zu-einer-literarischen-geschichte-der-ns-euthanasie> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Lilienthal, Georg (2008): Wie die T4-Aktion organisiert wurde. Zur Bürokratie eines Massenmordes. In: Hamm, Margret (Hg.): *Lebensunwert – zerstörte Leben. Zwangssterilisation und »Euthanasie«*. 3. Aufl., Frankfurt/Main: VAS-Verlag für akademische Schriften, S. 143-157.
- Maskos, Rebecca (2010): Was heißt Ableism? Überlegungen zu Behinderung und bürgerlicher Gesellschaft. In: *arranca!* H. 43, S. 30-33.
- Maskos, Rebecca (2021): Das Unbehagen an Behinderung. »Frauen der Unterwelt« und Kontinuitäten des Ableismus. In: Völcker, Tine Rahel (Hg.): *Frauen der Unterwelt. Queerfeministische Antworten auf Psychatriegewalt, Sexismus und Ableismus*. Münster: edition assemblage, S. 105-112.
- Schneider, Christoph (2021a): Die Drohung des Gegenbilds. Über den Widerspruch in der Didaktik der NS-»Euthanasie«. In: *Pädagogische Korrespondenz*, H. 63, S. 5-23.
- Schneider, Christoph (2021b): Die Überlebenden der NS-»Euthanasie« ohne gesellschaftlichen Ort. Arbeitspapier (unveröffentlicht).
- Schneider, Christoph (2021c): Die In/Existenz von Überlebendenzeugnissen der NS-»Euthanasie« – Medium einer Auseinandersetzung. Vortrag auf der Tagung des Arbeitskreises zur Erforschung der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation in Brandenburg am 14.11.2021.
- Waßner, Jörg (2017): Alois Zähringer. In: *Gedenkort-T4.eu* vom 31.01.2018. <https://www.gedenkort-t4.eu/biografien/aloes-zaehringer> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Westerholz, S. Michael (2011): Vergasen oder verhungern: Grausige Alternativen der Psychiatrieanstalt Mainkofen. In: *haGalil* vom 15.11.2011. <https://www.hagalil.com/2011/11/mainkofen/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Westermann, Stefanie (2011): Der verweigerter Blick in den Spiegel. In: Dies.; Kühl, Richard; Ohnhäuser, Tim (Hg.): *NS-»Euthanasie« und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven*. Berlin/Münster: LIT Verlag, S. 231-244.

Verhandelte Geschichte – Erinnerung als Vermittlung und Verarbeitung

Barbara Stellbrink-Kesy

Erinnern als soziale Praxis

Mit diesem Beitrag soll ein Diskurs zu transgenerationalen Folgen der NS-»Euthanasie« eröffnet werden. Der handlungstheoretisch orientierten Konzeption des Erinnerns zufolge kann dieses als soziale Praxis aufgefasst werden. Bauerkämper spricht dabei von Aushandlungsprozessen in asymmetrischen Machtverhältnissen.¹ Demnach bestimmten nach 1945 die jeweils dominierenden Deutungsinteressen die Erinnerung an die unmittelbare Vergangenheit. Im Feld der NS-»Euthanasie« ist erst seit relativ kurzer Zeit eine Art von »schmerzhaftem Gedächtnis« entstanden, gleichzeitig mit Formen eines Erinnerns, die aus dem ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der Geschichtswissenschaften heraustreten.² Betroffene und Nachkommen gestalten mit, doch sie sind von Machthierarchien umgeben und bekommen nicht die nötige Anerkennung.

Verstörende transgenerationale Folgen

»Ich machte mich auf den Weg, um Menschen zu finden, die wie ich im Bann einer Geschichte lebten, die sie nicht selbst erlebt haben. Ihnen wollte ich Fragen stellen. Vielleicht konnte ich so jenen Teil von mir erreichen, der sich mir selbst am beharrlichsten entzog.«³ Dieses Zitat der Journalistin Helen Epstein, Tochter von tschechischstämmigen Holocaust-Überlebenden, spricht an, um was es im folgenden Beitrag geht. Epstein findet eine Metapher für ihr Lebensgefühl im Bild eines in ihr eingeschlossenen »eisernen Kastens«, in dem sie all die kaum entschlüsselbaren Zeichen, Andeutungen und verwirrenden Interaktionen in ihrer Familie hatte einsickern lassen, die als Folgen der Erfahrungen des Holocaust auftraten. Nun, als Erwachsene, fühlt sie sich bereit, den eisernen Kasten zu öffnen und den Inhalt anzuschauen, bevor dieses Wissen verblasst.

1 Bauerkämper 2012, S. 50.

2 Assmann 2001, S. 120.

3 Epstein 1987, S. 13.

Dazu braucht es Mut und andere Menschen, die Ähnliches erlebt haben. Ging man lange davon aus, dass Gewalterfahrungen nur dann wirken, wenn Menschen direkt davon betroffen sind, zeigen Forschungen, dass belastende Erfahrungen und Traumata auch innerhalb einer Familie von einer Generation in die nächsten weitergegeben werden können. In den letzten Jahren sind diese Forschungsergebnisse auch in Deutschland stärker wahrgenommen worden. »Während sich in Deutschland bis in die 1990er Jahre hinein weder die Fachwelt noch die Allgemeinheit näher mit Traumathemen befasste, hat sich inzwischen ein enormes Wissen angesammelt. Dazu gehört die Befassung mit transgenerationalen Weiterwirkungen. International geht das vor allem auf die Untersuchungen über Shoah-Überlebende und ihre Nachkommen zurück. Auch in Deutschland gab es dazu seit den 1960er Jahren Veröffentlichungen, allerdings nur sehr wenige.«⁴ Ich gehe hier nicht auf die Erklärungsansätze zum Verständnis transgenerationaler Erfahrungen ein. Eine integrative Perspektive auf die Traumaweitergabe schließe »psychodynamische, soziokulturelle, familiensystemische und biologische Faktoren« ein, so Wutti.⁵

Darf die nächste Generation Zorn empfinden?

Oder ist dies das Privileg derer, die gelitten haben? Erzählungen der zweiten und dritten Generation könnten ebenfalls als Formen von Zeitzugenschaft im Sinn der Sichtbarmachung transgenerationaler Erfahrungen betrachtet werden. Wenn es allerdings keinen Rahmen für diese Erzählungen gibt, wenn sie nicht gehört werden, gehen sie unter durch Nichtbeachtung. »Mit den Folgen der durch die NS-Medizin gewaltsam aufgerissenen Wunden haben viele Menschen noch heute zu kämpfen. Dabei geht es Jahrzehnte danach nicht mehr um ›offene‹ Wunden, sondern beinahe ausschließlich um tiefe, seelische Verletzungen und Traumatisierungen, die das Leben vieler Menschen bis heute begleiten und beeinflussen. Wunden, die ebenso präsent wie unsichtbar sind [...]. Nachfahren können die Traumatisierungen sogar Jahre später nacherleben, was die traumatisierenden Euthanasie-Morde einmal mehr zu einem brandaktuellen Thema in der Gegenwart macht.« Zu dieser Erkenntnis kam Bernhard Gitschtaler, nachdem er Interviews mit Nachkommen von NS- »Euthanasie«-Opfern im österreichischen Gailtal durchgeführt hat.⁶

Mit der Übernahme von Verantwortung durch die deutsche psychiatrische Fachgesellschaft DGPPN im Jahr 2010 und erleichterter Zugänglichkeit zu Quellen keimte Hoffnung auf, die Gesellschaft sei endlich bereit, die Zusammenhänge in der Tiefe

4 Müller-Hohagen et al. 2021, S. 49.

5 Wutti 2013, S. 19.

6 Gitschtaler 2016, S. 10.

aufzuarbeiten, Schlüsse daraus zu ziehen und diese auch umzusetzen. Zehn Jahre später fällt – meine Bilanz zumindest – demgegenüber eher bescheiden aus. Nachkommen, die an einer Aufarbeitung interessiert sind, haben sich bis auf wenige Ausnahmen kaum artikulieren können und sind als Gruppe weitgehend unsichtbar geblieben. Dabei verfügen sie über ein einzigartiges Wissen zu den Spezifika der jeweiligen Familien-erzählung, tiefe Einsichten in die Familienatmosphäre sowie Anschauung davon, wie das in Familien häufige Schweigen gehandhabt wurde und sich anfühlte. Sie kennen bedeutungsvolle Details, wissen, was erzählt, was verschwiegen wurde. Gitschtaler schreibt: »Dass das familiäre Gedächtnis und die Erzählungen dabei immer unvollständig, widersprüchlich und nicht linear sind, da es keine Familiengeschichte ›aus einem Stück‹ gibt und geben kann, macht die Familie als Rahmen und deren einzelne Mitglieder nur zu umso wichtigeren Trägern dessen, was erinnert wird.«⁷ Doch wird dieses Spezialwissen offenbar nicht als Potential erkannt und geschätzt. Denn Nachkommen, die sich auf den anstrengenden Weg einer Aufarbeitung machen, werden außerhalb offizieller Feierstunden nicht ermutigt, sondern fühlen sich allein gelassen und sogar entwertet.

Nur an wenigen Orten gibt es heute die Möglichkeit des Erinnerns und des gemeinsamen Sprechens über diese seelischen Verletzungen. Auch Epstein stand in den 80er Jahren vor dieser Schwierigkeit: »Es musste Menschen geben wie mich, die ebenfalls einen eisernen Kasten, ähnlich dem meinen, in sich herumtrugen. Es muss, so überlegte ich, eine über die Welt verstreute, unsichtbare Familie geben. So machte ich mich auf, nach solchen Menschen zu suchen, ihnen zuzuhören, ihre Berichte zusammenzutragen. Ich begab mich auf eine geheime Suche: Sie berührte mich so tief im Innern, dass ich zu niemandem darüber sprach.«⁸

So geht es Nachkommen der lange verleugneten Opfergruppen im Deutschland heute möglicherweise wie Helen Epstein in den 80er Jahren: Es fehlt ihnen an Austausch und sie zögern, sich Institutionen anzuvertrauen, die Teil der unaufgearbeiteten Geschichte sind.

Das Geschehene geht dir voraus und verfolgt dich

(Sprichwort aus Georgien)

Zeitweise entstand bei mir der Eindruck, die ›Erinnerungskultur‹ existiert als Parallelwelt neben einer ganz anderen Realität, gültig für Menschen wie mich. Statt die ausgebliebene Anerkennung nachzuholen, wird die Marginalisierung in die nächste Generation ausgedehnt. »Noch so eine Geschichte, die keiner mehr hören will«, so

7 Gitschtaler 2016, S. 49.

8 Epstein 1987, S. 186.

lautete die Antwort des ehemaligen Leiters einer bedeutenden Stiftung am Rand einer Veranstaltung in Berlin im Jahr 2020 auf meine Frage, ob er vielleicht Kenntnis von eventuellen Fördermöglichkeiten für mein fast fertiges Manuskript hätte? Selbstverständlich hätte er in einer der Feierstunden, in der ich ihn als prominenten Redner erlebt hatte, eine solche Äußerung niemals getan. Und was sagt eine solche Äußerung über die eigene, jahrzehntelange Praxis aus? Da ich mir angewöhnt habe, ein dickes Fell überzuziehen, hätte ich diese krasse Äußerung sicher vergessen, hätte ich sie mir nicht – mit Datum und Veranstaltungsort – damals gleich notiert. Diese Fragen haben weiter Gültigkeit: Wem wird Gehör geschenkt? Was wird gehört? Warum wird das Gehörte nicht in einen Handlungsauftrag übersetzt?

Das Beispiel zeigt auch, wie überdauernde Traumata, verursacht durch kollektive Gewalt, soziale Wunden sind. Kein Wunder, dass Nachkommen kaum ein Wir-Gefühl entwickeln können. Eine Forschungsgruppe der Fakultät für Soziologie an der Universität Göttingen arbeitet aktuell zu diesen Fragen: »Die empirische Klärung, wie sich soziale Stigmatisierung, diskursive Unsichtbarkeit und Wir-Gruppen-Zugehörigkeit auf die Handlungs- und Erinnerungsstrukturen der Nachkommen der Opfergruppierungen [...] auswirken, ist das Ziel dieser Forschung.« Fehle eine Wir-Gruppe, so könne kein (Gegen)-Gedächtnis ausgebildet werden.⁹

Im Verlauf meines persönlichen Aufarbeitungsprozesses habe ich den Eindruck gewonnen, nicht wenige Experten neigen dazu, die Forschung als persönliches Silo zu verstehen und nur die eigene Perspektive im Blick zu haben. Dabei liegt auf der Hand, es ist nicht mit herkömmlichen Aufarbeitungsprojekten getan. Die Herausforderung ist das Handeln in der Gegenwart, das sich auch in der Begegnung mit Nachkommen beweist. Familien, die geschwiegen haben, sind innerlich belastet. Was Betroffene brauchen, ist vor allem das Schaffen von geschützten Räumen zum Austausch persönlicher, häufig schmerzlicher Erfahrungen. Das ›schmerzhaftes Gedächtnis‹ im Zusammenhang von NS-›Euthanasie‹ hat bis jetzt keinen Platz in der Gesellschaft. Ich sehe einen Zusammenhang mit der nicht erlangten rechtlichen Gleichstellung der Opfer. Nachkommen nutzen dennoch – und vielleicht gerade darum – vielfältige Ansätze für Aufarbeitung und persönliche Verarbeitung. Ein Roman, eine Ausstellung können in solcher Situation Erfahrungsräume für die ›unsichtbare und verstreute Familie‹ eröffnen. Kein Wunder, ist doch die Textur der Erinnerung so komplex wie flüchtig, so dass sie eher Künstlern zugänglich ist.

9 Pohn-Lauggas/Schäfer o.J., o.S.

Die Geschichte von Irmgard Heiss als Teil eines Gegengedächtnisses

Der Splitter eines Familiengeheimnisses wurde zum Ausgangspunkt einer erst bei-läufigen, dann immer gezielteren Suchbewegung, die mich auf die Spur vergangener dramatischer Ereignisse leitete. Die Briefe der Schwester meiner Großmutter, Irmgard Heiss (1897–1944), aus verschiedenen Heil- und Pflegeanstalten wurden zu meinem Ariadnefaden in das Labyrinth der Zeit, als die Eugenik im öffentlichen Diskurs und auch in Familien zersetzende Wirkung entfaltete. Wer war die Frau, die auf unbegreifliche Weise aus der Familie verschwunden war und dann 50 Jahre lang konsequent verschwiegen wurde? Im Roman erzähle ich ihre Geschichte.¹⁰ Die folgenden Briefe, erhalten als Abschriften in der Krankenakte,¹¹ markieren ihre erstmalige Aufnahme in eine Heil- und Pflegeanstalt, lange vor dem Nationalsozialismus:

»Ihr Lieben! Wie geht es Euch?

Lemgo, 1. V. 1925

Mir geht es ganz gut, ich bin schon ganz braun gebrannt von der Sonne, denn ich bin den ganzen Tag an der Luft. Der Herr Oberarzt meint, ich könnte bald nach Hause, vorausgesetzt, dass Ihr mich haben wolltet. Ich sagte, besuchsweise würdet Ihr mich wohl aufnehmen. Wie stellt Ihr Euch dazu? Ich denke, dass ich kräftig genug bin, um eine leichtere Stelle in der Familie annehmen zu können. Bis Pfingsten werde ich wohl entlassen sein.

Falls es Euch nicht passt, finde ich wohl in Bielefeld Unterkunft bei einer der Pflegemütter meiner Jungens. Ich werde einen Teil meiner Betten verkaufen, damit ich erst zu leben habe, bis ich, voraussichtlich recht bald, einen Posten gefunden habe, der mir Verdienst gibt. Es grüßt Euch in herzlicher Liebe, Eure Irmgard – P.S.: Ich warte nicht auf Antwort«

»Liebe Eltern!

Lemgo, 29.5. 1925

Pfingsten rückt immer näher, u. ich sitze hier allein und verlassen. Warum kommt nicht einer mal her? [...] Jetzt bin ich ja so weit, dass man mir nicht mehr glaubt, dass ich Sehnsucht habe nach den Kindern. [...]

Ich verstehe das vollkommen, dass ich so beurteilt werde. Man hält mich nicht für fähig, mein Brot selbst zu verdienen, auszuhalten auf meinem Posten u. die Gedanken nur auf meine Pflicht zu konzentrieren [...] Aber dass ich unmoralisch gehalten werde, tut mir am wehesten, dass man die Liebe zu meinen Kindern nicht anerkennen will, schmerzt mich. Aber lasst Euch erweichen und gebt mir bitte Nachricht über meine Kinder. [...] Ihr wolltet mich nicht nach Haus haben u. ich hatte keinen Posten in Aussicht, keine

¹⁰ Vgl. Stellbrink-Kesy 2020.

¹¹ Landesarchiv NRW Abt. Ostwestfalen-Lippe in Detmold, L 107 D Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus, Nr. 1893 I+II.

Verdienstmöglichkeit! Ich täuschte mich selbst stets u. andere Menschen dann auch. Aber haltet mich nicht für völlig gefühllos u. besucht mich, dass ich mich mal wieder aussprechen kann mit einer verwandten Seele. Ich bitte Euch inständigst darum. Ihr braucht mir nichts mitzubringen, nur kommen tut, bitte! – Eure unglückliche Irmgard.«¹²

Zwischen diesen beiden Briefen meiner Großtante Irmgard Heiss aus der Heilanstalt Lindenhaus bei Lemgo von 1925 liegen nur wenige Wochen. Der Lebensmut, der aus dem ersten spricht, hat sich in Verzweiflung verwandelt. Sie begreift gerade, dass ihre Familie sie nicht aufnehmen will.

»Die Frage, ob ein Mensch (zwang) psychiatrisiert und in eine Anstalt eingewiesen wird, ist eine der folgenreichsten Verhandlungen über Normalitätsstandards in modernen Gesellschaften,« schreibt Stefanie Coché; und weiter: »In diesem Prozess wird über Freiheit, Autonomie und Lebenschancen von Individuen ebenso befunden wie über das gesellschaftliche Verständnis von Krankheit und Gesundheit, Normalität, Sicherheit und ›Sittlichkeit‹. Bei Frauen boten soziale Unangepasstheit, die Haushaltsführung, Sexualität Anlässe.«¹³ Solche Anlässe bot ganz offenbar auch Irmgard Heiss.

Ein jahrelanger Aushandlungsprozess begann. Irmgard hatte in der Pubertät ihren eigenen Kopf entwickelt, war der Lebensreformbewegung zugetan und vom vorgezeichneten Pfad abgewichen. Dazu gehörte, dass sie 1917 allein nach Berlin gegangen war und 1919 ›unter Stand‹ einen Bergarbeiter namens Hugo Heiss geheiratet hatte, der Mitglied der USPD gewesen war. Um 1924 scheiterte die Ehe; Hugo Heiss verschwand in Untersuchungshaft. Irmgard geriet – allein mit zwei kleinen Kindern – in eine existenzielle Krise, als sie 1924 die Eltern um Aufnahme im Elternhaus bat und dieses Begehren abgelehnt wurde. Zahlreiche Anzeichen sprechen dafür, dass eine uneheliche Schwangerschaft der ausschlaggebende Grund dafür war, dass sie nach der Geburt von ihrer zwei Monate alten Tochter getrennt und in die Lippische Heilanstalt Lindenhaus überwiesen wurde. Ihre Eltern brachten das Enkelkind alsbald ins Waisenhaus, wo das ›hübsche und gesunde Kindchen‹, wie Irmgards Mutter es beschrieb, mit acht Monaten an den Folgen einer Diphtherie verstarb. Irmgard wollte die Scheidung und ihre drei Kinder allein durchbringen. Sie war eine geschickte Näherin und plante, so den Lebensunterhalt zu sichern. Das war kein unrealistischer Plan. Doch ihre Eltern übernahmen die Perspektive von Psychiatern, die 1925 ›minderwertige Psychopathie‹ diagnostizierten.

Im Hintergrund entbrannte unter Ärzten ein Streit darüber, ob Irmgard Heiss in eine Anstalt gehöre oder nicht. Hermann Simon war nicht der Meinung, er entließ sie 1927 gegen energischen Widerstand der Familie, allerdings nicht ohne sie in vernichtenden Gutachten zu stigmatisieren: »Parasitismus Sozialis«¹⁴ sei ihre Erkrankung. Als der

12 Archiv der Hansestadt Lübeck, Findbuch 05.5 Stellbrink, Karl Friedrich, Nr. 083.

13 Coché 2016, S. 446.

14 Landesarchiv NRW Abt. Ostwestfalen-Lippe in Detmold, L 107 D Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus, Nr. 1893 I+II

erste Amtsarzt der Stadt Detmold sich daraufhin für die Einweisung des Jahres 1925 rechtfertigen musste, schrieb er, er fühle sich verpflichtet, diese Frau als asozial aus der Gesellschaft auszuschließen. Der Vater betrieb alsbald eine Entmündigungsklage gegen seine Tochter, die gezwungen gewesen war, ihre Kinder in Pflegefamilien unterzubringen. Bis dahin hatte Irmgard Heiss nach der Entlassung aus Gütersloh in der Lippischen Eisenindustrie gearbeitet und selbstständig gelebt, soweit dies aufgrund der geringen Entlohnung für Frauen möglich war. Carl Stellbrink 1928 an seinen Sohn: »Sie hat Arbeit vom Fürsorgeamt angewiesen bekommen, hat für sich ein Zimmer, muss aber, da sie nicht genügend verdient, laufend von uns unterstützt werden. Sie kommt öfter zu uns, um Geld und Naturalien von uns zu bekommen und um uns Aufregungen zu machen. Deshalb, weil wir ihr kein Zimmer in unserm Hause, wo sie mit ihren Kindern allein wohnen könnte, abgeben wollen. Obwohl sie nicht genügend Arbeit hat und infolgedessen nicht genügend verdient, um für sich selbst aufkommen zu können, ist es staunenswert, was sie alles ihren Kindern bringt. Mit rechten Dingen geht das nie und nimmer zu. Aber wenn wir ihr das vorhalten, dann sagt sie stets: ›Beweise mir doch das.‹ Wir schweben also in einer ständigen Gefahr, und deshalb ist es meine unumstößliche Absicht, sie in einer geeigneten Anstalt unterzubringen. Da aber noch kein Verwahrungsgesetz besteht, ist es nicht eher möglich, Irmgard unterzubringen, als bis sie entmündigt ist. Einen Entmündigungsantrag habe ich gestellt, aber die Sache läuft noch. Freiwillig geht Irmgard nicht in eine Anstalt.«¹⁵ In der Tat: Als sie im Rahmen der Entmündigungsklage im Lindenhaus zur erneuten Begutachtung zwangsvorgeführt werden soll, taucht sie unter falschem Namen in ihrer Geburtsstadt Münster unter. Dort arbeitet sie erneut in einer Fabrik, bis sie an einer Lungenentzündung erkrankt. Im Clemens Hospital versucht sie in suizidaler Absicht einen Medikamentenschrank aufzubrechen, um an Morphium zu gelangen. Überliefert durch die Krankenakte ist ihre Äußerung, sie fühle sich nunmehr »überflüssig auf der Welt.« Sie macht vermutlich nun eine Psychose durch und erhält die Diagnose Schizophrenie. Ausschlaggebend für die Entmündigung ist derjenige Teil der Familie, der Motor der Klage war. Sie habe sich dauerhaft unfähig gezeigt, einen Haushalt zu führen, nie etwas Nennenswertes verdient, sei sexuell haltlos und habe als Mutter versagt, so begutachtete der Leiter des Lindenhauses, Erich Friedlaender.

Die Langzeitpatientin, die sich nach wie vor weigert unentgeltlich für die Anstalten zu arbeiten und stattdessen für die Familie und ihre Kinder strickt, wird zehn Jahre später, am 26. August 1941, mit dem letzten Transport aus Lengerich/Westfalen nach Hessen deportiert. In der Zwischenanstalt Weilmünster angekommen, versteht sie bald, dass sie nur überleben kann, wenn sie die Weigerung aufgibt, für die Anstalt zu arbeiten. Um zu überleben, passt sie sich an und wird Arbeitspatientin. Nachdem ihre Arbeitskraft aufgezehrt ist, wird sie der systematischen Vernachlässigung und dem

15 Landesarchiv NRW Abt. Ostwestfalen-Lippe in Detmold, L 107 D Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus, Nr. 1893 I+II.

Verhungern preisgegeben. Die Schwester, die sie 1944 noch einmal für kurze Zeit ins Elternhaus holt, beschreibt sie zu diesem Zeitpunkt als ›ein Skelett, dem man einen Mantel umgehängt hat.‹ Als Irmgard Heiss erneut ins Lindenhaus gebracht wird, ist es der Arzt Müller, der sie 1925 wiederaufnimmt. Die Tuberkulose sei die Folge einer langen Auszehrung, notiert er. Er weiß um die Krankenmorde und hat sich dem Ausfüllen der Meldebögen verweigert. Allerdings ist er ein eifriger Sterilisationsarzt am Erbgesundheitsgericht, ohne darin einen Zusammenhang mit anderen Medizinverbrechen zu sehen. Im Aufnahmebericht schreibt er über die todkranke Patientin: mangelnde Einsicht in ihr verfehltes Leben. Die mangelnde Einsicht in seine eigene schuldhafte Verstrickung fällt ihm nicht auf.

Irmgard Heiss stirbt im Oktober 1944. Als Todesursache wird Tuberkulose angegeben. Sie, die in ihrer Zeit als ›schwach, haltlos‹ betrachtet wurde, scheint aus heutiger Sicht eine beträchtliche Stärke besessen zu haben. Als Langzeitpatientin las sie Bücher, beschäftigte sich mit philosophischen Fragen, nahm Anteil an der Erziehung ihrer Söhne, die inzwischen in die Familie ihres Bruders aufgenommen worden waren. Wie sie überhaupt nach mehr als 15 Jahren fast ununterbrochenen Anstaltsaufenthalt in der Lage war, Anteil am Leben anderer zu nehmen! Nachdem ein Beurlaubungsantrag im Jahr 1932 von den Anstaltsärzten abgelehnt wurde, schreibt sie tröstend an ihre Mutter: »In mir ist eine Ruhe, die mich vor jeglicher Enttäuschung bewahrt.«¹⁶

Auch die Stille erzählt

Szenen, die sich in meiner Familie abspielten, hatten mir jahrelang Rätsel aufgegeben, sich gegen jegliche Entschlüsselung gesperrt. Zum Beispiel diese: es muss um 1968 gewesen sein: Mein Vater, damals in seinen mittleren Jahren und ich mit 17, wir standen uns plötzlich mit zorniger Erbitterung gegenüber und schrien uns an. Die Wucht des schmerzlichen Zusammenpralls warf mich fast um. Warum fühlte ich mich so verkannt? Es ging um den Einfluss der Erblichkeit auf die Persönlichkeit von Menschen. Ich vertrat die Ansicht, der Mensch werde durch seine Umwelt entscheidender geprägt als durch Biologie – mein Vater war gegenteiliger Ansicht. Irmgard, die Schwester meiner Großmutter, war bis dahin in der Familie nie erwähnt worden. Erst etliche Jahre später sprach mein Vater erstmals von seiner Tante. Die Furcht, seine Tochter könne in den siebziger Jahren genau wie diese im Leben scheitern, saß tief. Er hatte das Drama als Kind miterlebt und nicht verarbeiten können. Ebenso tief verankert war auch die eugenische Orientierung, die aus seiner Jugend im Nationalsozialismus herrührte. Ich bin somit, erkannte ich viel später, unter dem Verdikt schlechter, erbter Persönlich-

16 Landesarchiv NRW Abt. Ostwestfalen-Lippe in Detmold, L 107 D Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus, Nr. 1893 I+II.

keitseigenschaften aufgewachsen. Irmgards verleugnete Existenz war diese spürbare Leerstelle gewesen, die ich nicht hatte füllen können, bis zu jenem Tag im Jahr 1998, an dem ich nach dem Tod meines Vaters ihre Briefe in der Hand hielt. Sie war immer anwesend gewesen. Ihre Geschichte hatte gewirkt wie ein unterirdischer Fluss, der eines Tages hunderte von Kilometern entfernt wieder zutage tritt. In meinem Roman versuche ich sie auf der Grundlage der Dokumente als die Person zu schildern, die sie vor der Aufnahme in die Heil- und Pflgeanstalten gewesen war und als die, zu der sie darin gemacht wurde. Für eine solche Annäherung arbeitete ich exemplarisch das politische Potential der Zerbrechlichkeit der Menschen heraus, die es vermochten, sich unter widrigsten Umständen eine bessere Zukunft vorzustellen und die etwas wagten, um diese zu erreichen. Solcherart Aufarbeitung sensibilisiert.

Mit uns, nicht über uns

Unaufgearbeitete traumatische Erfahrungen können nicht in eine symbolische Form überführt werden. Das heißt, Menschen haben dann keine Sprache dafür. Die Verleugnung der Gesellschaft tat ein Übriges dazu, dass diese Geschichten nun weitgehend fehlen. In den letzten zehn Jahren haben sich die Bedingungen zweifellos zum Positiven verändert, um Öffentlichkeit zu verleugneten Opfern herzustellen. Es entstanden Webseiten, Publikationen, Kunstprojekte. Namen können genannt werden. Mit erweiterten Möglichkeiten entstanden neue Probleme: Wer darf über die Dokumente verfügen, wem gehören die Rechte an Fotos und Texten, die generationsübergreifend eng mit Lebensgeschichten verflochten sind? Welche Geschichten werden gehört und welche unterdrückt? Werden bei Veröffentlichungen Angehörige einbezogen? Muss das sein? Hierzu eine Stimme aus einer weiteren, lange Zeit marginalisierten Gruppe: »Neben den unaufgearbeiteten familiären Traumata prägt die Community heute auch der bisherige Ausschluss aus der historischen Forschung und erinnerungskulturellen Praxen der letzten Jahre. Für viele war es eine schockierende Erfahrung, Fotos ihrer ermordeten Verwandten in Gedenkstätten und Ausstellungen zu finden, ohne, dass sie vorher darüber informiert wurden. ›Wir sind froh darüber, dass sich das langsam ändert und wir stärker mit einbezogen werden – Nach dem Motto: Mit uns, nicht über uns‹, sagt Margitta Steinbach, Gründerin des Vereins Menda Yek e.V., einem Verein, der sich mit psychosozialen Folgen des Holocaust für Sinti**z*ze und Rom**n*ija beschäftigt.«¹⁷

17 Amcha e.V., o.S.

Bilder wider Willen

Zu einem respektvollen Umgang mit den Geschichten der ermordeten Menschen gehört auch derjenige mit Fotografien. Die Medienwissenschaftlerin Susanne Regener hat sich mit der Tradition der »Fotografien wider Willen«¹⁸ in der Psychiatriegeschichte befasst. Sie weist auf die wirkmächtige Tradition einer Bildproduktion hin, die Patientenfotografien in Szene setzte. Diese Tradition hat in Deutschland ein Bild vom »kranken und anormalen« Menschen mitgeformt, das teils noch wirksam ist.

Im Essay »Das Leiden anderer betrachten« zeigt Susan Sontag auf, wie Fotografien unsere Vorstellung von der Vergangenheit organisieren, sie bestätigen oder revidieren können. Die Demarkationslinien der Ausgrenzung in den inszenierten Anstalts-Fotografien der verleugneten Opfer zu sehen, muss demnach erst erlernt werden. Fotografien, die in dieser Tradition stehen, transportieren die Gewaltgeschichte mit und sollten kontextualisiert werden. Es liegt auf der Hand, dass es sich verbietet, in der Erinnerung an Menschen, die aufgrund von Gewaltverhältnissen ihrer Individualität und ihrer persönlichen Geschichte beraubt wurden, in der Gegenwart nach dem gleichen Muster zu verfahren. Die Menschen bleiben in einer Gedenkstätte namenlos. Warum? Es berührt, wie sie noch die wenigen ihnen zur Verfügung stehenden Mittel nutzten, um sich zu schützen und den Gewaltverhältnissen zu entziehen. Dadurch, dass sie die Augen schlossen oder einen fragenden und skeptischen Blick auf die Fotografen zurückwarfen. Es berührt die Angst. Doch Sontag warnt vor mitleidigen Gefühlen. Angemessen sei es vielmehr, Fragen zu stellen: Wer hat das, was auf dem Bild zu sehen ist, verursacht? Wer ist verantwortlich? Ist es entschuldbar? Haben wir eine bestimmte Situation bisher fraglos akzeptiert, die hinterfragt werden sollte?¹⁹

Anfang des Jahres 1940 schreibt Irmgard Heiss als Randbemerkung an einen Brief ihres ältesten Sohnes Ewald, 18 Jahre alt: »Ich weiß gar nicht, ob ich schon richtig gelebt habe. Bewusst jedenfalls nicht, darauf warte ich noch. Nur krank stellenweise und gehemmt. Und frei, aber verpönt.«²⁰

18 Vgl. Regener 2009.

19 Vgl. Sontag 2003.

20 Archiv der Hansestadt Lübeck, Findbuch 05.5 Stellbrink. Karl Friedrich. Nr. 083.

Literatur

- Amcha Deutschland e.V.: Holocaust-Gedenktag für Sinti und Roma – Reisebericht. <https://amcha.de/holocaust-gedenktag-fuer-sinti-und-roma-reisebericht/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Archiv der Hansestadt Lübeck, Findbuch 05.5 Stellbrink, Karl Friedrich, Nr. 083.
- Assmann, Aleida (2001): Wie wahr sind Erinnerungen? In: Welzer, Harald (Hg.): Das soziale Gedächtnis. Geschichte – Erinnerung – Tradierung. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bauerkämper, Arnd (2012): Das umstrittene Gedächtnis. Die Erinnerung an Nationalsozialismus, Faschismus und Krieg in Europa seit 1945. Paderborn et al: Schöningh.
- Coché, Stefanie (2016): Über die Grenzen der Normalität. Psychiatrische Einweisungen in der frühen Bundesrepublik und der DDR. In: Zeitschrift für Geschichtswissenschaften, 64. Jahrgang 2016, Heft 5. S. 446-464.
- Epstein, Helen (1987): Die Kinder des Holocaust. Gespräche mit Söhnen und Töchtern von Überlebenden. München: C.H. Beck.
- Gitschtaler, Bernhard (2016): Geerbt es Schweigen. Die Folgen der NS- »Euthanasie«. Salzburg et al: Otto Müller Verlag.
- Landesarchiv NRW Abt. Ostwestfalen-Lippe in Detmold, L 107 D Heil- und Pflegeanstalt Lindenhau, Nr. 1893 I+II.
- Müller-Hohagen, Jürgen; Müller-Hohagen, Ingeborg (2021): Dialog statt Trauma. Hamburg, Marta Press.
- Pohn-Lauggas, Maria; Schäfer, Miriam: »Gemeinschaftsfremde« und »Staatsfeinde«: Intergenerationale Handlungs- und Erinnerungsstrukturen in Familien stigmatisierter NS-Opfer in Österreich und Deutschland – Abstract. <https://www.uni-goettingen.de/de/%E2%80%9Egemeinschaftsfremde%E2%80%9C+und+%E2%80%9EStaatsfeinde%E2%80%9C3A+intergenerationale+handlungs-+und+erinnerungsstrukturen+in+familien+stigmatisierter+ns-opfer+in+%C3%96sterreich+und+deutschland/638301.html> [letzter Zugriff: 08.11.2023].
- Regener, Susanne (2016): Visuelle Gewalt. Menschenbilder aus der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. Bielefeld: transcript-verlag.
- Sontag, Susan (2003): Das Leiden anderer betrachten. München: Hanser.
- Stellbrink-Kesy, Barbara (2020): Unerhörte Geschichte – frei aber verpönt. Berlin: Verlag am Turm, zba-Buch.
- Wutti, Daniel (2013): Drei Familien, drei Generationen. Das Trauma des Nationalsozialismus im Leben dreier Generationen von Kärntner SlowenInnen, Klagenfurt: Drava.

A Family Story

Itamar Wexler

My father hid the truth about his mother's illness. When I started investigating, I realized how hard this truth was. The documentary film, *The Voyage*, is the story of my grandmother Sonia, and how I found out about her fate. He once told me that his mother, Sonia, died in Latvia when he was ten years old, before they immigrated to Germany. Apart from that time, he never spoke of her, but in some sense his mother was always there, in the background. My sister Avital's middle name is Sarah – my grandmother's Hebrew name.

In January 1995, my father was diagnosed with a cancerous tumor. His condition deteriorated rapidly, and he died three months later. One day, when Avital was sitting at his bedside, he suddenly called her »Sonia«. When he realized his mistake, he said to her: »You have hair like hers«. Avital did not understand. »Who is Sonia?« she asked me later.



Sonia and Meir, ca. 1926

My father, the artist Yaacov Wexler, was the eldest son of Tuvia and Sonia (Sarah-Sheina). He was born in Libau (Liepaja), Latvia in 1912, followed by Avraham (1915), Esther (1917), and Meir (1922). The bonds between us and them were loose, and were limited to family occasions, which were also quite rare. I did not delve into the question of why this was the case.

About a year after his death, during one of my visits to my mother, a strange story suddenly popped up. She said she had met my cousin Neomi, Esther's daughter, and that during the conversation Neomi mentioned »Grandma Miriam« – Miriam was the name

of Grandpa's second wife, and they lived in Jerusalem next door to Esther's parents. »I told her«, my mother said, »she's not your grandmother; your grandmother was called Sarah«. In response, I told her what Dad had told me, that his mother died in Libau when he was ten. My mother's answer was surprising: »That's not possible! Dad's mother died in Copenhagen, in a tuberculosis sanatorium, when he was seventeen!«

In the blink of an eye, I realized that something very bad had happened in my father's family, because otherwise, why did he have to make up these stories?

It took time until I found a suitable opportunity to meet my uncle Avraham, the only one of that generation who was still alive. In the summer of 2003, I had two long meetings with him. He told me about his happy childhood in Libau, and the hard times in Hamburg. About his father whose head was always in the clouds, and about his mother who was the pillar of the family until she became ill. His attitude towards my father was ambivalent. He was proud of his brother, the famous artist, but described him as someone who only focused on himself, while he, Avraham, was the one who had to take care of everyone. I believed him. I felt that in those moments I was my father in his eyes. Maybe that's why he said at the end that Grandmother was mentally ill. He added bitterly: »And I was the only one who visited her«. I felt confused, and probably because of that confusion I didn't dare ask him what eventually happened to her.

I told my cousin Yael, Avraham's daughter, about these meetings. She was the only one of them I had contact with. It turned out that Avraham was evasive whenever she asked about the family. Later, she called me and said he denied ever saying that his mother was mentally ill. He claimed I made it up.

It took three years until he agreed to tell her the family history in Europe, and later in Israel, »for the sake of future generations«. In several filmed meetings, he describes an entire period in detail. His memory fails him only when Yael asks him what happened to Sonia. »Mother was sick«, he replies, »I don't know what she had exactly«. I found one more filmed interview with him, from 2009. He was 94. Here, too, Avraham demonstrates an impressive memory. He only hesitates when asked when his mother died ... »Just a minute ... I have to calculate ...«, he mutters awkwardly, »... Hitler came to power in '33 ..., so she died in '34 ...«.

After my father's death, I started sorting out the things he left behind. There was a lot of work; his studio was full of paintings, drawings, prints... There were also many documents and letters accumulated over the years, and among them I found just one mention of Grandmother. In a postcard from 1962 that my father sent from Copenhagen, he wrote: »My uncle is also here, my mother's brother. He was excited to see me. He is already old and sick, but a very nice man«.

There were also photographs, of course. In some of them I saw Sonia for the first time; a handsome, elegant woman, her hair gathered around her head. My father also kept two of his sister Esther's sketchbooks, with dozens of drawings she drew when she was eleven or twelve years old. In some of them, her mother is immediately recognizable, thanks to the special hairstyle.

In 2004, Yad Vashem – The World Holocaust Remembrance Center uploaded all the Pages of Testimony collected there over the years. I was looking for the pages my mother filled out for her murdered family members. There were seventeen pages. I found similarities with some of the names in the pages filled in by other survivors. Suddenly it occurred to me to check if there were testimonies for anyone from my father's family, and indeed there was one such page signed by my grandfather.

He states that in October 1940, his wife was transferred from Hamburg to the General Government, and she died there in January 1941. There were no similarities. This was one more version, but this time it was in writing in an official document. A researcher I met raised the possibility that Grandpa invented it because of a claim for compensation from Germany; according to him, there were such cases. This possibility particularly deterred me, I did not know what to believe.

Avraham passed away in 2012, and my cousin Neomi moved into his apartment. During that time, we went through every scrap of paper we found there. We found CDs of one more interview he gave in 2009. While watching all these materials, I got to know the family, and I got to know my uncle better than I knew him in his lifetime, and also the little that could be gleaned about my grandmother.

Sonia Krupnik was born on 15 July 1886 in the town of Novoalexandrovsk in northern Lithuania. Her older sister immigrated to the United States, and her younger brother to Denmark. She was sent to Libau to study sewing, and there she met Tuvia Wechsler. Tuvia was the eighth of twelve children. His father was a poor slaughterman who devoted every free moment to studying the Torah, and expected his sons to follow in his footsteps. Most of them disappointed him, including Tuvia. He joined the Bund, a Jewish socialist movement whose members sought to overthrow the Tsar's regime, and there he met Sonia: »He was a socialist, always full of ideas, head always in the clouds. He carried an illegal pistol, and if he was caught he would be executed. Mother convinced him to get rid of the pistol. She had her feet firmly planted on the ground ...«, says Avraham.

Grandpa had a special talent for numbers. He studied accounting and earned a good living, and thus the young couple was able to rent an apartment at 27 Kornstrasse. My father once said that it was the most beautiful house in Libau. I visited there. A grand staircase led to the apartment, and a back staircase led to the kitchen and to a maid's room. They undoubtedly lived a comfortable life.

The preferred language in the intellectual circles in Libau was German. Grandpa, who also had a talent for languages, used to recite long passages from the writings of Goethe and Schiller, but Grandmother did not get along with the language, so at home they spoke Yiddish. At the same time, they hired a German governess to instill German culture and language in the children.

The decision to move to Germany was made during the First World War. When the war ended, Grandpa decided to enroll at the University of Tübingen. »I have decided to devote my life to mathematics«, he wrote to them. He studied there for one semester

in 1918/19, but was forced to return to Libau because Grandmother contracted the Spanish flu, and there was fear for her life.

He returned to Tübingen again in the winter of 1922. This time he took his two older sons with him, Yaacov and Avraham, whom he left in schools in Wolfenbüttel in Lower Saxony. He completed the winter semester, but then left for Hamburg, where he continued his studies. It can be safely assumed that the main reason for the move was the scary anti-Semitism he encountered in post-war Tübingen. His choice of the cosmopolitan and pluralistic Hamburg can be understood for exactly the same reason.

Grandmother arrived in Germany, with Esther and the baby Meir, while Grandpa was already in Hamburg. It was a long and difficult journey, but from my uncle's stories I got the impression that she was a strong woman. She was well aware of her husband's strengths and weaknesses, and knew how to deal with them. I assume that she also had expectations from the move to Germany. Grandpa would complete his studies and become an important mathematician, a university professor perhaps, and she would be the professor's wife, and life would be beautiful and comfortable.

They did not take into account the economic crisis in Germany after the war. They lived as sub-tenants in two rented rooms in a laborers' neighborhood. Grandmother insisted that the children attend Jewish schools. Avraham said that »we had to go to school by tram, and we had to walk from the stations, in all weathers«.

In 1926, Tuvia had to give up his studies, because he could not pay the tuition. He found a job as an accountant in an insurance company, and thus they could afford to rent a three-room apartment at 74 Hohe Weide street. Grandmother stayed home and took care of the children. She did not work, and hardly went out of the house.

In August of that year, Grandpa's father died in Libau. He took the news very hard, and his reaction was dramatic – he decided to repent. I do not know if it was a continuous process or a sudden decision, but from then on the Wechsler family began to observe the Torah and the commandments. My father, who was fifteen years old at the time, was the only one who refused to cooperate. He was determined to be a painter, and the extreme change did not suit him. Later, despite Tuvia's strong opposition, he received a scholarship to study at the Landeskunstschule – the State Art School. He started studying there in 1930, but was expelled in April 1933, along with all the other Jews.

In December 2015, I came to the Yad Vashem archive. It was necessary to verify or refute the distressing information on Grandpa's Page of Testimony, and there was the mental illness issue. For me, the word »euthanasia« was associated with trucks in which mentally ill people were killed by the truck fumes. Is it possible that this was also Grandmother's fate?

It transpired that her name did not appear in the name database. A consultant at the archive advised me to contact Prof. Rael Strauss, an Israeli psychiatrist who conducted an independent investigation to find out if there were any Jewish patients among the victims. Prof. Strauss visited the memorials at the six former euthanasia killing centers, and compiled a list containing thousands of Jewish names. In doing so, he refuted the popular opinion, that the euthanasia program was aimed only at Arian patients. I contacted him, and he passed the details I sent him to Dr. Astrid Ley*, curator of the permanent exhibition »The Euthanasia Institution of Brandenburg an der Havel«. Dr. Ley replied immediately: On 23 September 1940, my grandmother was sent from Hamburg Langenhorn to the euthanasia killing center in Brandenburg Havel, and was murdered there the same day. It also became clear why her name was absent from the list: in the German documents she was called Sophie.

It was clear to me that in order to understand things in-depth, I had to go wherever traces or documents could be found. It was also clear to me that I had to document everything. We started filming during that visit to Yad Vashem, and later in Germany – Hamburg, Tübingen, Wolfenbüttel, Bad Harzburg, Wiesbaden, Brandenburg, Berlin – and also Latvia, Lithuania, UK, Denmark, US, and naturally Israel. As time passed, more and more facts continued to be discovered that shed new light on the story. The result is the documentary film *The Voyage* which premiered at the 2021 Tel Aviv Solidarity Film Festival for Human Rights.

We will never know what caused Grandmother's illness to break out, but I believe that the extreme changes she went through from the moment the family made the decision to leave Latvia played a significant role. All her hopes were dashed. The foreignness, the poverty, her husband immersed in his dreams. The symptoms began to appear in 1927, close to Grandpa's conversion and the move to the new apartment. Was it all related? Was there a straw that broke the camel's back?

It transpired that a railroad passed by the new house. The family of Wolfgang Busch, whom I met in Hamburg, lived next door to my family's apartment at Hohe Weide. I was startled when he told me that the noise of the train was particularly loud in the mornings and evenings. My mother suffered terrible anxiety about noise, which disrupted her life more and more as she got older. Intuitively, I thought this might be what happened to Grandmother.

The insight that her anxieties were related to the rise of the Nazis came later, following a phone call with Bent Brenov. Bent, whom it took great effort to find, was the grandson of Avreiml Krupnik, Grandmother's brother from Copenhagen. He told me that his father remembered very well Aunt Sonia from Hamburg who stayed with

them in the late 1920s. He quoted him: »She didn't dare to leave the house. She said it's very dangerous to walk around outside«. I remember the chill that went through me. I understood why she was in Copenhagen – there were no Nazis there; Grandmother was terrified of the Nazis!

In my Aunt Esther's notebooks there is one page that is completely different from the others. It is a pencil drawing, without colors, in which Grandmother (you cannot mistake her hairstyle) is standing in front of a bulletin board with posters from those times: »Persil«, »Alida«, »4711«, etc. Among them there is one unexpected poster: Hitler Versammlung – Hitler Assembly! Such an assembly did take place on 6 September in Hamburg, a month before Grandmother was hospitalized. I try to see things through her eyes. She leaves the house with her daughter, and suddenly, right in front of her eyes there is Hitler! She knows this is it, they got her! To me, this page expresses a terrible moment; the moment when the mother collapses in front of her daughter.



In the decision of the civil court in Hamburg dated 5 June 1935 regarding Tuvia Wechsler's request to divorce his wife, it was recorded that her illness began three years before her hospitalization. It states that on 5 August 1930, she had a psychotic attack, and on 8 August she was hospitalized in Friedrichsberg Psychiatric Hospital in Hamburg.

From the patient record book, we learn that Sophie Wechsler was diagnosed as suffering from persecution anxiety (Paranoia Verfolgungsideen), and stayed there until 4 November. About two weeks later, on 20 November, she was hospitalized again, this

time permanently. On 28 December 1934, she was sent, along with other patients, to Langenhorn, and on 13 June 1935, she was transferred again, this time to St. Anschar, an institution that operated under the auspices of the church.

Her entire family left Germany during 1934-5, but Grandmother was abandoned long before that. My family's next-door neighbors at 74 Hohe Weide were the Busch family. Wolfgang Busch, whom I met in Hamburg, was a child at the time. He said he always thought my grandfather was a widower. Another person, a relative from the United States who visited there in the summer of 1931, wrote in his memoirs that Tuvia Wechsler was already widowed by his wife in Libau. And in fact, this is the simplest explanation for Grandmother's sudden disappearance from the house. At the time, mental illness was a mark of Cain, not only for the patient, but also for their family members, especially in Germany.

Grandmother was abandoned by the people closest to her – this is the heart of the tragedy. This is the main cause of the tensions between them, the shame and feelings of guilt that accompanied them throughout their lives like a shadow, an unbearably heavy burden they dared not share with anyone.

Avraham was unable to admit, even to himself, that he had left Germany and left his mother behind. And my father – she came back again in his old age, and did not let go of him. I recognize her figure appearing in several of his paintings from those years.

In July 1939, Grandmother was returned to Langenhorn. In the film, writer Ingo Wille** describes what happened next: in September 1940, all the Jewish inmates from mental institutions in Hamburg, Mecklenburg, and Schleswig-Holstein were assembled there, a total of 136 men, women, and children. On 23 September, they were all transferred to the nearby Ochsenzoll train station, where they were put on cars bearing the symbol of the Red Cross. Dr. Max Plaut, head of the Jewish community in Hamburg, who was present at the scene, was told that they were being sent to a psychiatric institution in the city of Chelm in the General Government. This was of course a lie; the train's destination was the euthanasia killing center in Brandenburg/Havel.

Later in the film, Dr. Astrid Ley describes how the murder mechanism worked: the patients were taken from the station to the killing facility, examined by a doctor, stripped of their clothes, and taken to the gas chamber. Their bodies were burned that night in the crematorium adjacent to the gas chamber. The Jewish patients were given »special treatment«:

»Every Jewish patient was killed, no matter what prognosis, no matter what illness they had. So, if you consider Sonia Wechsler, this means that Sonia was killed twice. She was killed because she was a patient, and she was murdered because she was Jewish. This was actually the first genocide to take place on German soil, so the Holocaust didn't start in the camps in the east, it started in the town of Brandenburg, in the very heart of Germany«.

The families of the Jewish victims received letters sent from Lublin informing them of the death of their family members in Chelm, from one disease or another. Apart from

the victim's name, all other details – the place, date, and cause of death were false. The letter announcing Grandmother's death was lost, but there is no doubt that Grandpa did receive it after the war. He took the details that appear on his Page of Testimony from it.

The Voyage ends with the ceremony of setting a Stolperstein in Grandmother's memory. It took place on 29 March 2016 at the entrance to the house on Hohe Weide. We were twenty-five members of the third and fourth generations, with their spouses. This is the end of the film, but in fact it was the first event in the chain, it took five more years to complete *The Voyage*.

The film was screened in Brandenburg on 27 January 2022, International Holocaust Remembrance Day. At the end, I was asked about my expectations from the film, how could it have an impact? I replied that I had not given it much thought until now. Of course, I would be satisfied if it had a positive effect, but right now, the most important achievement for me is that we have become a family again.

Thanks to

- * Dr. Astrid Ley is Deputy Director of Sachsenhausen Memorial and Museum.
- ** Ingo Wille from Stolpersteine Hamburg, is the author of the book *Transport in den Tod. Von Hamburg-Langenhorn in die Tötungsanstalt Brandenburg*, 2017.
Astrid and Ingo accompanied me from the very beginning with endless dedication. I owe them more than I can express.

IV Lern- und Gedenkort des Medizinhistorischen Museums Hamburg

Ein Lernort im Museum

»Medizinverbrechen im Nationalsozialismus« als Herausforderung für Gestaltung und Vermittlung

Henrik Eßler

Funktionelle Vielfalt, hohe Ansprüche

An verschiedenen Stätten der nationalsozialistischen »Euthanasie«-Verbrechen sind in den vergangenen Jahren Mahnmale, Schrifttafeln und Gedenkort eingerichtet worden.¹ Die Initiative ging häufig von zivilgesellschaftlichen Initiativen und Akteur:innen aus, deren langjähriges Engagement die politisch Verantwortlichen zum Handeln bewegte.²

So auch in Hamburg: Im Jahr 2015 entschied der Senat, neben einer künstlerischen Arbeit am Ort der früheren Staatskrankenanstalt Langenhorn einen informierenden Lern- und Gedenkort zu schaffen. Zusätzlich sollten ein Gedenkbuch sowie eine Web-Datenbank an die Opfer erinnern.³ Finanziert wurde das Gesamtprojekt durch die ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius, die Joachim Herz-Stiftung und aus Mitteln der Senatskanzlei der Freien und Hansestadt Hamburg.⁴

Mit der Ausgestaltung und Umsetzung des Lernorts wurde das Medizinhistorische Museum Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf betraut. Unter der Leitung des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin waren dort bereits in den vorangegangenen Jahren verschiedene Forschungs- und Ausstellungsprojekte zur Medizin im Nationalsozialismus erarbeitet worden.⁵ In der früheren neuropathologischen Hirnschnitt-Sammlung konnten Forscher:innen des Instituts gemeinsam mit dem Psychiater Marc Burlon im Jahr 2011 auch Präparate von mehreren Opfern der Kinderfachabteilungen Rothenburgsort und Lüneburg ausfindig machen. 2012 und 2013 wurden ihre Überreste im Rahmen öffentlicher Trauerfeiern in Hamburg und Lüneburg

1 Vgl. Endlich 2016; Gedenkort-T4.eu.

2 Vgl. Wille 2016.

3 Die Datenbank ist über die Website »Hamburger Euthanasie-Opfer« zugänglich. Zur Druckfassung vgl. Jenner/Wunder 2017.

4 Vgl. Senatskanzlei 2017.

5 Vgl. Schwoch/Sammet 2019.

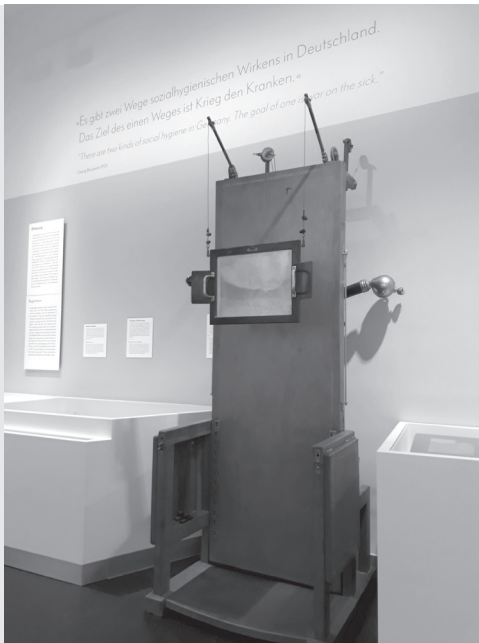


Abb. 1: Durchleuchtet: Der Ausstellungsraum »Fortschritt und Erfassung« widmet sich der Ambivalenz von staatlicher Gesundheitsfürsorge und sozialhygienischem Zugriff. Foto: Medizinhistorisches Museum Hamburg.

beigesetzt.⁶ Im Medizinhistorischen Museum informierte die Sonderausstellung »Im Gedenken der Kinder« über den Kontext der sogenannten Kinder-Euthanasie.

Der im November 2017 eröffnete Lern- und Gedenkort sollte verschiedenen Funktionen und Erwartungen gerecht werden, die sich aus seinem Entstehungskontext und den beteiligten Interessengruppen ergaben: Ergänzend zur künstlerischen Arbeit an der Asklepios Klinik Ochsenzoll (ehemals Langenhorn) galt es, einen öffentlich zugänglichen Ort zur Informationsvermittlung und vertieften Beschäftigung mit dem Themenkomplex zu schaffen. Dieser sollte sowohl für Einzelbesucher:innen als auch Gruppen aus verschiedenen pädagogischen Kontexten zur Verfügung stehen. Zugleich galt es, als Gedenkort an die verschiedenen Opfergruppen der Medizinverbrechen zu erinnern und in Form des erarbeiteten digitalen Gedenkbuchs eine interaktive Recherche- und Informationsmöglichkeit zu den Opferbiographien zu ermöglichen. Eine Anforderung war darüber hinaus eine weitestgehende Barrierefreiheit, sowohl der Räumlichkeiten als auch der Präsentation.

Inhaltlich galt es zudem, mehrere Themenkomplexe auf vergleichsweise engem Raum darzustellen. Das von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitete Konzept sah vor, neben den eigentlichen NS-Medizinverbrechen (Zwangsterilisationen, Krankensterben, Kinder-«Euthanasie» und Menschenversuche) auch ihre gesellschaftliche und wissenschaftliche Vorgeschichte sowie über 1945 hinausgehende ideologische und personelle Kontinuitäten darzustellen. Außerdem sollte die juristische und kulturelle

⁶ Vgl. Burlon/Zeidman 2016.

Aufarbeitung der Verbrechen in der Bundesrepublik thematisiert werden. Der Blick sollte sowohl auf die Opfer der Verbrechen als auch die Täter:innen gelenkt werden. Zur Konzeptionsgruppe gehörten neben Wissenschaftler:innen des Instituts und Museums auch Vertreter:innen der KZ-Gedenkstätte Neuengamme sowie der Mediziner und NS-Experte Hendrik van den Bussche. Mit der Gestaltung wurde die Diplomdesignerin Alexa Seewald betraut.⁷

Zwei Räume, ein Konzept

Im Gegensatz zu den meisten Gedenkstätten für die Opfer nationalsozialistischer Gewaltverbrechen sollte der entstehende Lern- und Gedenkort nicht an einem »authentischen Ort« etabliert werden.⁸ Zwar war das Universitätskrankenhaus Eppendorf mit der Durchführung von Zwangssterilisationen, durch die Selektion von Psychiatriepatient:innen zur Verlegung nach Langenhorn und über die Gutachten leitender Ärzte in die NS-Medizinverbrechen involviert. Der gewählte Standort in den Räumen des früheren Pathologischen Instituts steht jedoch nicht im direkten Zusammenhang mit diesen Vorgängen. Im Sinne von Pierre Nora erfüllt der Ausstellungs- und Gedenkraum die Funktion eines »Erinnerungsortes« (»lieux de mémoire«) weniger konkret-dinglich, sondern über seinen referentiellen Charakter.⁹

Eine besondere Herausforderung für das Projekt stellte die Aufgabe dar, den Lern- und Gedenkort in die Räume des bereits bestehenden Medizinhistorischen Museums zu integrieren. Hierzu wurden zwei Themenbereiche der 2013 eröffneten Dauerausstellung umgestaltet. Das Thema Medizin im Nationalsozialismus war zuvor innerhalb des Raums »Krankheit und Stadt« dargestellt worden. Die enge Verknüpfung zur Sozialgeschichte der Medizin im frühen 20. Jahrhundert sollte sich auch in der neu konzipierten Ausstellung wiederfinden. Der zweite Raum hatte unter dem Titel »Hafen und Medizin« insbesondere den Bezug zur Stadt Hamburg hergestellt – eine Verknüpfung, die in der neuen Ausstellung ebenfalls erhalten bleiben sollte.

Ein Anliegen des Museums war es bereits zuvor gewesen, die Medizin im Nationalsozialismus nicht als ein in sich geschlossenes Thema zu präsentieren, sondern mit ihrer Vorgeschichte vom »langen 19. Jahrhundert« bis hin zu den Kontinuitäten über 1945 hinaus in die Gesellschaftsgeschichte einzubetten. So umfasst der neu gestaltete Lern- und Gedenkort neben dem zentralen Raum »Medizinverbrechen im Nationalsozialismus« einen zweiten Ausstellungsraum unter dem Titel »Fortschritt und Erfas-

7 Die gestalterische Konzeption und bauliche Umsetzung wurde von Alexa Seewald unter Mitarbeit von Karsten Böhme (Brandvorwerk Design, Leipzig) und Tatjana Neiwert (tn Grafik- und Kommunikationsdesign) übernommen.

8 Vgl. Knoch 2020, S. 122f.

9 Vgl. Krischel/Halling 2020, S. 220.

sung«. Diese Einheit widmet sich, ausgehend von der Hamburger Cholera-Epidemie im Jahr 1892, einer Geschichte der staatlichen bzw. kommunalen Gesundheitspolitik im frühen 20. Jahrhundert.¹⁰ Insbesondere der Ausbau von Präventions- und Fürsorgeeinrichtungen in der Weimarer Republik veranschaulicht die Ambivalenz von staatlicher Wohlfahrt und Gesundheitsüberwachung sowie der fortschreitenden bürokratischen Erfassung und Kontrolle der Bevölkerung. Ein historisches Röntgen-Standgerät verdeutlicht hier sinnbildlich die »Durchleuchtung« der Bevölkerung: Was in den 1920er Jahren der Überführung von Erkrankten in Tuberkulose-Beratungsstellen und Erholungsheime diente, wurde mit der Machtübernahme zum Kontroll- und Erfassungsinstrument der »Volkshygiene«. Eine Überleitung zur NS-Medizin bildet darüber hinaus die Erbgesundheitskartei der Alsterdorfer Anstalten, in der Familienstammbäume der Bewohner:innen auf mögliche »Erbkrankheiten« hinweisen sollte.



Abb. 2: Blick in den Raum »Medizinverbrechen im Nationalsozialismus«. Foto: Axel Kirchoff, Foto- und Grafikabteilung UKE.

Der zweite Raum fokussiert auf die konkreten Verbrechen, ausgehend vom »Hungersterben« in den Psychiatrien des Ersten Weltkriegs über die Kinder-«Euthanasie«, die »T4«-Mordaktionen, Patientenversuche in Konzentrationslagern und den Zwangssterilisationen. Als größtes Exponat prägt den Raum eine bis zur Decke reichende

¹⁰ Zu diesem Ausstellungsbereich wird in Kooperation mit dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung eine didaktische Handreichung für Schüler:innen und Lehrende angeboten. Vgl. Osten/Schröder 2020.

Bücherwand mit medizinisch-wissenschaftlichen Titeln aus den 1830er bis in die 1970er Jahre – auf beinahe bedrohliche Weise symbolisiert sie die Mittäterschaft der vermeintlich »reinen« Wissenschaften als ideologische Basis für die Gräueltaten. Die Bücherwand bietet jedoch zugleich das Material für eine vertiefende Auseinandersetzung und weitere Recherchen.¹¹

In der Ausstellung werden Opferbiographien ebenso wie verschiedene Täter:innen anhand von Objekten beleuchtet. Die räumliche Verortung ist mithilfe einer wandgroßen Übersichtskarte möglich, auf der sowohl die Stationen von Selektion und Deportation innerhalb Hamburgs als auch das reichsweite Netz der sogenannten »T4«-Mordaktionen anschaulich nachvollziehbar werden. Anhand verschiedener Exponate wird außerdem die juristische, gesellschaftliche und erinnerungskulturelle Aufarbeitung ersichtlich – im privaten wie im öffentlichen Raum.

Umgang mit Bildern

Ein sensibles Thema ist in diesem Zusammenhang die bildliche Darstellung von Opfern der NS-Verbrechen. Insbesondere die biographische Erzählung ermöglicht jungen Besucher:innen oder Schulklassen den Zugang zu komplexen Themen. Fotografien nehmen hier eine wichtige Rolle ein, um eine emotionale Brücke zu bauen. Während sich im Diskurs über die namentliche Nennung seit einigen Jahren ein weitgehender Konsens ergeben hat,¹² wird hier in mancher Hinsicht ein Zielkonflikt sichtbar: So gilt es einerseits, den oft unbekanntem Opfern wieder »ein Gesicht zu geben«,¹³ andererseits soll vermieden werden, die oftmals stigmatisierende Perspektive der Täter:innen zu reproduzieren. Nicht selten handelt es sich jedoch bei den Patient:innen-Akten und beiliegenden Anstaltsfotografien um die letzten erhaltenen persönlichen Dokumente der Opfer.

Für die Ausstellung im Lern- und Gedenkort haben wir uns bewusst dagegen entschieden, solche Fotografien ohne eine behutsame Einbettung oder eine Gegenüberstellung mit weiteren Abbildungen zu zeigen. So werden die Lebenswege von Lisa Huesmann und Irma Sperling mit Zeichnungen und Fotografien aus dem privaten Umfeld bebildert. Beide Mädchen waren im Zuge der Kinder-«Euthanasie« ermordet worden. Eine Aufnahme von Elfriede Lohse-Wächtler aus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg wird hingegen direkt mit einem gezeichneten Selbstporträt der Künstlerin kontrastiert, das sie während ihrer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik anfertigte.

11 Zur Bücherwand im Lern- und Gedenkort vgl. den Beitrag von Rebecca Schwoch in diesem Band.

12 Vgl. Jenner/Wunder 2018.

13 Rudnick 2016, S. 96.

Den Umgang mit solchen »Fotografien-wider-Willen«¹⁴ thematisiert die Ausstellung in der räumlich anschließenden ehemaligen Dunkelkammer des Institutsgebäudes. Eine Soundinstallation mit dem Geräusch eines analogen Vergrößerers regt hier im Zusammenspiel mit einer erklärenden Texttafel zur Reflexion an. Zugleich findet sich in diesem kleinen Raum ein Datenbankterminal zur vertiefenden Beschäftigung mit dem Thema sowie für die Recherche der Hamburger »Euthanasie«-Opfer.

Schlüsselobjekte für die Vermittlung

Um mit dem eng begrenzten Raum umzugehen, setzt die Ausstellung anstelle ausgedehnter Displays auf gezielt ausgewählte »Schlüsselobjekte«, anhand derer sich jeweils stellvertretend Themenbereiche erschließen lassen. Auf diese Weise wird zugleich der Blick auf einzelne Exponate fokussiert und eine Übersichtlichkeit in der Gestaltung gewahrt. Beinahe versteckt erscheint in einer abgesenkten Vitrine beispielsweise eine Ampulle des Beruhigungs- und Schlafmittels »Luminal«. Sie verweist auf die perfide Tötungsmethode in den sogenannten Kinderfachabteilungen im Rahmen der sogenannten Kinder-Euthanasie.

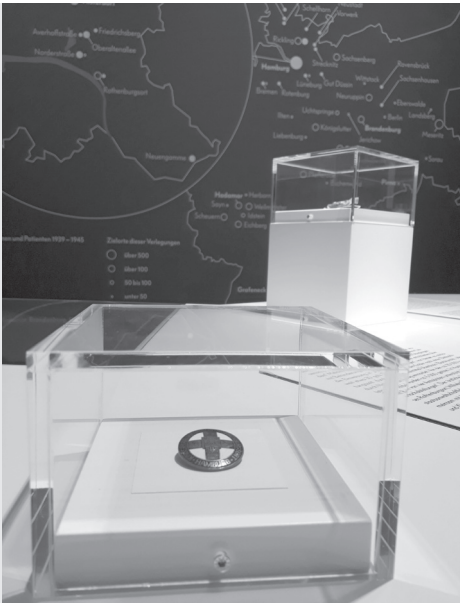


Abb. 3: Als »Schlüsselobjekt« für die Beteiligung von Pflegenden an der Kinder-»Euthanasie« steht eine Schwesternbroche aus dem Kinderkrankenhaus Rotenburgsort. Foto: Medizinhistorisches Museum Hamburg.

14 Dieser Begriff wurde ursprünglich im Kontext der kriminalanthropologischen Erfassung von Susanne Regener geprägt. Cornelia Brink hat dazu beigetragen, diese Kategorie u.a. auf Fotografien im medizinischen und psychiatrischen Anstaltskontext zu übertragen. Vgl. Regener 1999 sowie Brink 2008.

An anderer Stelle lässt sich anhand des Kolposkops die Ambivalenz des medizinischen Fortschritts auf Kosten von Menschenversuchen nachvollziehen. Der Altonaer Gynäkologe Hans Hinselmann (1884-1959) hatte das diagnostische Gerät mithilfe von Eduard Wirths (1909-1945), der seit 1942 Standortarzt im Konzentrationslager Auschwitz war, weiterentwickelt. Dazu nutzte er die Ergebnisse von Versuchen an weiblichen Häftlingen, die Wirths vor Ort initiiert hatte. Hinselmanns Karriere litt auch nach Kriegsende kaum darunter.¹⁵ Dass das Kolposkop weiterhin mit seinem Namen beworben wurde, weist auf personelle Kontinuitäten hin und verdeutlicht die mangelnde Aufarbeitung der NS-Verbrechen in der Medizin bis in die 1970er Jahre.¹⁶

Ein vieldiskutiertes Exponat ist auf der anderen Seite das großformatige Porträt des Psychiaters Hans Bürger-Prinz (1897-1976). In der Nachkriegszeit als moderner Reformler gefeiert, war er als Leiter der Psychiatrischen Klinik zwischen 1940 und 1945 an der »Durchmusterung« der Patient:innen für die Verlegung von rund 2.000 »reinen Asylfällen« nach Langenhorn verantwortlich. Die Mehrzahl von ihnen wurde in den »Euthanasie«-Aktionen ermordet. Das 1967 gefertigte Auftragsporträt unterliegt in seiner Präsentation einer Vielzahl von Spannungen. Geschaffen wurde es von Conrad Felixmüller (1897-1977), der als moderner Künstler verfemt und selbst psychiatriert war.¹⁷ Nachdem die Vergangenheit von Bürger-Prinz bekannt geworden war, wurde das Gemälde 1987 von der Chefetage der Psychiatrie entwendet und »in der Mitte von oben nach unten durchtrennt und so an einen Türgriff gehängt«. ¹⁸ In der Ausstellung hängt das Bild nun in Bodennähe, gerahmt von erklärenden Texten gibt es auch einem Täter ein Gesicht.

In den Bildungs- und Vermittlungsprogrammen des Museums eignen sich diese Exponate insbesondere für die Arbeit in Kleingruppen. Zwei speziell auf Schulklassen ab 14 Jahren zugeschnittene Angebote widmen sich den »Medizinverbrechen im Nationalsozialismus« in dialogischer Form.¹⁹ Dabei nähern sich die Schüler:innen in kleinen Arbeitsgruppen ausgehend von diesen »Schlüsselobjekten« den jeweiligen Themenfeldern und erschließen sich die jeweiligen Kontexte anhand der Ausstellung. Gemeinsam mit den Guides des Museums stellen die Gruppen anschließend »ihre« Exponate vor und erläutern die Zusammenhänge. Auf diese Weise werden auch zunächst abstrakt erscheinende Begriffe der NS-Gesundheitspolitik verständlich und im konkreten Geschehen nachvollziehbar.

15 Vgl. Dross et al. 2016, S. 53, 67f., 96.

16 Vgl. Schwoch 2020.

17 Vgl. Osten 2019.

18 Jan Gross, Direktor der Psychiatrischen- und Nervenklinik, an Weissenborn, Verwaltungsdirektor, 11.03.1987. Medizinhistorisches Museum Hamburg, Dokumentensammlung.

19 Die Vermittlungsprogramme sind auf der Internetseite des Medizinhistorischen Museums Hamburg einsehbar: <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/geschichte-und-ethik-der-medizin/medizinhistorisches-museum/fuehrungen-gruppenangebote/angebote-f%C3%BCr-schulklassen/index.html> [letzter Zugriff: 08.11.2023].

Raum für eine emotionale Annäherung bietet beispielsweise eine kleine Eisenbahner-Spielfigur, die im Jahr 2001 auf dem Gelände der ehemaligen Tötungsanstalt Hartheim bei Linz ausgegraben wurde. Über ihre:n Vorbesitzer:in ist nichts bekannt, wohl aber dass sie zu den letzten Habseligkeiten der bis zu 30.000 in Hartheim ermordeten Menschen gehörte. In der Ausstellung steht das Exponat für die zahlreichen unbekanntem Opfer der Krankenmorde. Aus dem ganzen Reichsgebiet waren psychisch Kranke und Menschen mit Behinderungen in das ehemalige Renaissanceschloss verlegt worden. Für 25 von ihnen lässt sich die Herkunft aus Hamburg nachweisen.

Die Spielfigur erlaubt auf diese Weise auch berührende Momente, ohne die Brutalität der Gewaltverbrechen bildlich oder sprachlich zu explizieren. Hier orientiert sich die Gestaltung und Konzeption des Lern- und Gedenkortes auch am Beutelsbacher Konsens, mit dem sich Gedenkstätten und Museen auf ein »Überwältigungsverbot« in der politischen Bildung geeinigt hatten.²⁰ Stattdessen wirft die Figur Fragen auf, die zur weiteren Beschäftigung mit dem Themenkomplex anregen: Welche Menschen kamen in die Tötungsanstalten? Wie war die »Aktion T4« organisiert? Oder: Warum wurden die Opfer systematisch aus ihren Fürsorgestätten herausgerissen?

Zugänglichkeit und Nutzungsmöglichkeiten

Bei der Ausgestaltung der Ausstellungsräume und -möbel wurde der barrierefreie Zugang weitestmöglich gewährleistet. So wurde trotz der geringen Raummaße beispielsweise eine Mindestbreite für Durchgänge eingehalten, um auch Besucher:innen im Rollstuhl einen direkten Blick auf alle Exponate und Themenfelder zu ermöglichen. Lediglich der Zugang zum Datenbankportal ist für einige Rollstuhlbreiten nicht möglich, da der historische Türrahmen hier besonders eng ist. Für die Besucher:innen steht daher auch ein mobiles Tablet mit den entsprechenden Inhalten zur Verfügung. Alle Displays und Texttafeln in den Räumen wurden auf einer Höhe platziert, die das Betrachten und Lesen im Sitzen ermöglicht. Für Menschen, denen längeres Stehen unmöglich ist, stehen zusätzliche Sitzmöglichkeiten in den Räumen bereit. Alle Ausstellungstafeln und -texte sind sowohl in deutscher als auch englischer Sprache angebracht. Zusätzlich hilft eine Broschüre mit Ausstellungstexten in einfacher Sprache bei der Orientierung.

Als nicht umsetzbar erwies sich im Zuge der Planung das Ansinnen, innerhalb der Ausstellungsräume kleinere Buchten für Gruppenarbeiten einzurichten. Hierzu fehlte es im Raum »Medizinverbrechen« an Platz, um eine adäquate Lösung umzusetzen. Insbesondere für Schulklassen, die oft mit bis zu 25 Teilnehmenden vor Ort sind, besteht daher die Möglichkeit, das »Museumslabor« im 1. Obergeschoss zu nutzen. Hier können beispielsweise eine kurze Einführung, die Besprechung von Arbeitsaufträgen

²⁰ Vgl. Knoch 2020, S. 145f. sowie Lange 2014, S. 19f.

oder auch eine Nachbesprechung stattfinden. Für die Arbeit in Kleingruppen hat sich wiederum gezeigt, dass diese sich gut auf die einzelnen Stationen und Themenfelder in den beiden Ausstellungsräumen verteilen lassen.

Buchbar sind die Vermittlungsprogramme über den Museumsdienst Hamburg. Dort kann neben einer Kurzführung über 60 Minuten das geschilderte »Museumsgespräch« in Seminarform gebucht werden, das je nach Vorwissen in 90 oder 180 Minuten absolviert werden kann. Für eine intensive Auseinandersetzung mit den grundlegenden Begrifflichkeiten und eine entsprechende Nachbesprechung der Inhalte empfiehlt sich hier die längere Variante.

Auch in die Lehrtätigkeit des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin ist der Lern- und Gedenkort inzwischen fest integriert. So stehen die Räume beispielsweise für die Kurse »Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin« zur Verfügung, so dass bis zu zehn Gruppen je Semester die Ausstellung besuchen. Auch hier hat sich eine objektorientierte Herangehensweise didaktisch bewährt, so dass sich die Medizinstudierenden ausgehend von den Exponaten einzelne Themenfelder erschließen und gruppenweise besprechen können.



Abb. 4: Der Lern- und Gedenkort bietet Schulklassen und Studierenden zahlreiche Anknüpfungspunkte, um über ethische und historische Themen ins Gespräch zu kommen. Foto: Dorina Kinzel.

Brücken bauen zu aktuellen ethischen Debatten

Auf diese Weise bietet der Lern- und Gedenkort vielfältige Möglichkeiten zur Anknüpfung historischer Sachverhalte mit aktuellen (medizin-)ethischen Debatten. Uta George spricht hier von der Möglichkeit zur »Aktualisierung«.²¹ So kann der Blick auf die Kriterien des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« und die Mechanismen der Zwangssterilisation zur Reflexion über Kategorien von »gesund« und »krank«, die Definition von Behinderung oder auch den Umgang mit der Pränataldiagnostik anregen.

Insbesondere die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen lässt sich im Rahmen eines Programms im Lern- und Gedenkort thematisieren. Wenngleich der Inklusionsgedanke heute auf vielen Ebenen vorangetrieben wird, ist die Identifikation mit dieser randständigen Opfergruppe aufgrund der Kontinuitäten von Stigmatisierung nicht vorauszusetzen. Wie Uta George hervorhebt, ist in Bezug auf die NS-«Euthanasie» der »Erlösungsgedanke als Rechtfertigung der Morde weiterhin virulent«.²²

Einen beträchtlichen Anteil der Besucher:innen des Museums bilden Schulklassen und Ausbildungsgruppen aus verschiedenen Gesundheitsberufen, wie der Kranken- und Altenpflege und der Medizin. In der Bildungs- und Vermittlungsarbeit lohnt sich hier insbesondere eine Beschäftigung mit den jeweils tatbeteiligten Gruppen und ihren jeweiligen Handlungsspielräumen. Die Identifikation mit der eigenen (zukünftigen) Berufsangehörigkeit kann hier hilfreich sein, das alltägliche Handeln zu reflektieren und ethische Grenzsituationen (z.B. Zwang in der Pflege) zu diskutieren. In Bezug auf die Tatbeteiligung der unterschiedlichen Berufe bei den nationalsozialistischen Mordaktionen kann hier im Lernort dem oft voreilig angenommenen »Befehlsnotstand« entgegnet werden.²³

Insgesamt spiegeln sowohl die inhaltliche als auch die mediale Gestaltung des Lernortes eine Abkehr von »Konfrontationspädagogik«²⁴ der frühen 1980er wider. Zugleich widmet sich die Ausstellung mit dem Blick auf die späte Aufarbeitung und verschiedene Gedenkkulturen im Privaten wie Öffentlichen der Erinnerungspolitik selbst. An dieser Stelle provozieren einzelne Exponate durchaus Fragen zum Umgang mit der Vergangenheit, die nicht nur im Rahmen eines Besuchs diskutiert werden können.

21 George 2010, S. 389.

22 Ebda, S. 387.

23 Ebda.

24 Ebda.

Literatur

- Brink, Cornelia (2008): Vor aller Augen: Fotografien-wider-Willen in der Geschichtsschreibung. In: WerkstattGeschichte 47, S. 61-74.
- Burlon, Marc; Zeidman, Lawrence A. (2016): »Euthanasie« an Kindern in Hamburg: Das »Reichsausschuß«-Verfahren – von der Meldung zum Hirnpräparat. In: KZ-Gedenkstätte Neuengamme (Hg.): »Euthanasie«-Verbrechen: Forschungen zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik (= Beiträge zur Geschichte der nationalsozialistischen Verfolgung in Norddeutschland 17). Bremen: Edition Temmen, S. 27–40.
- Dross, Fritz; Frobenius, Wolfgang; Thum, Andreas; Bastian, Alexander (2016): »Ausführer und Vollstrecker des Gesetzeswillens« – die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie im Nationalsozialismus (= Geburtshilfe und Frauenheilkunde 76) Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Endlich, Stefanie (2016): Orte und Formen des Gedenkens an Opfern der »Euthanasie«-Verbrechen. In: KZ-Gedenkstätte Neuengamme (Hg.): »Euthanasie«-Verbrechen: Forschungen zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik (= Beiträge zur Geschichte der nationalsozialistischen Verfolgung in Norddeutschland 17). Bremen: Edition Temmen 2016, S. 150–162.
- Gedenkort-T4.eu: Historische Orte des Gedenkens.
<https://gedenkort-t4.eu/historische-orte> [letzter Zugriff: 31.08.2023].
- George, Uta (2010): Gedenkstättenarbeit in Hadamar. Lernen mit der Geschichte. In: Rotzoll, Maike; Hohendorf, Gerrit; Fuchs, Petra; Richter, Paul; Mundt, Christoph; Eckart, Wolfgang (Hg.): Die nationalsozialistische »Euthanasie«-Aktion »T4« und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn: Schöningh, S. 384-390.
- Hamburger Euthanasie-Opfer: Die Toten von 1939-1945«.
<https://hamburger-euthanasie-opfer.de> [letzter Zugriff: 31.08.2023].
- Jenner, Harald; Wunder, Michael (2017): Hamburger Gedenkbuch Euthanasie: die Toten 1939-1945, hg. von der Senatskanzlei Hamburg, der Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen und der Landeszentrale für politische Bildung, Hamburg. Berlin: Metropol Verlag.
- Jenner, Harald; Wunder, Michael (2018): Den Opfern einen Namen geben: Datenschutzdebatte und Nennung der Namen von Krankenmordopfern im Gedenkbuch der Hamburger »Euthanasie«-Opfer. In: Rotzoll, Maike; Lilienthal, Georg; Beyer, Christof; Dietz, Andreas; BRÜNGER, Michael (Hg.): Der regional vernetzte Krankenmord. Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster/Pfalz in Verbindung mit Baden, Bayern, Elsass und Lothringen (= Berichte des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation 12). Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 168-173.
- Knoch, Habbo (2020): Geschichte in Gedenkstätten. Theorie – Praxis – Berufsfelder (=Public History – Geschichte in der Praxis). Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Krischel, Matthias; Halling, Thorsten (2020). Erinnerungsorte und Erinnerungskultur – Zur Karriere der »Memory Studies« in der Medizingeschichte – Memory Spaces and Cultures of Remembrance – Reflections on the Career of »Memory Studies« in the History of Medicine. In: Medizinhistorisches Journal 55 (3), S. 219–231
<https://www.jstor.org/stable/48586514> [letzter Zugriff: 31.08.2023].
- Lange, Carmen (2014): »Ich hätte nicht gedacht, dass das auch Spaß machen kann!« Pädagogische Arbeit an einem Ort, der für Leid, Verbrechen und Tod steht. In: Gedenkstätten-Rundbrief 173 (1), S. 16–21.

- Osten, Philipp (2019): Bildnis Hans-Bürger-Prinz, 1967. In: Wenderholm, Iris (Hg.): Kunstschätze und Wissensdinge. Eine Geschichte der Universität Hamburg in 100 Objekten. Petersberg: Michael Imhof Verlag, S. 188-191
- Osten, Philipp; Schröder, Helge (2020): Seuchen und Gesundheit. Unterrichtsmaterialien zur Medizin- und Sozialgeschichte Hamburgs. Hg. vom Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg und dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Hamburg: Medizinhistorisches Museum Hamburg.
- Regener, Susanne (1999): Fotografische Erfassung. Zur Geschichte medialer Konstruktionen des Kriminellen. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Rudnick, Carola (2016): Den Opfern ein Gesicht, den Namen wiedergeben. Der wissenschaftliche und erinnerungskulturelle Umgang mit den sterblichen Überresten getöteter Kinder der »Kinderfachabteilung« Lüneburg. In: KZ-Gedenkstätte Neuengamme (Hg.), Diercks, Herbert (Red.): »Euthanasie«-Verbrechen. Forschungen zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik. (= Beiträge zur Geschichte der nationalsozialistischen Verfolgung in Norddeutschland 17). Bremen: Edition Temmen, S. 96–107.
- Schwach, Rebecca; Sammet, Kai (Hg.) (2019): Forschen – Vermitteln – Bewahren. Das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und das Medizinhistorische Museum Hamburg. (= Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin 7). Berlin: LIT.
- Schwach, Rebecca (2020): Von der Schlussstrich-Mentalität zur kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus – 1945 bis heute. In: Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft (Hg.): Wissen schafft Demokratie. Schwerpunkt: Kontinuitäten, S. 170-181.
- Senatskanzlei der FH Hamburg (2017): Erinnerung an die Opfer der Medizinverbrechen im Nationalsozialismus. Neue Dauerausstellung eröffnet und Gedenkbuch übergeben. <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/9907792/2017-11-20-pr-nationalsozialismus-dauerausstellung-uke> [letzter Zugriff: 31.08.2023].
- Wille, Ingo (2016): »Euthanasie«-Gedenkstätte in Mankofen ... und in Hamburg? In: KZ-Gedenkstätte Neuengamme (Hg.): »Euthanasie«-Verbrechen: Forschungen zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik (= Beiträge zur Geschichte der nationalsozialistischen Verfolgung in Norddeutschland 17). Bremen: Edition Temmen, S. 182–185.

Werbung für das Sterilisationsgesetz Curt Thomallas Kampagnen im Auftrag des Propagandaministeriums

Philipp Osten

Sie wurde in einer Auflage von 30 Millionen gedruckt,¹ genügend Exemplare für jeden Briefkasten im Deutschen Reich. Die Flugschrift »gesunde Eltern, gesunde Kinder« hatte der frisch ernannte Referent des Reichsministeriums für Propaganda und Volksaufklärung, Dr. Curt Thomalla, 1933 für die NS-Volkswohlfahrt verfasst. Sein Heft im DIN A6 Format warb für die Zwangssterilisierung.²

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fand einen festen Platz in der nationalsozialistischen Propaganda. Die am 14. Juli 1933 verkündete Norm sollte als Aushängeschild dienen, und den »neuen Staat« als modern und an wissenschaftlichem Fortschritt orientiert präsentieren. An demselben Tag kündigte Hitlers Kabinett auch das Gesetz gegen die Neubildung von Parteien und Gesetze zur Ausbürgerung, zum Entzug des Vermögens und zur Einschränkung der Kunstfreiheit an, markanter Weise flankiert durch eine Verordnung zur Stellung der evangelischen Kirche sowie der ersten Ankündigung des mit Nuntius Pacelli verhandelten Reichskonkordats. Der folgende Tag war, als Verbraucherschutz verbrämten antisemitischen Propagandagesetzen gewidmet, die den Einzelhandel einschränkten und staatlich angeordnete Kartelle ermöglichten. Der Jurist Ernst Fraenkel hat die Kaskaden nationalsozialistischer Verordnungen und Gesetze bereits als Zeitgenosse aus rechtsphilosophischer Sicht kommentiert und das Deutsche Reich als »dual state« (1941) charakterisiert.³

In Deutschland war der Kampagne für das Sterilisationsgesetz kaum zu entgehen. Wobei ab etwa 1937 immer seltener das Gesetz selbst beworben wurde. Es hatte so

1 Mit der Auflagenzahl prahlte Thomalla in seinem Antrag zur Aufnahme in die Reichskulturkammer. Reichsverband Deutscher Schriftsteller, Aufnahme-Erklärung Thomallas vom 18.12.1933. Bundesarchiv Berlin RSK I 574. Blatt 5678.

2 »Die Broschüre ‚Gesunde Eltern – gesunde Kinder!‘ enthält den Wortlaut des Gesetzes zur Bekämpfung erbkranken Nachwuchses und seiner Begründung«, so lautete der eigentümlich formulierte Slogan auf einem Werbeplakat für die »Aufklärungsschrift« der NS Volkswohlfahrt. Das Plakat befindet sich in der Sammlung des Deutschen Historischen Museums Berlin, Inv.-Nr.: 1990/533.

3 Ernst Fraenkel: Der Doppelstaat. Recht und Justiz im »Dritten Reich«. Frankfurt 1974. Zur Geschichte des maßgeblich das Wirtschaftsleben schildernden Bands, dessen Thesen Fraenkel in Grundzügen schon 1936 formuliert hatte. Vgl.: Jens Meierhenrich: The Remnants of the Rechtsstaat. An Ethnography of Nazi Law. Oxford 1918, S. 159-180.

positive Publizität erfahren, dass nun schon der Verweis darauf die werbende Botschaft darstellte. Es diente als Metapher für die biologistische Orientierung des neuen Staates. Kein Kalender, seien es gebundene für Tagebuchaufzeichnungen, billige Abreißkalender oder der Werbekalender vom Kohlenhändler, erschien ohne ein Verzeichnis der »Nationalen Gedenktage«. Für das Kalenderblatt des 14. Juli – jenseits des Rheins Französischer Nationalfeiertag und durch den Jahrestag des Sturms auf die Bastille ein Datum mit Symbolcharakter für Demokratie und Menschenrechte – war deutschen Kalenderverlagen der Hinweis auf die Verabschiedung des Erbgesundheitsgesetzes vorgeschrieben.

Dieser Beitrag befasst sich mit einem erfolgreichen Propagandisten der NS Zwangssterilisierung. Er skizziert kurz die Biographie des Mediziners, Schriftstellers, Verbandsfunktionärs, Filmproduzenten und späteren Oberregierungsrats im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda nach. Gleich vier Exponate des Medizinhistorischen Museums Hamburg stammen von Thomalla: Ein Ausschnitt aus seinem, von dem noch im Ersten Weltkrieg zu Propagandazwecken gegründeten Bild- und Filmamt (BUFA) geplanten Film »Die Folgen der Alliierten Hungerkatastrophe«, ein Gesundheitspass von 1931, und die oben erwähnte Propagandabroschüre. In der Bücherwand⁴ steht Thomallas mit einer Lebensrune verziertes, ebenfalls massenhaft gedrucktes »volkstümliches Hausbuch für den gesunden und kranken [sic] Menschen« mit dem Titel »Gesund sein, gesund bleiben«. Die Konzeption von Romanen, Unterhaltungsliteratur, Kinderbüchern,⁵ Lexika und Ratgebern gehörte zu den weniger bekannten, doch zentralen Aktivitäten des Propagandaministeriums.

Im Folgenden wird die von Thomalla betreute, internationale Kampagne für das Sterilisationsgesetz geschildert. Ein kurzer Abschnitt beschreibt seine Rolle als Pressesprecher des Reichsausschusses für Hygienische Volksbelehrung zur Zeit der Weimarer Republik, die 1931 zu einem Eklat führte, als er einen »Gesundheitspass« lancierte, sowie seine vielfältige Tätigkeit im Propagandaministerium. In seine Zuständigkeit fiel die Umwidmung einer Zeitschrift für Arbeitssicherheit in ein Propagandablatt und die Konzeption eines Überwachungsapparats für internationale Kongresse. Am 3. Mai 1939 wurde Thomalla gemeinsam mit seiner Sekretärin in deren Berliner Wohnung tot aufgefunden. Auf Basis hier erstmals zitierter Quellen werden die Hintergründe erläutert.

4 Vgl. den folgenden Beitrag von Rebecca Schwoch in diesem Band.

5 Allen voran die noch immer mit dem Slogan »Kinder lieben Schneiderbücher« versehenen Bände des Franz Schneider Verlags. Sein Spektrum reichte von zwei, jeweils 40.000 mal gedruckten und von dem Schlächter von Lidice, Kurt Daluege herausgegebenen Jugendbüchern zur Verherrlichung der Einsätze von SS und Polizeibattalionen gegen die jüdische Bevölkerung im besetzten Polen (Helmuth Koschorke: *Poliziereiter in Polen, Berlin und Leipzig 1940*, sowie derselbe: *Polizei greift ein! Kriegsberichte aus Ost, West und Nord*, herausgegeben vom Chef der Ordnungspolizei, 2. Auflage, Berlin und Leipzig 1941) bis hin zu populären Mädchenbüchern, die ein erwünschtes Rollenbild festigen sollten. Zur Einbindung des Jugendbuchverlags in die NS Propaganda und zu einem Schneiderbuch des Freikorps- und SA-Standartenführers Walter von Medem vgl. Philipp Osten: »Kampf dem System«. Die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung schreibt Geschichte. Konkret 7/2012, S. 36-38.

Die Broschüre



Abb. 1: Titelbild der von Curt Thomalla konzipierten Broschüre mit dem Entwurf des Illustrators Franz Würbel.

Auf 16 Seiten, von denen zwei mit Werbung für die Zeitschrift »Neues Volk« des »Aufklärungsamtes für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege« belegt waren, präsentierte die an jeden Haushalt zugestellte Broschüre Thomallas den Wortlaut des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Als Titelbild (Abb. 1) diente die Zeichnung einer sechsköpfigen Familie, die dem Betrachter freudig entgegenstürmt. Das älteste Kind trägt die Uniform des Deutschen Jungvolks. Die Illustration stammt aus dem Berliner Werbebüro Franz Würbel, das bald für seine offiziellen Plakate für die Olympischen Spiele 1936 und für Autorennen bekannt werden sollte, die mit martialischen Männerphysiognomien die Ästhetik der nationalsozialistischen Hofbildhauer Josef Thorak und Arno Breker aufgriffen (Abb. 2).

Würbel entwarf auch die vier im Inneren des Heftchens abgedruckten Schaubilder. Das erste Klischee (Abb. 3) illustrierte die im Text erhobene Behauptung, »Für jeden Geisteskranken zahlt der Staat etwa 100 RM im Jahr, für jedes erbkranke, taubstumme oder blinde Kind 1500 RM., für jedes Hilfsschulkind 500 RM. Für das erbgesunde Volksschulkind hat er jedoch nur 75 RM.«⁶

Im Druck erschienen die Schaubilder kaum größer als anderthalb Briefmarken. Entsprechend reduziert war die Bildsprache. Der als »geisteskrank« apostrophierte Schüler sitzt verrenkt und abgewandt auf einem Stuhl. Die Darstellung des Blinden zeigt ihn tastend, der Hilfsschüler fasst sich an den Kopf, und der »erbgesunde Volksschüler« meldet sich fleißig. In Kleidung, Profil, Frisur und Haltung nimmt er die engagierte Körpersprache auf, die schon die Familie auf dem Titelbild kennzeichnet.

6 [Thomalla]: Gesunde Eltern, gesunde Kinder. Berlin 1934, S. 3.



Abb. 2: Plakate der Firma Würbel für politische Ziele und Sportereignisse.

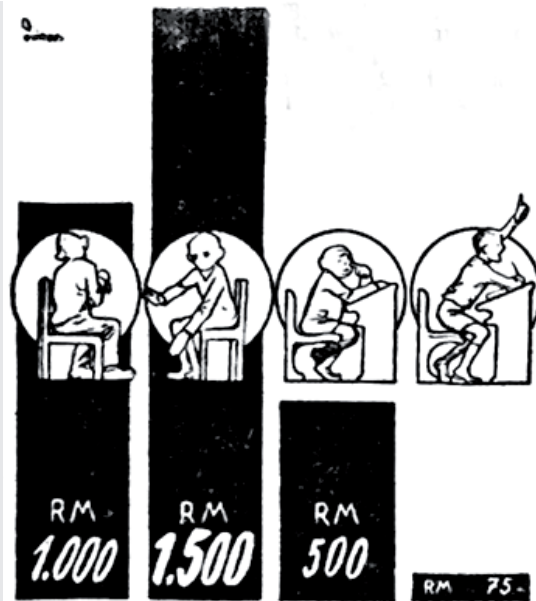


Abb. 3: Franz Würbel, unbetitelt
Illustration aus »Gesunde Eltern,
gesunde Kinder«, 1933.

Eine weitere Illustration (Abb. 4) bezog sich analog dazu auf Angaben über den täglichen Unterhalt für »Geistesranke«, »Verbrecher«, »Krüppel und Taubstumm« im Vergleich zu unteren Beamten und ungelerten Arbeitern.⁷ Erneut portraitierte die Darstellung des »Geistesranke« eine abgewandte Figur, deren Hinterkopf mit abstehenden Ohren durch wenige Striche skizziert ist. In einfachster Weise kolportiert die Zeichnung eine pathophysiognomische Stigmatisierung, die, in medizinischen Lehrbüchern ent-

7 [Thomalla] 1934, S. 6.

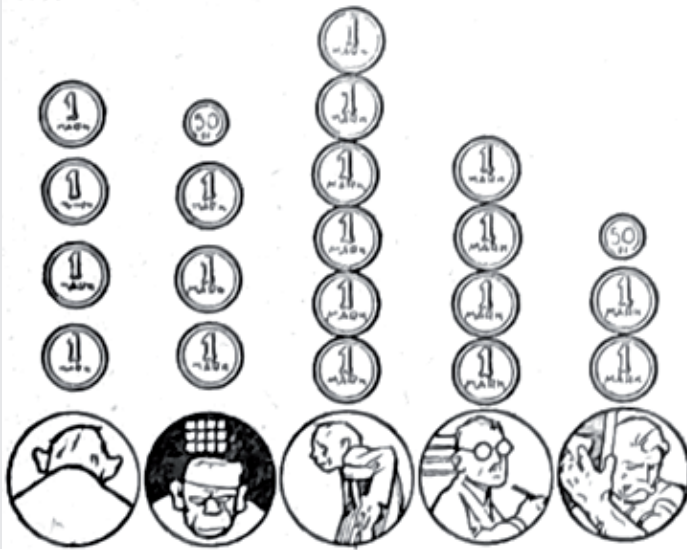


Abb. 4: Franz Würbel: »Geisteskranke, Verbrecher, Erblich Minderwertige, unterer Beamter, ungelerner Arbeiter«. Illustration aus »Gesunde Eltern, gesunde Kinder«, 1933.

wickelt, populäre Darstellungen lange erreicht hatte.⁸ Während der »Verbrecher« als bedrohlicher Gorilla mit Mütze dargestellt ist, erscheint der »erblich Minderwertige« mit hagerem Gesicht und auf eine Krücke gestützt. Die Gleichsetzung insbesondere von Insassen psychiatrischer Kliniken mit Körperbehinderten war umstritten. Hier erfolgt sie ungehindert der breiten Diskussion in der Zeit der Weimarer Republik⁹ und auch der Endphase des Ersten Weltkrieges, als Anstaltsleiter und Behörden debattierten, ob Körperbehinderte in das Hungersterben einbezogen werden sollten, dem zwischen 1917 und Kriegsende etwa 70.000 Patientinnen und Patienten psychiatrischen Anstalten zum Opfer gefallen waren. Der Orthopäde Konrad Biesalski, Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge und Direktor des Berliner Oskar-Helene-Heims schrieb 1917 an das preußische Innenministerium, Körperbehinderte würden nicht

8 Zu den als »neuropathisch« bezeichneten Stigmatisierungen vgl. Iris Ritzmann: Weiche Ohren und Affenfurche. Degeneration und Eugenik in Zürcher pädiatrischen Lehrmitteln. In: Iris Ritzmann, Wiebke Schweer und Eberhard Wolff (Hg.): Innenansichten einer Ärzteschmiede. Zürich 2008 S. 77-106. Sowie: Iris Ritzmann und Eberhard Wolff: Eugenische Blicke auf den Körper. Die Herstellung und Verfestigung eines Blickregimes der Minderwertigkeit. Schweizerisches Archiv für Volkskunde 118 (2022), S. 21-42.

9 Anschaulich dargestellt bei Petra Fuchs: Körperbehinderte zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation. Selbsthilfe, Integration, Aussonderung. München 2001. Sowie: Carol Poore: Der Krüppel in der Orthopädie der Weimarer Zeit. Medizinische Konzepte als Wegbereiter der Euthanasie. In: Wie teuer ist uns Gesundheit? (= Argument-Sonderband, AS 113) Berlin 1984, S. 67-78. Sowie: Werner Brill: Pädagogik im Spannungsfeld von Eugenik und Euthanasie. Die »Euthanasie«-Diskussion in der Weimarer Republik und zu Beginn der neunziger Jahre. Ein Beitrag zur Faschismusforschung und zur Historiographie der Behindertenpädagogik (= Saarbrücker Hochschulschriften, Erziehungswissenschaft 22). St. Ingbert 1994.

»für die Allgemeinheit wertloses Menschenmaterial darstellen, wie etwa Epileptiker, Idioten u[nd] dergl[eichen]«. ¹⁰

In der Folge der fünf Portraits hebt sich besonders der »ungelernte Arbeiter« von der Darstellung der andern ab, verkörpert er doch Kraft und Ruhe, wie ein Atlas, die Last auf seiner Schulter tragend. Den hier Skizzierten scheinen sich die Herausgeber als Zielgruppe der Illustration und der gesamten Flugschrift ausgemalt zu haben.

Auch die dritte Illustration (Abb. 5) ist mit dem Signet Franz Würbels gekennzeichnet. Wohl kaum ein Schaubild aus dem deutschen Propagandaministerium erfuhr in den 1930er Jahren eine ähnlich große internationale Verbreitung.

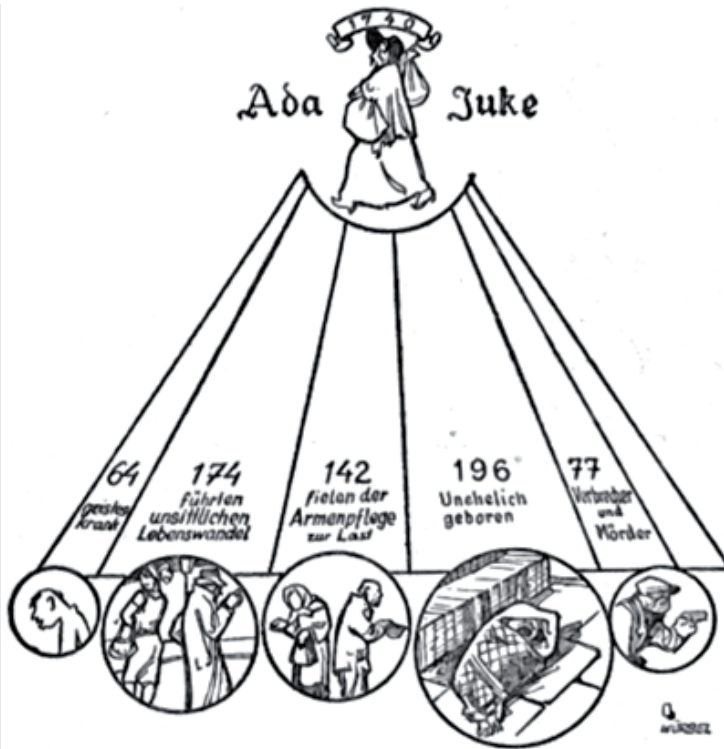


Abb. 5: Franz Würbel: Illustration aus »Gesunde Eltern, gesunde Kinder«, 1933.

Das Schema soll die Genealogie der Familie Juke illustrieren. Die Nachfahren der »Landstreicherin Ada Juke« wurde die 1877 von dem Kaufmann und Hobbysoziologen Richard Dugdale in dem Buch »The Jukes. A Study in Crime, Pauperism, Disease and Heredity. Also Further Studies of Criminals« als Musterbeispiel für familiäre Dege-

¹⁰ Geheimes Staatsarchiv Berlin, Biesalski an Innenministerium, 22.6.1917. Rep. 76 VIII B Nr. 1677, Bl. 88–91, hier Bl. 88. Vgl.: Philipp Osten: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer »modernen Krüppelfürsorge«. Frankfurt 2004, S. 325.

neration beschrieben. Als der deutsche Studienrat Jakob Graf 1929 an einem ersten deutschen Schullehrbuch der Vererbungslehre und Erbgesundheitspflege schrieb, fasste er die amerikanische Studie kurzerhand in fünf Sätzen zusammen und endete mit der Aufstellung: »709 Abkömmlinge, über die genaue Angaben vorhanden sind, zeigten folgende Zusammensetzung: 64 waren Geisteskrank, 174 führten einen unsittlichen Lebenswandel, 142 fielen der Armenpflege zur Last, 196 waren unehelich geboren und 77 waren Verbrecher, hiervon wieder 12 Mörder.«¹¹ Im Auftrag des Propagandaministeriums destillierte das Werbebüro Würbel aus den Schulbuchzahlen, ein Schema, das offensichtlich nicht dahingehend hinterfragt werden durfte, ob die aufgeführten »Verbrecher« ehelich geboren waren und einen sittlichen Lebenswandel geführt hatten. Das in »gesunde Eltern, gesunde Kinder« publizierte Klischee fand dennoch Abnehmer. Noch 1934 publizierten die Eugincal News die Abbildung mit englischem Text versehen als »Beispielhaft für die übelsten Kombinationen schlechten Verhaltens in einer einzigen Sippe«.¹² Spätestens ab 1937 wurde das plakative Diagramm aus Nazideutschland auch von der Sterilization League of New Jersey weiter verbreitet.¹³

Auf der Textebene leitete Thomalla seine Broschüre mit einem kurzen Vorwort ein, das er statt eines Titels mit der Anrede »Volksgenossen!« überschrieben hatte. Auf eine Verfasserangabe verzichtete er. Anstelle eines Unterzeichners stand am Ende der Einleitung eine kurze Beschreibung der Aufgaben des Reichsausschusses für den Volksgesundheitsdienst. Das war die 1933 neu gekürte Bezeichnung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung, dem Curt Thomalla vor seinem Wechsel in das Propagandaministerium als Pressesekretär gedient hatte (vgl. den Abschnitt zu Thomallas Karriere am Ende dieses Beitrags). In der Broschüre stand, die Organisation sei auf Anordnung des Innenministers gebildet worden, und sie gebe »jederzeit Auskunft über Fragen aus dem Gebiete der Bevölkerungspolitik, insbesondere der Erb- und Rassenkunde, der Erbgesundheits- und Rassenpflege«.¹⁴ Knapp erläuterte Thomalla in der Einleitung, der nationalsozialistische Staat sehe »nicht mehr das Einzelindividuum, den einzelnen Menschen, sein Glück und Wohlergehen als den Maßstab aller Dinge«. Für den »Nationalsozialismus und damit für das neue Deutschland« sei »hingegen« das »Volk in seiner Gesamtheit« der »Maßstab aller Werte«. Thomalla zeichnet das »deutsche Volk« als einen Jahrtausende überdauernden »lebendigen Strom des Blutes«, vor dem jedes Einzelschicksal zur Bedeutungslosigkeit verblasse.

11 Jakob Graf: Vererbungslehre und Erbgesundheitspflege. Einführung nach methodischen Grundsätzen. München 1930, S. 172. Der Band erschien 1934 in zweiter um antisemitische Passagen erweiterter Auflage unter dem Titel: Vererbungslehre, Rassenkunde und Erbgesundheitspflege.

12 Ohne Autorenangabe: Eugencal News 19 (1934). S. 61 (Abbildung) S. 62, Zitat, im Original: »The Juke family, illustrated by the accompanying figure (from J. Graf: Vererbungslehre und Erbgesundheitspflege, Lehmann, Munich) exemplifies one of the worst combinations of bad behavior in an isolated tribe.«

13 Garland E. Allen: Genetics, eugenics and the medicalization of social behavior. Lessons from the past. Endeavour 23 (1999), S. 10-19, dort S. 17.

14 [Thomalla] 1934, S. 2.

Das Heft habe zum Ziel, so ist in den Schlusszeilen der Einleitung zu lesen, »jeden einzelnen Volksgenossen« von der »unabänderlichen Notwendigkeit« des Erbgesundheitsgesetzes zu überzeugen.¹⁵

Neben dem Wortlaut des Gesetzes enthielt die Broschüre eine Erläuterung, in der auf den Meldevorgang, auf einzelne Diagnosen, auf Operationstechniken und auf mögliche Zwangsmaßnahmen hingewiesen wurde. Ein Kasten sollte religiösen Einwänden begegnen: »Manch einer wird sich zweifelnd fragen, ob ein Eingriff wie die Sterilisation nicht eine unbefugte Einmischung in göttliche und naturgegebene Gesetze sei«. Im Vergleich zu »Naturvölkern« (»barbarisch und roh«), hätten, so hieß es, »wir« als »als zivilisiertes und kultiviertes Volk die Möglichkeit, [...] mit dem uns von Gott verliehenen Verstande Methoden zu ersinnen und auszuüben, durch die wir die rohe und rücksichtslose Ausmerzung kranken und lebensunfähigen Nachwuchses verhindern können.«¹⁶ Für die vierte Umschlagseite des kleinen Hefts ersann Thomalla das Selbstzeugnis eines »erbkranken jungen Mädchens«, das er appellieren ließ, »wollen wir nicht jammern, sondern diese Gesetz mit frohem Bewusstsein tragen: daß wir damit das Unsere tun, unser geliebtes deutsches Volk zu retten!«¹⁷

In das Zentrum der Broschüre stellte Thomalla ein altbewährtes Mittel politischer Propagandaschriften. Unter dem Titel »Lindern oder Verhindern, Fürsorge oder Vorsorge« fingierte er eine Debatte, in der Vertreter unterschiedlicher Positionen und Berufe das Wort ergriffen. Sie füllte mit einem Umfang von sechs Seiten fast die Hälfte der Broschüre.¹⁸ In der Reihenfolge ihres Auftritts waren das: »Der Volksfreund«, »der Erbforscher«, »der Besserwisser«, »der Arzt«, »der Frontsoldat«, »der Fürsorgebeamte«, »der Angestellte«, »der Arbeiter«, »der Bedenkliche«, »der Liberale« und »der Theologe«. Einige wurden also bereits durch ihre Benennung der Lächerlichkeit preisgegeben. Der Auftritt des Theologen besteht lediglich aus dem Satz: »Vergessen Sie nicht die christliche Barmherzigkeit, meine Herren.« Dem Liberalen fiel die Rolle zu, auf das Recht des Einzelnen zu verweisen. Nach Erläuterung der Einspruchsmöglichkeit, bei Zweifeln an einem Sterilisierungsurteil zweitinstanzlich das Erbgesundheitsobergericht anrufen zu können, kommentierte er anerkennend, »das sieht ja ganz ordentlich aus«. Auch »der Bedenkliche« zeigt sich am Ende überzeugt. Das letzte Wort behielt der Erbforscher, in dessen Ausführungen auch die Erläuterung der Schaubilder erfolgte. Er wies auf die positive Resonanz des Gesetzes in den USA hin.

15 [Thomalla] 1934, S. 2.

16 [Thomalla] 1934, S. 15.

17 [Thomalla] 1934, S. 16.

18 [Thomalla] 1934, S. 3-8.

Rassistische Erweiterungen der Propaganda in *Scientific American* und *Readers Digest*

Einen publizistischen Coup für das Erbgesundheitsgesetz erzielte Curt Thomalla in den Vereinigten Staaten. Vor dem Hintergrund der starken Eugenikbewegung in den USA der 1920er und 1930er Jahre überrascht das dortige Interesse für das radikale Gesetz aus Deutschland kaum. Der erste Auftritt, des neuen Referenten des Propagandaministeriums vor der US-Öffentlichkeit war allerdings nicht günstig gewesen. Auf einer Pressekonferenz in Berlin hatte er im Juli 1933 neue Steuergesetze mit eugenischer Zielsetzung angekündigt. Paare ohne Kinder sollten stärker besteuert werden. Dabei hatte Thomalla verheiratete kinderlose Frauen als »legalisierte Prostituierte« bezeichnet. Den sexistischen Ausspruch schickte die Korrespondentin des *Chicago Tribune Press Service* über den Ticker. Mehrere Zeitungen übernahmen die Meldung und kommentierten sie als beispielhaft für den Stil der neuen Machthaber.¹⁹ Die Journalistin hieß Sigrid Schulz. Sie war es, die wenige Jahre später, wie Thorsten Noack eindrucksvoll recherchiert hat,²⁰ das Ausmaß der nationalsozialistischen Krankenmorde in den USA bekannt machte.

Im Juni 1934 kündigte der Herausgeber des *Scientific American* in seinem Editorial eine Artikelserie über Folgen des deutschen Sterilisationsgesetzes an, das ein halbes Jahr zuvor in Kraft getreten war. Der Herausgeber tat dies mit einem Zitat des greisen Wiener Orthopäden Adolph Lorenz, des Vaters von Konrad Lorenz.²¹ Es las sich wie ein Glaubensbekenntnis, das sich die Zeitschrift zu Eigen machte:

»Ich glaube an die Sterilisation der Untauglichen, weil es die Aufgabe der Medizin ist, Geisteskrankheiten und anderen Diagnosen vorzubeugen. Ich bin der Meinung, sie sollte

19 Sigrid Schulz: Germany to put outcast blot on childless wife. *Chicago Daily Tribune*, 6. Juli 1933. Sowie auf Basis ihrer Meldung (ohne Autorenangabe): Nazis aim Blow at childless. *Los Angeles Times*, 6. Juli 1933.

20 Thorsten Noack: NS-Euthanasie und internationale Öffentlichkeit. Die Rezeption der Behinderten- und Krankenmorde in den Vereinigten Staaten, in Großbritannien und in der Schweiz während des Zweiten Weltkriegs. Frankfurt am Main 2017.

21 Theodora Kalikow legte offen, wie sehr Konrad Lorenz für die NS-Krankenmorde geworben hatte: Theodora J. Kalikow: Die ethologische Theorie von Konrad Lorenz: Erklärung und Ideologie, 1938 bis 1943. In: Herbert Mehrtens und Steffen Richter (Hg.): *Naturwissenschaft, Technik und NS-Ideologie. Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte des Dritten Reiches*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1980, S.189-214. Eine beeindruckende literarische Verarbeitung, veröffentlicht noch zu Lebzeiten von Konrad Lorenz, findet sich in der Autobiographie des Geigers Michael Wieck, er schreibt: »Ausmerzen war ein Ausdruck, den der spätere Nobelpreisträger Konrad Lorenz benutzte, als er 1940, in einem Aufsatz, die nationalsozialistische »Rassenpflege« aufforderte, »fremdrassige züchterisch auszuschalten« und auf eine »noch schärfere Ausmerzung ethisch Minderwertiger bedacht zu sein, als sie es heute [1940] schon ist.« Das war ein Jahr nach dem Beginn der Euthanasietötungen und anderthalb Jahre vor der Wannsee-Konferenz, auf die die physische Vernichtung aller Juden beschlossen wurde.« Michael Wieck: Zeugnis vom Untergang Königsbergs. Ein »Geltungsjude« berichtet. Heidelberg 1988, S. 20-21.

auf alle psychiatrische Fälle angewandt werden, auf angeborene Geisteskrankheit, auf Alkoholiker, Kriminelle und moralisch Gestörte. Es ist zu hoffen, dass sie in Deutschland erfolgreich ist, und höchstwahrscheinlich wird sie Erfolg haben. Schließlich wird sie in allen zivilisierten Ländern als Mittel zur Beseitigung des Abschaums der Menschheit Einzug halten.« So schreibt Dr. Adolph Lorenz, prominenter Wiener Chirurg, über ein Thema, das in einem Artikel ab Seite 292 dieser Ausgabe behandelt wird.²²

Der so reißerisch angekündigte Beitrag stammte von dem Juristen Jacob Henry Landmann. Betont sachlich fasste Landmann die Diskussion über Eugenik in verschiedenen Staaten der USA zusammen, schätzte weitsichtig die Zahl der in Deutschland von Sterilisierungen Betroffenen auf 400.000 Menschen und ordnete das NS-Gesetz als Bestreben ein, den »Nordischen Zweig des deutschen Volkes rein zu halten«, nicht ohne festzustellen, die NS Rassenpolitik sei dazu fähig, die Vorschrift auch auf Juden anzuwenden.²³

Für die folgenden Ausgaben kündigte das Blatt in einer Randnotiz die Veröffentlichung von einem die Sterilisation befürwortenden und einem sie ablehnenden Artikel an. Zuerst kam im Juli-Heft des Scientific American der Präsident einer Human Betterment Society zu Wort, der das Kalifornische Sterilisationsgesetz pries, welches die Zwangsterilisation für Insassen staatlicher Institutionen vorsah.²⁴ Der dritte Artikel der Serie, versprach eine kurze Notiz am Ende des Beitrags, werde in zwei oder drei Monaten erscheinen.

Statt eines Einwands gegen die Sterilisation setzte in der Septemberrnummer jedoch ein weiterer sie befürwortender Artikel die Serie fort. Er stammte direkt aus dem Berliner Propagandaministerium. Der Herausgeber des Scientific American erklärte, man habe sich den Beitrag über die Deutsche Botschaft in Washington beschafft, er könne daher als offizielles Statement des Reichs zu seinen Zielen in Zusammenhang mit rassischer und nationaler Eugenik gelten. In einer weiteren Nummer werde dann Pastor Igantius Cox zu Wort kommen, ein Jesuit, dessen Gemeinschaft die eugenische Sterilisation ablehne.

Deutschland habe bei seiner Abfassung des Gesetzes von den Vereinigten Staaten mit Sterilisationsbestimmungen profitiert, leitete Thomalla seinen Beitrag ein. Es

22 Im original: I believe in sterilization of the unfit because it is the duty of medicine to prevent disease and this is one means of prevention, mental and otherwise. I believe it should apply to all mental cases, congenitals, drunkards, criminals, moral defectives. It is hoped that it will be successful in Germany, and most probably it will be successful. It eventually will come to all civilized countries as a means to get rid of the scum of humanity.' Thus writes Dr. Adolph Lorenz, prominent Viennese surgeon, of a subject which is dealt with in an article starting on page 292 of this issue.« Orson Desaix Munn: Across the editor's desk. Scientific American 150 (1934), S. 282.

23 Jacob Henry Landmann: Race Betterment by Human Sterilization. Scientific American 159 (1934), S. 292-295, dort S. 292.

24 Eugenic Sterilization Ezra Seymour Gosney: Eugenic sterilisation. Human betterment demands it. Scientific American 151 (1934), S. 18-19 und 52-53.

folgten ein paar Passagen über die Kosten von Hilfsschulkindern, die schon in seinem Propagandaflugblatt ›gesunde Eltern, Gesunde Kinder‹ zu finden sind. Dann stellte er, ganz im Stil des *Scientific American*, die Arbeiten eines Universitätsprofessors vor. Er wählte Studien zur Degeneration von Fritz Lenz. Das Beispiel, mit dem Thomalla eine rasante Ausbreitung negativen Erbguts behauptete, zielte auf schwarze Menschen. Thomalla schrieb:

»Angenommen, in Deutschland wäre die Bevölkerung im Jahr 1630 zu 50 Prozent weiß und zu 50 Prozent farbig gewesen. Wenn dann in den letzten 300 Jahren die farbige Bevölkerung im Abstand von 25 Jahren um vier Kinder zugenommen, und die weiße Bevölkerung alle 30 Jahre nur um drei Kinder, dann würden heute 90 Prozent der Menschen Farbige sein, und nur der verbleibende Teil wären Weiße. Ersetzen Sie Farbige durch solche Eigenschaften wie erblich schwach, asozial, indolent, idiotisch, unfähig, und ersetzen Sie für Weiß hochstehender Typus, fleißig, intelligent, mutig, u.s.w., und Sie werden erkennen, wie rasch eine ganze Nation degenerieren kann.«²⁵

Das Zitat macht deutlich, wie bedacht die nationalsozialistische Propaganda ihr Gesetz nicht allein in einen eugenischen sondern dezidiert in einen »rassenhygienischen« Kontext stellte. Die selbst nach nationalsozialistischer Gesetzgebung illegale Sterilisation der als »Rheinlandbastarde« verunglimpften Nachfahren französischer, belgischer und US-amerikanischer Soldaten begann mit öffentlicher Ankündigung.²⁶

Die im Oktober folgende Ausgabe des *Scientific American* beendete die Serie von Beiträgen zur eugenischen Sterilisation mit der vier Monate zuvor im ersten Editorial angekündigten Gegenposition.²⁷ Der Jesuitenpater Ignatius Cox war ein engagierter Gegner der Nationalsozialisten, wobei er vor allem für seine frühen Warnungen vor dem Ausmaß der Judenverfolgung bekannt wurde.²⁸ In seinem Statement erwähnte er den Beitrag seines Vorredners aus dem Propagandaministerium mit keinem Wort. Wohl aber spottete er auf der Basis des aktuellen Forschungsstands der Genetik (an-

25 Im Original: »Suppose that Germany in 1630 had possessed a population of which 50 percent were white and 50 percent colored. If, then, during the last 300 years the colored population had increased by four children at intervals of 25 years, and the white population by only three children at intervals of only 30 years, then 90 percent of the people today would have been colored, and only the remaining fraction white. Substitute for colored such qualities as hereditarily weak, asocial, indolent, idiotic, incapable, and for white substitute high type, industrious, intelligent, brave, and so on, and you will recognize how quickly an entire nation may degenerate.« Curt Thomalla: *The Sterilisation Law in Germany*. *Scientific American* 151 (1934), S. 126-127.

26 Zu den ersten Forschungsarbeiten differenziert: Georg Lilienthal: »Rheinlandbastarde«, *Rassenhygiene und das Problem der rassenideologischen Kontinuität: Zur Untersuchung von Reiner Pommerin: »Sterilisierung der Rheinlandbastarde«*. *Medizinhistorisches Journal* 15 (1980), S. 426-436. Zur Rolle der Kaiser Wilhelm Gesellschaft: Hans-Walter Schmuhl: *Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927-1945*. Göttingen 2005, S. 291-299.

27 Zu Cox und zu der Debatte im *Scientific American* vgl. Sharon M. Leon: *An Image of God: The Catholic Struggle with Eugenics*. Chicago 2013, S. 127-132.

28 Vgl.: Fr. Ignatius Cox dies. 43 years at Fordham. *The Fordham Ram* 47/2, 18. Februar 1965, S. 1.

spielend auf die gerade publizierten Bestrahlungsversuche Timoféef-Ressowskis) über die ausufernden und altbackenen Nachkommenstatistiken der Eugeniker. Der Jesuit argumentierte naturwissenschaftlich. Nur der letzte Absatz war philosophisch geprägt. Auch dort ist erkennbar, wie genau Cox seine Gegner kannte. Schallmeyers Diktum von dem kontraselektorisches Effekt des Krieges (in dem die Starken fallen, die Schwachen, Ausgemusterten überleben würden) stellte er seine Weltanschauung gegenüber, der eine Bewertung von Menschen nach ihren Fähigkeiten fremd war. Cox, der sich wohl bewusst war, dass er zu einem Publikum sprach, das seine Position überwiegend ablehnte, endete mit den Worten: »Man bedenke: Krieg und soziale Ungerechtigkeit sind zu oft das Ergebnis der Führung derjenigen, von denen man annimmt, dass sie von der besten eugenischen Art seien: der Gebildeten, der gesellschaftlich Angesehenen und der wirtschaftlich Erfolgreichen. Es mag gute Propaganda sein, Krieg und soziale Ungerechtigkeit zu billigen, in der Hoffnung, die menschlichen Übel durch Sterilisation auszurotten, aber es ist ganz sicher schlechte Eugenik.«²⁹

Dem Philosophen Cox war, in Hinblick auf sein Fach, die Rolle des Außenseiters zugeteilt worden. Gerade deshalb mag er naturwissenschaftlich argumentiert haben. Seine Position wurde an das Ende der Diskussion gesetzt, und das Verhältnis von zwei Sterilisationsbefürwortern zu einem Gegner, frante den Katholiken als Vertreter einer Minderheitsmeinung. Sie steht verloren neben dem Wiederhall, den Thomallas Artikel erfuhr. Denn der erreichte durch Wiederabdrucke ein Millionenpublikum.

Sorgte bereits die Reichweite des *Scientific American* für eine beachtliche Verbreitung von Curt Thomallas Beitrag, wurde sie im Oktober 1934 noch einmal erheblich gesteigert, als *Reader's Digest* (von den 1930er Jahren bis zum Anbruch der Online-Ära Nordamerikas erfolgreichstes Magazin) den deutschen Propagandartikel in einer leicht gekürzten Fassung nachdruckte. Die Passage über Schwarze Menschen blieb in dieser Version unangetastet erhalten.³⁰ Aus dem Diskussionsforum des *Scientific American* war der am Berliner Willhelmsplatz verfasste Artikel der einzige, der durch einen Wiederabdruck gewürdigt wurde. Es blieb nicht dabei. Auch die *Eugenical News*,³¹ die, neben Eugen Fischer, mit Ernst Rüdin und Falk Ruttke zwei der drei Kommentatoren des GzVeN in ihrem Editorial Board führten, druckten Thomallas Beitrag in voller Länge nach. In der Doppelnummer November/Dezember 1934 kam Thomallas Artikel auf die Titelseite.³²

29 Ignatius W. Cox: *The Folly of Human Sterilization*. *Scientific American* 151 (1934), S. 188-190, dort S. 190.

30 Curt Thomalla: *The Sterilisation Law in Germany*. *Reader's Digest* 13, Oktober 1934, S. 103-104.

31 Zur *Eugenical News* vgl. Klautke, Egbert: ›The Germans are beating us at our own game‹. *American eugenics and the German sterilization law of 1933*. *History of the Human Sciences* 29 (2016) Heft 3, S. 25-43.

32 Curt Thomalla: *The Sterilisation Law in Germany*. *Eugenical News* 13 (1934), S. 137-140.

Thomallas Karriere

Seit Paul Weindling seine Schlüsselrolle 1989 in seinem grundlegenden Band zum Aufstieg der Rassenhygiene beschrieben hat,³³ ist Curt Thomalla vor allem für seine sozialhygienischen Filme aus der Zeit der Weimarer Republik bekannt. Zu diesem Themenkomplex existiert eine umfangreiche Forschungsliteratur.³⁴

Thomallas früheste Propagandarbeiten stammen aus der Zeit des Ersten Weltkriegs. Der ehemalige Corpsstudent schrieb salopp über seine Verwundung in der Loretto-schlacht.³⁵ 1916 legte er in einem Breslauer Lazarett sein medizinisches Staatsexamen ab und promovierte an der dortigen Universitätsklinik.³⁶ Nach der Tätigkeit in einem neurologisch-psychiatrischen Lazarett kam er Ende 1917 nach Berlin. Dort baute er an der Universitätsklinik ein medizinisches Filmarchiv auf, über das er in Kontakt mit dem Bild und Film-Amt kam, aus dem im Zuge der Demobilisierung der verstaatlichten Filmindustrie die Universum-Film AG (Ufa) hervorging.³⁷ So wurde Thomalla zu einem der ersten Mitarbeiter der Kulturfilmabteilung der Ufa. Anfang 1919 arbeitete der Mediziner an einem Filmprojekt, das sein erster internationaler Erfolg werden sollte. Mit der Legende versehen, von einem US-Amerikanischen Mediziner namens William Held gedreht worden zu sein, produzierte er den Film »Die Folgen der Alliierten Hungerkatastrophe«, in dem Aufnahmen aus medizinischen Filmarchiven und aus dem Kaiserin Auguste Viktoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Berlin zu sehen sind. In der Kulturfilmabteilung der Ufa war er auch an dem Film »Krüppelnot und Krüppelhilfe« beteiligt, der die Verabschiedung eines preußischen Krüppelfürsorgegesetzes begleitete.³⁸ Seit dokumentarische Vorfilme, sofern sie von dem nationalkonservativ zusammengesetzten Kulturfilmausschuss mit einem Kulturfilmschein versehen worden waren, Filmabende von der Lustbarkeitssteuer befreiten, fanden belehrende Filme in der Zeit der Weimarer Republik zuverlässig ein – wenn auch nicht begeistertes – Publikum.³⁹

33 Paul Weindling: *Health, race and German politics between national unification and nazism, 1870-1945.* Oxford 1989, S. 380, 412-413.

34 Vgl. exemplarisch: Anja Laukötter: *Sex – richtig! Körperpolitik und Gefühlserziehung im Kino des 20. Jahrhunderts.* Göttingen 2021, S. 117-121, 161-169. Sowie: Andreas Killen: *Homo Cinematicus: Science, Motion Pictures, and the Making of Modern Germany.* Philadelphia 2017, S. 62-64, 142-151. Und: Ulf Schmidt: *Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik.* In: Jazbinsek, Dietmar (Hg.): *Gesundheitskommunikation.* Wiesbaden (Westdeutscher Verlag) 2000, S. 53-81.

35 Curt Thomalla: *Loretoschlacht. Erinnerungen aus dem Felde.* Köln 1915, Neuauflagen 1918 und 1919.

36 Curt Thomalla: *Radialislähmung und Sehnenplastik.* Breslau Univ. Diss 1916.

37 Curt Thomalla: *Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv.* Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 45 (1919), S. 87-97.

38 Vgl. Philipp Osten: *Filmdokument 87. Ärzte als Filmregisseure. Ein Ufa-Kulturfilm aus dem Berliner Oskar-Helene-Heim für die Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, aufgenommen in den Jahren 1910 bis 1920.* Filmbblatt 37 (2008), S. 36-55.

39 Vgl. Philipp Osten: *Emotion, Medizin und Volksbelehrung: die Entstehung des »deutschen Kulturfilms«.* Gesnerus. *Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences* 66 (2009), S. 67-102.

Thomallas Streifen standen in dem Ruf weniger langweilig zu sein. 1922 verschaffte er dem Wiener Psychologen Eugen Steinach Popularität, der Verjüngungskuren mit Hodengewebe propagierte und ein besonders eingängiges Modell der Sexualhormone verfocht. Mit Nacktaufnahmen bediente Thomallas ›Steinachfilm‹ die Männerphantasien seiner Zeit.⁴⁰ Nach der Privatisierung der Ufa (1923) wurde Thomalla freier Filmproduzent und Drehbuchautor. Sein bekanntester Film war eine abendfüllende, mahnende Dokufiction über die Syphilis, zu der sogar ein Filmbuch erschien.⁴¹ Thomallas Drehbuchbearbeitung zu Waldemar Bonsels Roman ›Die Biene Maja‹ blieb dagegen ein Flop.

Gesundheitspass

Der Syphilisfilm markierte Thomallas neue Rolle als Pressechef des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung, der als Abteilung des Reichsinnenministeriums gesundheitliche Aufklärung betreiben sollte. Er kann in seiner halb-staatlichen Organisationsform als Vorläufereinrichtung des Nationalen Instituts für Gesundheitserziehung am Dresdner Hygienemuseum und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in Köln angesehen werden.⁴² Neben Film- und Pressekampagnen plante Thomalla für den Reichsausschuss jährliche Reichsgesundheitswochen und regelmäßige Wanderausstellungen.

1930, auf dem Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise ersann Thomalla das Konzept für ein ärztliches Untersuchungsheft, dass er ›Gesundheitspass‹ taufte. Auf über 60 Seiten sollen darin lebenslang Befunde gesammelt werden, die Zahnstatus, Kinder- und Jugenduntersuchungen, Impfungen und Vorsorgemaßnahmen dokumentierten. Erbgesundheit war ein zentrales Thema, denn auch die Befunde der Eltern sollten verzeichnet werden: »Von besonderer Bedeutung ist, ob unter oben genannten Personen Krankheiten vorgekommen sind, die auf Vererbung beruhen, z. B. schwere Nerven- und Geisteskrankheiten, Schwachsinn oder Epilepsie, Neigung zu tuberkulösen Erkrankungen«.⁴³

Lobend rezensierte ›Volk und Rasse‹ (die NSDAP-nahe Zeitschrift aus dem J F Lehmanns Verlag wurde nach 1933 zum Hausblatt des Reichsausschusses für Volksgesundheit erklärt) die Initiative:

40 Christine N. Brinckmann; Rainer Herrn: Von Ratten und Männern. Der Steinachfilm, In: Montage AV. Zeitschrift für Theorie und Geschichte audiovisueller Kommunikation, Jg. 14 (2005), S. 78-100.

41 Curt Thomalla. Falsche Scham. Berlin 1926.

42 Zur Nachkriegsgeschichte vgl.: Christian Sammer: Gesunde Menschen machen ... Die deutsch deutsche Geschichte der Gesundheitsaufklärung, 1945–1967 (= Ordnungssysteme 57). Berlin 2020.

43 Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung (Hg.): Gesundheits-Paß. Bearbeitet von Dr. med. Curt Thomalla. Berlin 1931.

»Als geistiger Vater dieses Gesundheitspaßes bekennt sich Dr. med. Thomalla. Der Gesundheitspaß ist ein schmales geschmackvolles Büchlein in Leinen von 64 Seiten Umfang. Es enthält eine Reihe von Vordrucken für Eintragungen und dazwischen eingestreut, populär gehalten, einige Belehrungen, Anregungen u.s.w. mit dem Ziele, den Paßinhaber zur Beobachtung seines Gesundheitszustandes anzuhalten und seine Gesundheitspflege zu fördern. In der Einführungsrede [...] wies Dr. Thomalla am Schluss darauf hin, daß in späteren Jahren die Forschung über Vererbung, Krankheitsfolge, Lebensdauer Familieneigentümlichkeiten, u.s.w. wertvolles Material vorfinden solle, daß die Forschung heute leider nicht besitzt. Sehr wichtig und nur zu unterstreichen ist, was er über den Wert der Pflege des gesunden und normalen Menschen wie das Volksganze sagt. Der Gesundheitspaß und die Bestrebungen, die ihm entstehen ließen, können nur anerkannt und dem Paß weite Verbreitung gewünscht werden.«⁴⁴

Kritiker hingegen äußerten Bedenken in Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht und merkten an, dass Arbeitsuchende genötigt werden könnten, ihren Gesundheitspaß bei Bewerbungen vorzulegen. Es kam zu einer breiten Debatte, die schließlich auch den Reichstag erreichte.⁴⁵

Auf welcher breiter Basis die Diskussion über Datenschutz und Gesundheitsfürsorge geführt wurde, die Thomalla mit seinem Gesundheitspaß entfacht hatte, und welche Bevölkerungsschichten sie erreichte, verdeutlicht eine Fotocollage im Stil John Heartfields, die jedoch nicht in der Arbeiter Illustrierten Zeitung, sondern in einem politischer Tendenz völlig unverdächtigen Kriminal-Magazin veröffentlicht wurde (Abb. 6). Sie zeigt einen Schuljungen mit einem Zettel, auf dem in ordentlicher Schreibrift zu lesen ist: »Ich bin geimpft – Ich bin volksgezählt – Ich habe einen Gesundheitspaß – Ich bin standesamtlich, polizeilich, finanzamtlich, fürsorgeamtlich und kirchlich gemeldet, – kriege Mittwoch und Donnerstag aber bloß einmal was zu essen, weil Mutter nichts mehr hat und Vater erst am Freitag die Fürsorge krieget.«⁴⁶

Der Junge stand, neben Stempelkarten, Statistiken und Schaubilder montiert, in jenem kubanischen Gefängnis, das nach dem Vorbild von Jeremy Bentham's Panopticon errichtet worden war, und dessen Entwurfskizzen Michel Foucault im ersten Band von ›Überwachen und Strafen‹ abdruckte; als Metapher für eine Gewalt, die er in Verbindung mit der Aufklärung stellte.⁴⁷

Thomallas Gesundheitspaß wurde schließlich zurückgezogen. Erregt wandte er sich an die Mitglieder seiner corpsstudentischen Verbindungen in Würzburg und Kiel. Sie sollten sich »freundlichst in ihrem Kreise für den Gedanken einsetzen«, schrieb er in einem Rundbrief. Es werde »von der Öffentlichkeit und von den Einzelnen nicht begriffen, dass auch in der deutschen Versorgungsrepublik gelegentlich einmal etwas

44 Erich Suchsland: Gesundheitspaß und Hegebuch. Volk und Rasse (1931). S. 191-194, dort S. 192.

45 Vgl. Paul Lußheimer: Der Gesundheits-Paß. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 44 (1931), S. 268.

46 Ohne Autorenangabe, ohne Titel. Das Kriminal-Magazin 3 (1931), S. 1923.

47 Michel Foucault: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main 1977.

ausgegeben. Allein über die Jugendorganisationen werden auf diese Weise etwa 20 Millionen Menschen erfasst worden sein.

Unfallverhütung als Vehikel betrieblicher Propaganda, Kongressorganisationsinstrument als Kontrollinstrument in der Wissenschaft

Schon der Gesundheitspass war in Kooperation mit der Reichsarbeitsgemeinschaft für Schadenverhütung entstanden, denn Thomalla war dort ab 1929 auch Presseleiter des Verbands der Berufsgenossenschaften, deren Aufgabe die Unfallverhütung war. Es war diese Funktion, die ihn für den Höheren Dienst in Goebbels' Ministerium designierte. Denn die für Betriebe verpflichtende Werbung für Unfallverhütung und Arbeitssicherheit erschloss der politischen Propaganda neue Zielgruppen.

In »Unser Wille und Weg«, der »parteiämtlichen Propaganda-Zeitschrift für die politischen Leiter der NSDAP«,⁵¹ breitete Thomalla aus, welche Möglichkeiten sich durch die Umwidmung der in vielen Betrieben seit Mitte der 1920er Jahre ausliegenden Blätter zur Schadenverhütung in eine illustrierte Hetzpostille eröffneten, die er ab 1933 unter dem Titel ›Kampf der Gefahr‹ unter der vorgeschobenen Herausgeberschaft der ›Reichsarbeitsgemeinschaft für Schadenverhütung‹ weiter erscheinen ließ. Thomalla erklärte:

»Ist es nicht vermessen, die Schadenverhütung, also ein rein sachliches Fachgebiet, mit den höchsten nationalsozialistischen Weltanschauungsfragen in Verbindung zu bringen? Auf den ersten Blick mag das einem nicht Eingeweihten so scheinen. Wer aber die Entwicklung des Schadenverhütungsgedankens seit etwa zwei Jahren aufmerksam verfolgt hat, der kann sich der Einsicht nicht verschließen, daß hier ein Instrument praktischer Schulung geschaffen worden ist, das, richtig angewandt, auf dem indirekten Wege über Erfahrungen, Erlebnisse, Notwendigkeiten und Bedürfnisse des Alltags die Grundanschauungen des Nationalsozialismus in breiteste Volkskreise vorzutreiben vermag, die einer direkten rein weltanschaulichen Propaganda entweder nicht mehr zugänglich sind oder nie dafür zu haben waren.«⁵²

Tatsächlich füllten sich die Unfallverhütungsblätter seit der Umtitelung in »Kampf der Gefahr‹ mit antisemitischer Hetze, Warnungen vor Spionage und einer Homestory aus dem Krankenlager des in den Skiferien verunglückten Stürmer-Herausgebers Julius Streicher.⁵³

51 So lautete der offizielle Titel der von Goebbels herausgegebenen Monatsblätter der Reichspropagandaleitung.

52 Curt Thomalla: Schadenverhütung ist nationalsozialistische Erziehungsarbeit. Unser Wille und Weg (Ausgabe B) 6 (1936), S. 129-134, dort S. 129.

53 Vgl. Philipp Osten: Politik und Gesundheitsaufklärung in Ausstellungen, Plakaten und Filmen, 1880–1980. In: Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.): Medizin und öffentliche Gesundheit: Konzepte, Akteure, Perspektiven (=Schriften des Historischen Kollegs, Band 98). Berlin 2018, S. 201-230.

Offiziell trat Thomalla ab Mitte der 1930er Jahre als Herausgeber von Gesundheitsbüchern und als Anwalt der Schadenverhütung in Erscheinung. Doch ihm unterstand ein weiteres Projekt, das eher im Geheimen ausgeführt wurde. Er hatte unter dem Deckmantel der Berliner Medizinischen Gesellschaft eine Organisation begründet, die als eingetragener Verein unter dem harmlosen Titel Deutsche Kongress-Zentrale firmierte. Sie unterstand dem Propagandaministerium und dem Auswärtigen Amt. Die offizielle Funktion der Kongresszentrale bestand darin, Tagungsteilnehmern Visa zu verschaffen und Devisenfragen zu klären. Die Organisatoren aller im Deutschen Reich abgehaltenen Tagungen mit internationalen Besuchern hatten den Dienst der Kongresszentrale in Anspruch zu nehmen. Auch wer im Rahmen einer Dienstreise im Ausland einen wissenschaftlichen Vortrag halten wollte, hatte sich mit ihr abzustimmen. Vorträge mussten im Vorfeld schriftlich eingereicht werden. Erst nach der Begutachtung wurde die Reise genehmigt. Ab Ende 1936 existierte ein lückenloses Melde- und Genehmigungsverfahren auf Basis eines Führererlasses.⁵⁴ Thomalla wurde der Leiter der Kongresszentrale, die Reiseberichte einforderte und Informationen über internationale ebenso wie über heimische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sammelte.

Anfang 1939 wählte sich Thomalla auf dem Höhepunkt seiner Macht. Er war in Partei, Auswärtigem Amt, Propagandaministerium gut vernetzt und pflegte gesellschaftliche Kontakte als Alter Herr zweier ehemaliger Corps. Er machte sich Gedanken über die Kommunikation des nahenden Angriffs auf Polen und störte sich an der geringen Geheimhaltung der Vorbereitungen durch Minister Goebbels. Im Februar 1939 hatte Goebbels vor großer Runde offen über den bevorstehenden Krieg gesprochen, und Thomalla kritisierte ihn in einem namentlich nicht gekennzeichneten Brief, der an mehrere Dienststellen ging und Goebbels' Verlautbarungen zu den Kriegsplänen protokollierte. Verärgert notierte der Propagandaminister in sein Tagebuch:

»In Berlin noch etwas Arbeit und Ärger. In einem anonymen Rundschreiben werde ich nun noch des Landesverrats angeklagt, weil ich letztes Mal vor den Landesstellenleitern über die außenpolitischen Probleme gesprochen habe. Das ist offenbar das Letzte. Wenn ich diesen Schweinehund kriegen könnte! Ich hetze die Polizei darauf.«⁵⁵

Der Fall sorgte für Unruhe. Höhere Beamte wurden verhaftet, darunter Reichsfilmin-tendant Fritz Hippler. Einige Naziknaben berichten in ihren Memoiren, die Gestapo habe damit begonnen, alle Schreibmaschinen des Ministeriums für Schreibproben zu überprüfen.⁵⁶ Für Thomalla kam die scharfe Reaktion überraschend.

54 Erlaß des Führers und Reichskanzlers vom 13. November 1936. In: Jahrbuch der Kongresse 1939, herausgegeben als Diensthandbuch von der Deutschen Kongreß-zentrale e. V., S. 5.

55 Jana Richter (Bearbeiterin): Die Tagebücher von Joseph Goebbels, im Auftrag des Instituts für Zeitgeschichte und mit Unterstützung des Staatlichen Archivdienstes Rußlands hrsg. von Elke Fröhlich. Teil I: Aufzeichnungen 1923-1941, Band 6: August 1938 – Juni 1939. Berlin 1999, S. 265.

56 Sigmund Graf: Von SM zu NS. Erinnerungen eines Bühnenautors 1900 bis 1945. München 1963, S. 289. Sowie: Fritz Hippler: Korrekturen, zeitgeschichtliche Spurensuche, einmal anders. Berg 1994, S. 135.

In der Nacht zum 3. März 1939 wurde er gemeinsam mit seiner Sekretärin Maria Brandt in deren Wohnung im Steglitzer Dalandweg tot aufgefunden.⁵⁷ Die Geheime Staatspolizei gab an, es habe sich um einen »Freitod nach Leuchtgasvergiftung« gehandelt. In einem maschinengeschriebenen Abschiedsbrief an seine Frau gab Thomalla an, er habe »Dr. G. stürzen« wollen. In der Schlusspassage findet sich der Aufruf, »Bleibe Adolf Hitler und der Idee treu und ergebe. Es war ja doch auch für ihn, was ich tat.«⁵⁸

Gerüchte, Thomalla sei wegen seiner guten Auslandskontakte im Rahmen seiner Tätigkeit für die Kongresszentrale zum Gegner des Nationalsozialismus geworden, können auf der Basis des Abschiedsbriefes nicht bestätigt werden. Curt Thomalla steht für die Kontinuität politischer Propaganda im Gewand hygienischer Volksbelehrung von der Zeit des Ersten Weltkriegs über die Weimarer Republik bis in die NS-Zeit. Bemerkenswert ist die offene Diskussion über den Gesundheitspass im Jahr 1931. Demokratische Parteien und Pressevertreter kritisierten Thomallas Projekt als Angriff auf persönliche Gesundheitsdaten.

Literatur

- Allen, Garland E.: Genetics, eugenics and the medicalization of social behavior. Lessons from the past. *Endeavour* 23 (1999), S. 10-19.
- Beddies, Thomas: »Du hast die Pflicht gesund zu sein.« Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933-1945. Berlin 2009, S. 64.
- Brill, Werner: Pädagogik im Spannungsfeld von Eugenik und Euthanasie. Die »Euthanasie« Diskussion in der Weimarer Republik und zu Beginn der neunziger Jahre. Ein Beitrag zur Faschismusforschung und zur Historiographie der Behindertenpädagogik (= Saarbrücker Hochschulschriften, Erziehungswissenschaft 22). St. Ingbert 1994.
- Brinckmann, Christine N.; Herrn, Rainer: Von Ratten und Männern. Der Steinachfilm, In: *Montage AV. Zeitschrift für Theorie und Geschichte audiovisueller Kommunikation*, Jg. 14 (2005), S. 78-100.
- Cox, Ignatius W.: The Folly of Human Sterilization. *Scientific American* 151 (1934), S. 188-190.
- Fraenkel, Ernst: Der Doppelstaat. Recht und Justiz im »Dritten Reich«. Frankfurt 1974.
- Fuchs, Petra: Körperbehinderte zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation. *Selbsthilfe, Integration, Aussonderung*. München 2001.
- Gosney, Ezra Seymour: Eugenic sterilisation. Human betterment demands it. *Scientific American* 151 (1934), S. 18-19 und 52-53.
- Graf, Jakob: Vererbungslehre und Erbgesundheitspflege. Einführung nach methodischen Grundsätzen. München 1930.
- Graf, Sigmund. Von SM zu NS. Erinnerungen eines Bühnenautors 1900 bis 1945. München 1963.

57 Landesarchiv Berlin, Sterberegister der Berliner Standesämter 1874-1955, 1939, C, Berlin Steglitz, Urkunde 159 und 160.

58 Curt Thomalla an Gerda Thomalla, 2. März 1939. Nachlass zu Klampen, Ludwigsburg.

- Hippler, Fritz: Korrekturen, zeitgeschichtliche Spurensuche, einmal anders. Berg 1994.
- Jahrbuch der Kongresse 1939, herausgegeben als Diensthandbuch von der Deutschen Kongreß-Zentrale e. V.
- Kalikow, Theodora J.: Die ethologische Theorie von Konrad Lorenz: Erklärung und Ideologie, 1938 bis 1943. In: Herbert Mehrrens und Steffen Richter (Hg.): Naturwissenschaft, Technik und NS-Ideologie. Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte des Dritten Reiches. Frankfurt am Main 1980, S. 189-214.
- Killen, Andreas: Homo Cinematicus: Science, Motion Pictures, and the Making of Modern Germany. Philadelphia 2017.
- Klautke, Egbert: 'The Germans are beating us at our own game'. American eugenics and the German sterilization law of 1933. *History of the Human Sciences* 29 (2016) Heft 3, S. 25-43.
- Koschorke, Helmuth: Polizei greift ein! Kriegsberichte aus Ost, West und Nord, herausgegeben vom Chef der Ordnungspolizei, 2. Auflage, Berlin und Leipzig 1941.
- Koschorke, Helmuth: Poliziereiter in Polen, Berlin und Leipzig 1940.
- Landmann, Jacob Henry: Race Betterment by Human Sterilization. *Scientific American* 159 (1934), S. 292-295.
- Laukötter, Anja: Sex – richtig!: Körperpolitik und Gefühlerziehung im Kino des 20. Jahrhunderts. Göttingen 2021.
- Leon, Sharon M.: An Image of God: The Catholic Struggle with Eugenics. Chicago 2013, S. 127-132.
- Lilienthal, Georg: »Rheinlandbastarde«, Rassenhygiene und das Problem der rassenideologischen Kontinuität: Zur Untersuchung von Reiner Pommerin: »Sterilisierung der Rheinlandbastarde«. *Medizinhistorisches Journal* 15 (1980), S. 426-436.
- Lußheimer, Paul. Der Gesundheits-Paß. *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene* 44 (1931), S. 268.
- Meierhenrich, Jens: The Remnants of the Rechtsstaat. An Ethnography of Nazi Law. Oxford 2018.
- Munn, Orson Desaix: Across the editor's desk. *Scientific American* 150 (1934), S. 282.
- Noack, Thorsten: NS-Euthanasie und internationale Öffentlichkeit. Die Rezeption der Behinderten- und Krankenmorde in den Vereinigten Staaten, in Großbritannien und in der Schweiz während des Zweiten Weltkriegs. Frankfurt am Main 2017.
- Osten, Philipp: »Kampf dem System«. Die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung schreibt Geschichte. *Konkret* 7/2012, S. 36-38.
- Osten, Philipp: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer »modernen Krüppelfürsorge«. Frankfurt 2004.
- Osten, Philipp: Emotion, Medizin und Volksbelehrung: die Entstehung des »deutschen Kulturfilms«. *Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences* 66 (2009), S. 67-102.
- Osten, Philipp: Politik und Gesundheitsaufklärung in Ausstellungen, Plakaten und Filmen, 1880–1980. In: Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.): *Medizin und öffentliche Gesundheit: Konzepte, Akteure, Perspektiven* (=Schriften des Historischen Kollegs, Band 98). Berlin 2018, S. 201-230.
- Osten, Philipp: Filmdokument 87. Ärzte als Filmregisseure. Ein Ufa-Kulturfilm aus dem Berliner Oskar-Helene-Heim für die Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, aufgenommen in den Jahren 1910 bis 1920. *Filmblatt* 37 (2008), S. 36–55.

- Poore, Carol: Der Krüppel in der Orthopädie der Weimarer Zeit. Medizinische Konzepte als Wegbereiter der Euthanasie. In: *Wie teuer ist uns Gesundheit?* (= Argument-Sonderband, AS 113) Berlin 1984.
- Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung (Hg.): *Gesundheits-Paß*. Bearbeitet von Dr. med. Curt Thomalla. Berlin 1931.
- Richter, Jana (Bearbeiterin): *Die Tagebücher von Joseph Goebbels, im Auftrag des Instituts für Zeitgeschichte und mit Unterstützung des Staatlichen Archivdienstes Rußlands hrsg. von Elke Fröhlich. Teil I: Aufzeichnungen 1923-1941, Band 6: August 1938 – Juni 1939*. Berlin 1999.
- Ritzmann, Iris: Weiche Ohren und Affenfurche. Degeneration und Eugenik in Zürcher pädiatrischen Lehrmitteln. In: Iris Ritzmann, Wiebke Schweer und Eberhard Wolff (Hg.): *Innenansichten einer Ärzteschmiede*. Zürich 2008 S. 77-106.
- Ritzmann, Iris; Wolff, Eberhard: Eugenische Blicke auf den Körper. Die Herstellung und Verstetigung eines Blickregimes der Minderwertigkeit. *Schweizerisches Archiv für Volkskunde* 118 (2022), S. 21-42.
- Sammer, Christian: *Gesunde Menschen machen ... Die deutsch-deutsche Geschichte der Gesundheitsaufklärung, 1945–1967* (= Ordnungssysteme 57). Berlin 2020.
- Schmidt, Ulf: Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik. In: Jazbinssek, Dietmar (Hg.): *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden (Westdeutscher Verlag) 2000, S. 53-81.
- Schmuhl, Hans-Walter: *Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927-1945*. Göttingen 2005.
- Schulz, Sigrid: *Germany to put outcast blot on childless wife*. *Chicago Daily Tribune*, 6. Juli 1933.
- Suchsland, Erich: *Gesundheitspaß und Hegebuch. Volk und Rasse* (1931). S. 191-194.
- Thomalla, Curt: *Falsche Scham*. Berlin 1926.
- Thomalla, Curt: Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 45 (1919), S. 87-97.
- Thomalla, Curt: *Loretoschlacht. Erinnerungen aus dem Felde*. Köln 1915.
- Thomalla, Curt: *Radialislähmung und Sehnenplastik*. Breslau Univ. Diss. 1916.
- Thomalla, Curt: *Schadenverhütung ist nationalsozialistische Erziehungsarbeit*. *Unser Wille und Weg* (Ausgabe B) 6 (1936), S. 129-134.
- Thomalla, Curt: *The Sterilisation Law in Germany*. *Eugenical News* 13 (1934), S. 137-140.
- Thomalla, Curt: *The Sterilisation Law in Germany*. *Reader's Digest* 13, Oktober 1934, S. 103-104.
- Thomalla, Curt: *The Sterilisation Law in Germany*. *Scientific American* 151 (1934), S. 126-127.
- [Thomalla]: *Gesunde Eltern, gesunde Kinder*. Berlin 1934.
- Weindling, Paul: *Health, race and German politics between national unification and nazism, 1870-1945*. Oxford 1989.
- Wieck, Michael: *Zeugnis vom Untergang Königsbergs. Ein »Geltungsjude« berichtet*. Heidelberg 1988.

Literatur ohne Autorenangabe:

[Ada Juke]. Eugenical News 19 (1934).

[Collage Gesundheitspass]. Das Kriminal-Magazin 3 (1931), S. 1923.

Fr. Ignatius Cox dies. 43 years at Fordham. The Fordham Ram 47/2, 18. Februar 1965, S. 1.

Nazis aim Blow at childless. Los Angeles Times, 6. Juli 1933.

Archivquellen:

Bundesarchiv Berlin: Akten der Reichsschriftkammer, I 574.

Geheimes Staatsarchiv Berlin: Rep. 76 VIII B.

Archiv Corps Holsatia, Kiel.

Landesarchiv Berlin: Sterberegister der Berliner Standesämter 1874-1955.

Nachlass zu Klampen, Ludwigsburg.

Eine Bücherwand als medizinhistorische Spezialsammlung und Exponat im Lern- und Gedenkort des Medizinhistorischen Museums Hamburg

Rebecca Schwoch

Im deutschsprachigen Raum gibt es bedeutsame medizinhistorische bzw. speziell psychiatriehistorische Bibliotheken, wie z.B. die 10.000 Bände umfassende Spezialsammlung der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin, die in die Bibliothek des Berliner Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin integriert wurde und über einen »großen Bestand an Originalausgaben neurologischer und psychiatrischer Literatur aus dem 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts« sowie über Anstaltsberichte und Festschriften verfügt.¹

Eine historisch bedeutende Sammlung besitzt ebenso die Wissenschaftliche Bibliothek der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich, die sich in den Räumlichkeiten der Hauptbibliothek UZH – Medizin Careum befindet.² Das Historische Archiv des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in Berlin beherbergt die mehrere tausend Bände umfassende »Heinrich-Laehr-Sammlung«, eine wissenschaftshistorische Sammlung.³ Das Museum für Medizinhistorische Bücher im schweizerischen Muri sammelt und bewahrt Bücher aus den ersten Jahrzehnten des Buchdrucks bis ins 20. Jahrhundert sowie Archivalien aus der Medizin, Naturkunde, Botanik oder auch Evolutionslehre, darunter »besonders wertvolle und museale Raritäten«.⁴

Nicht zuletzt soll der ca. 10.300 Bände umfassende Bibliotheksbestand der ehemaligen Hamburger »Staatskrankenanstalt Friedrichsberg« genannt werden, der von der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) übernommen, systematisch ergänzt und erweitert wurde und letztlich im Zuge einer Zentralisierung sämtlicher auf dem Gelände des UKE verstreuten Bibliotheken – bis auf einen sog. Handapparat, der beim Institut für Geschichte und Ethik der Medizin verbleiben durfte – in der Ärztlichen Zentralbibliothek (ÄZB) landete. Dieser Bestand

Ich danke Henrik Eßler, Philipp Osten und Frauke Steinhäuser für's kritische Lesen.

1 Scholz/Seehausen 2012, o.S.

2 Vgl. Wissenschaftliche Bibliothek der PUK Zürich.

3 Vgl. Historisches Archiv des Max-Planck-Instituts.

4 Museum für Medizinhistorische Bücher MURI.

»repräsentiert eine in seiner Breite in Europa einzigartige psychiatriehistorische Bibliothek«. ⁵

Es gibt somit besondere Spezialsammlungen medizinhistorischer Publikationen, die mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten der Forschung sowie Interessierten zur Verfügung stehen. Eine medizinhistorische Spezialsammlung, die aber zugleich als Exponat in einem Museum fungiert, dürfte einzigartig sein. Diese Doppelfunktion als Spezialsammlung und als museales Exponat nimmt die Bücherwand im Lern- und Gedenkort ⁶ des Medizinhistorischen Museums Hamburg ⁷ ein und soll an dieser Stelle vorgestellt werden.



Blick auf die Bücherwand im Raum »Medizinverbrechen im Nationalsozialismus«. Foto: Axel Kirchhof, Foto- und Grafikabteilung UKE.

Eine Bücherwand als Spezialsammlung

Das Medizinhistorische Museum Hamburg verfügt über eine Spezialsammlung historischer Publikationen aus der Psychiatrie und Neurologie sowie angrenzender Fächer

5 Kintzel/Knittel/Krutky (2012), o.S.

6 Zum Lern- und Gedenkort des Medizinhistorischen Museums Hamburg vgl. den Beitrag von Henrik Eßler in diesem Band. Die Idee zu diesem Exponat Bücherwand hatte seinerzeit Dipl.-Designerin Alexa Seewald.

7 Vgl. Homepage des Medizinhistorischen Museums Hamburg.

wie Neuropathologie, Psychologie, Pädagogik, Seelsorge oder Krankenpflege. Etwa 1.400 Publikationen – Monographien, Handbücher, Sammelbände, Zeitschriften – befinden sich in dieser Bücherwand. Ein großer Teil dieser Sammlung stammt aus der ÄZB des UKE, der als Dauerleihgabe auch entsprechend im Campus Katalog, dem Bibliothekssystem der Universität Hamburg, vermerkt ist. Damit sind diese Bände recherchier- und ausleihbar. Das gilt bislang nicht für einen weiteren nennenswerten Teil der Sammlung, der aus aufgelösten Hamburger Bibliotheken stammt, darunter die Ärztliche Bücherei St. Georg, die psychiatrische Bibliothek aus Ochsenzoll, das ehemalige Tuberkulose-Krankenhaus Edmundsthal in Geesthacht nahe Hamburg; einige Exemplare sind aus privater Hand. Diese Bände müssen noch auf ihre Duplizität geprüft werden, denn die Hamburger Universitätsbibliotheken – dazu gehört auch die ÄZB – nehmen nur noch in Ausnahmen Duplikate auf.

Die in der Bücherwand befindlichen Publikationen sind Teil und zugleich größtes Exponat eines Raumes des Lern- und Gedenkortes, der sich wiederum mit den Medizinverbrechen im Nationalsozialismus beschäftigt, wobei es vor allem um die Zwangssterilisation und »Euthanasie« im Nationalsozialismus geht.⁸ Der zeitliche Rahmen umfasst zurzeit fast 140 Jahre: Das älteste Buch handelt über den »Begriff, das Wesen, Sitz und nächste Ursache des Wahnsinns nach der Erfahrung« von Karl Philipp Möller und stammt aus dem Jahre 1837/38; das jüngste Buch ist der 51. Band des Nervenarztes, des monatlichen Organs der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, aus dem Jahre 1976. Es handelt sich bei den Büchern also nicht nur um Publikationen aus der Zeit von 1933 bis 1945, sondern auch aus der Zeit davor und danach, um den ideologischen Weg, der zu diesen Verbrechen geführt haben mag, sowie die Nachkriegs-Kontinuität zu betonen. Es soll zum Ausdruck kommen, dass Theorien wie Eugenik und Rassenhygiene, Konstitutionstypologie oder Biologismus nicht erst mit dem Jahr 1933 ihren Anfang nahmen, und dass allzu viele Kontinuitäten und nicht gesühnte Taten mit dem Jahre 1945 kein wirkliches Ende fanden. So lässt sich in der Bücherwand J.L.A. Kochs Buch über die »psychopathischen Minderwertigkeiten« aus dem Jahre 1893 genauso finden wie Alfred Ploetz' Buch über die »Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen« von 1895 oder Francis Galtons »Genie und Vererbung« (1910). Auch bereits gut erforschte Kontinuitäten, wie beispielsweise die Biographie Otmar Freiherr von Verschuers, der vor 1945 ein bekannter Rassenhygieniker und nach 1945 der führende Humangenetiker der Bundesrepublik war, sind in der Bücherwand durch Publikationen aus den unterschiedlichen »Schaffensperioden« repräsentiert, darunter von Verschuers 1934 publiziertes Lehrbuch über die Erbpathologie und sein Buch über die »Gefährdung des Erbguts« als

8 Thematisiert werden in diesem Raum des Lern- und Gedenkortes auch – aus Platzgründen in einem nur kleinen Rahmen – die Kolposkopie-Versuche, die Hans Hinselmann an Auschwitz-Gefangenen vornehmen ließ, sowie wehrmedizinische Forschungsprojekte am Beispiel der sog. Hungerversuche an Kriegsgefangenen des Heinrich Berning, dessen Publikation im »Deutschen Militärarzt« von 1942 in der Bücherwand steht.

genetisches Problem aus dem Jahre 1962. Ein weiteres Beispiel sind die Publikationen von Werner Catel, vor und nach 1945 Professor für Kinderheilkunde, der maßgeblich an der Kinder-«Euthanasie» beteiligt war. Sein Lehrbuch über die »Pflege des gesunden und kranken Kindes« aus dem Jahr 1939 erschien noch 1972 in der 10. völlig neubearb. u. erw. Auflage bei Thieme.

Absichtlich sind in der Bücherwand aber nicht nur bekannte Rassenhygieniker wie Ploetz, Binding und Hoche (Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens), Baur/Fischer/Lenz (Menschliche Erblehre), Gaupp (Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger), Rüdin (Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat) oder Hans F. R. Günther (Kleine Rassenkunde des Deutschen Volkes) zu finden, deren Wirken eine menschenverachtende Ideologie resp. Medizin verkörperte, sondern auch Publikationen, die über Jahrzehnte Standardwerke in der jeweiligen Wissenschaft waren bzw. der wissenschaftlichen Ausbildung dienten und meist mehrfache Auflagen erlebten: Forel (Über die Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen), Kirchhoff (Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Aerzte), Kraepelin (Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte), Wernicke (Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen), von Krafft-Ebing (Psychopathia sexualis), Wundt (Elemente der Völkerpsychologie) oder Scholz (Leitfaden für Irrenpfleger).

Damit bietet die Bücherwand Material für eine vertiefende Auseinandersetzung mit medizinhistorischen Fragen aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen. Die Bücherwand enthält Literatur über Psychiatrie, Irrenpflege, Erbpathologie, Rassenphysiologie, Schizophrenie, Alkoholismus, Vererbungslehre, Humangenetik, Publikationen über Eugenik und Rassenhygiene, über Zwangssterilisation, Euthanasie und vieles mehr. Eine solche Bücherwand voller wissenschaftlicher – auch populärwissenschaftlicher – Literatur aus fast 140 Jahren zeigt, dass die ideologische Basis der Nazi-Verbrechen nicht nur aus einer Handvoll Bücher entstanden ist, sondern von einer schier unendlichen Reihe von Wissenschaftlern und auch Wissenschaftlerinnen produziert wurde und damit alle wissenschaftlichen, aber auch weltanschaulichen Richtungen mit eugenischem/rassenhygienischem Gedankengut durchdrungen hat.

Eine Bücherwand als Exponat

Neben dieser möglichen inhaltlichen Auseinandersetzung mit den gedruckten und publizierten Werken dieser Spezialsammlung hat die Bücherwand mit ihren vielen – bis zur Decke reichenden Regalen – auch eine Symbolkraft. Als größtes Exponat des sie beherbergenden Raumes soll sie in ihrer Übergroße die womögliche (Mit-)Täterschaft der vermeintlich »reinen« Wissenschaften als ideologische Basis für die Greuelthaten in der NS-Zeit symbolisieren. Die Bücherwand soll dazu anregen, über direkte oder auch indirekte Zusammenhänge zu reflektieren.

Da die Bücher bibliothekarischer Aufsicht unterstehen und zugleich – wie alle Exponate im Museum – von den Museumsbesucher:innen nicht berührt werden sollen, wurden an acht Stellen der Bücherwand beschriftete Boxen wie »Dummys« in die Regale gestellt, die Besucher:innen in die Hand nehmen können, um komprimierte Informationen über ausgewählte Publikationen wie auf einem Klappentext zu erhalten. Die zu diesen Boxen gehörenden Bücher stehen an anderer Stelle; manche, die selten und daher nicht leicht ersetzbar sind, können nur mit Hilfe einer Leiter erreicht werden. An den Büchern, auf die sich die Dummys beziehen, hängen Lesezeichen an einem roten Band herunter und signalisieren so die Zugehörigkeit. Die Dummys sollen an großformatige Bücher erinnern.

Verstärkt wird diese Wirkung des Exponates Bücherwand durch ihre räumliche Einbettung in die Geschichte von Zwangssterilisation und NS-«Euthanasie»: Auf der einen Seite wird die Bücherwand flankiert von einer 4,2 mal 2,4 Meter großen Übersichtskarte, die alle bisher bekannten Orte zeigt, an denen Krankenmorde an Hamburger Patientinnen und Patienten stattfanden. Die Karte veranschaulicht das Verlegungsnetz innerhalb Hamburgs. Sie zeigt zwar die zentralen Tötungsanstalten der »Aktion T4«, denn auch dort starben Menschen aus Hamburg, vor allem aber macht sie die absichtlich verschleierte Wege in den Tod der späteren Mordkampagnen sichtbar.⁹ Auf der gegenüberliegenden Seite des Lern- und Gedenkorts wird das Exponat Bücherwand von einer Darstellung des Gedenkens an die Opfer flankiert, das über Jahrzehnte hinweg nur im Privaten stattfand. Gezeigt werden Lisa Huesmann (1940-1943), Irma Sperling (1930-1944) und Elfriede Lohse-Waechter (1899-1940). Alle drei sind als »lebensunwertes Leben« ermordet worden.

Lisa Huesmanns Portrait, das nach einer Fotografie gezeichnet worden ist, hängt als Reproduktion direkt neben der immensen Bücherwand und zeigt ein Mädchen mit wachen, weit geöffneten Augen. Ihrem Blick könnte man die Frage entnehmen: Was macht Ihr da?

Eine Bücherwand als Medium der Sprache

Bücher transportieren Wissen. Ihr Medium ist die Sprache. Wissen und Sprache wiederum hängen mit Handeln zusammen und sind mit der kulturellen, sozialen und auch wissenschaftlichen Gemeinschaft verwoben. Sprache, so die Linguist:innen Katharina

9 Die Vorlage für diese Übersichtskarte stammt von Harald Jenner, der sie für das Hamburger Gedenkbuch Euthanasie erstellt hat; die grafische Umsetzung stammt von Tatjana Neiwert; vgl. die Innenfläche des hinteren Buchdeckels im Hamburger Gedenkbuch Euthanasie: Jenner/Wunder 2017. Zu diesem Gedenkbuch gehört ebenso eine Datenbank, die über die Website »Hamburger Euthanasie-Opfer«, <https://hamburger-euthanasie-opfer.de/> [letzter Zugriff 08.11.2023] zugänglich ist und vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE, betreut wird.

Bremer und Marcus Müller, hat »einen sehr direkten Zugang zu unserem Denken und Fühlen«. ¹⁰ Damit können Vermittlungswege zwischen Denken und Fühlen, Sprechen und Handeln verfolgt werden. Es macht einen Unterschied, ob wir von Ausländern oder Geflüchteten, von Asylbewerbern oder Migrant:innen sprechen, »denn in jeder dieser Bezeichnungen steckt eine spezifische Perspektive«. ¹¹ So macht es auch einen Unterschied, ob wir von Idioten, Schwachsinnigen und Geisteskranken oder von affektiven Störungen und schwerer Intelligenzminderung oder von Menschen mit besonderen Bedürfnissen sprechen. Die Wissenschaftssprache der Psychiatrie hat sich gewandelt. Neumanns »Blödsinnigkeits-Erklärung« aus dem Jahre 1847 galt als wissenschaftliche und korrekte Sprache. Ebenso Schüles »Geisteskrankheiten« von 1878, Weigandts »Idiotie« von 1906, Pelmans Erinnerungen eines »Irrenarztes« von 1912 oder Dollingers »Schwachsinnzustände« von 1921. Dies war die übliche, fachmännisch-wissenschaftliche Sprache.

Die Frage darf jedoch sein, welche Bedeutung, welches Denken und Fühlen, grundsätzlich dahintersteckte? Haben diese sprachlichen Mittel, hat diese aus unserer heutigen Sicht despektierliche Sprache, zu dem geführt, was dann kam? Das wäre sicher zu kurz gegriffen. Das Wort »Idiotie« beispielsweise stammt etymologisch aus dem griechischen und bedeutete »einfacher, ungelehrter Mann« sowie »eigen«, »eigentümlich«. Für das 9. Jahrhundert ist das Adjektiv »blöde« nachgewiesen, das für »träge, furchtsam, körperlich schwach« benutzt wurde, wobei nicht sicher ist, wo die linguistischen Wurzeln dieses Wortes liegen. ¹² Sprache kann zum Automatismus führen, Sprache kann auch das Gefühl lenken, das seelische Wesen steuern, Inhalte zu Allgemeingut machen. Mit Sprache drücken wir uns aus, sie beeinflusst unser Denken. Bestimmte Begriffe können uns mehr beeinflussen, als uns vielleicht lieb ist. Sprache ist im menschlichen Handeln, der Interaktion und in gesellschaftlichen Situationen verankert. Eine angemessene wissenschaftliche Sprache vermittelt Klarheit, Nüchternheit, Sachlichkeit, Präzision, Eindeutigkeit. Da sich Gebrauch und Bedeutung von Wörtern aber permanent verändern, ist es wertvoll zu untersuchen, welche Einflüsse solche Veränderungen anstoßen.

Auch wenn die These Vom-Wort-zur-Tat sicher zu einfach gegriffen ist, so war das sprachliche Fortschreiten von den »Blödsinnigen«, »Idioten« oder »Geisteskranken« hin zu den »leeren Menschenhülsen«, »Defektmenschen« oder »geistig Verödeten« ¹³ ein Schritt der Radikalisierung und Enthumanisierung der Opfer, was dazu beitrug, die Grundlage für das zu bilden, was letztenendes im Nationalsozialismus folgte: Zwangs-

¹⁰ Bremer/Müller 2021, S. VII.

¹¹ Ebda.

¹² Vgl. Kluge 1921; Etymologisches Wörterbuch 1993. Allerdings werden die Bedeutungen und Anwendungen für »Idiotie« oder »Blödsinn« in diesen etymologischen Wörterbüchern nicht als medizinische resp. psychiatrische Diagnosen erwähnt, sondern als Wörter aus dem alltäglichen oder auch literarischen Sprachgebrauch.

¹³ Binding/Hoche 1920.

sterilisation und Patientenmorde. Dies zeigt, dass sich Sprache und Wissenschaft in eine verhängnisvolle Richtung entwickelten. Die Nationalsozialisten beherrschten zudem die Sprachlenkung zur vollständigen Durchdringung der Gesellschaft perfekt. Die vielen, von Mediziner:innen organisierten, begangenen und zu verantwortenden Verbrechen sollten – wie Ortrun Riha es ausdrückte – das »Trauma des 20. Jahrhunderts« werden.¹⁴ Allein, ein Unrechtsbewusstsein war kaum vorhanden, zu überzeugt war man von der eigenen Wissenschaft, zu verwickelt waren allzu viele in ihre Scientific community, weswegen es Jahrzehnte bis zum Beginn einer kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus dauerte.¹⁵ Ob Julius Hallervorden oder Hans Jacob, ob Hans Bürger-Prinz oder Werner Villinger ... wie viele konnten ihre Karrieren fortsetzen und weiterhin publizieren, insbesondere auch ihre an Opfern der Patientenmorde erhobenen Befunde. Viele Jahrzehnte, vielleicht sogar bis heute, wurde/wird daraus zitiert.¹⁶

So kann eine Vielfalt an publiziertem Wissen, wie wir es in einer solchen Spezialsammlung vorfinden, dazu einladen, über Sprache nachzudenken, sie semantisch, soziolinguistisch und diskursanalytisch zu untersuchen und zu analysieren – unter Einbezug der Wirkung einer Bücherwand als Exponat in einem Museum.

Literatur

- Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner.
- Bremer, Katharina; Müller, Marcus (2021): Sprache, Wissen und Gesellschaft. Eine Einführung in die Linguistik des Deutschen. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Etymologisches Wörterbuch des Deutschen (1993): Bd. 1 A-L, Bd. 2 M-Z, 2. Aufl., durchges. u. erg. von Wolfgang Pfeifer. Berlin: Akademie Verlag.
- Historisches Archiv des Max-Planck-Instituts, <https://www.psych.mpg.de/49413/archive> [letzter Zugriff: 22.10.2023].
- Jenner, Harald; Wunder, Michael (2017): Hamburger Gedenkbuch Euthanasie: die Toten 1939-1945, hg. von der Senatskanzlei Hamburg, der Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen und der Landeszentrale für politische Bildung, Hamburg. Berlin: Metropolis Verlag.
- Kintzel, Melanie; Knittel, Meike; Krutky, Tanja (2012): Medizinhistorische Buchbestände am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und ihre Entsäuerung. In: GMS Med Bibl Inf. 12(1-2): Doc08.

14 Riha 2013, S. 81.

15 Vgl. Schwoch 2020.

16 Die Bücherwand enthält das Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie, in dem Jacob noch 1956 Befunde und Fotografien publizierte, die von in Lüneburg ermordeten Kindern stammten. Vgl. auch: Zeidman (2020), S. 500-507.

- Kluge, Friedrich (1921): *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*, 9., durchges. Aufl. Berlin/Leipzig: Vereinigung wissenschaftlicher Verleger.
- Medizinhistorisches Museum Hamburg, <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/geschichte-und-ethik-der-medizin/medizinhistorisches-museum//> [letzter Zugriff: 22.10.2023].
- Museum für medizinhistorische Bücher Muri: <https://www.mmbm.ch/sammlung.html> [letzter Zugriff: 22.10.2023].
- Riha, Ortrun (2013): *Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin*. 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Scholz, Melanie; Seehausen, Vera (2012): Von Augusta zu Klingsor, von Luise zu Benjain – Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Bibliothek des Instituts für Geschichte der Medizin in Berlin. In: *GMS Med Bibl Inf.* 12(1-2): Doc07.
- Schwoch, Rebecca (2020): Von der Schlussstrich-Mentalität zur kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus – 1945 bis heute. In: *Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft* (Hg.): *Wissen schafft Demokratie*. Schwerpunkt: Kontinuitäten, S. 170-181.
- Wissenschaftliche Bibliothek der PUK Zürich: <https://www.pukzh.ch/forschung/forschung-an-der-puk/wissenschaftliche-bibliothek/> [letzter Zugriff: 22.10.2023].
- Zeidman, Lawrence A. (2020): *Brain Science under the Swastika. Ethical Violations, Resistance, and Victimization of Neuroscientists in Nazi Europe*. Oxford: Oxford University Press.

V Berichte aus Projekten

Buchprojekt: Das Christophsbad Göppingen. Eugenik und NS-»Euthanasie« 1933 bis 1945

Daniel Hildwein und Thomas Stöckle

Einleitung

Das Buchprojekt basiert auf einer Studie von Daniel Hildwein, Mitarbeiter der Gedenkstätte Grafeneck, die im Auftrag der privaten Gesellschafter des Christophsbades Göppingen von 2017 bis 2019 erfolgte.

Ziel war es, das Schicksal der 293 Patientinnen und Patienten der Klinik zu erforschen, die vom Christophsbad aus in den Jahren 1940 und 1941 in verschiedene württembergische Heilanstalten verlegt worden waren. Hierbei handelte es sich zumeist um sogenannte »Staatspfleglinge«, für deren Unterbringungskosten die öffentliche Hand aufgekommen war. Die Recherchen ergaben, dass mehr als die Hälfte dieser Frauen und Männer 1940/41 im Rahmen der sogenannten »Aktion T4« in den Vernichtungsstätten Grafeneck in Württemberg und Hadamar in Hessen ermordet wurden.

Hieraus entwickelte sich ein konkretes Buchprojekt, weiterhin im Auftrag der Gesellschafter des Klinikums, für das die Stadt Göppingen – Kulturamt und Stadtarchiv – als Herausgeberin, und die Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg als Förderin gewonnen werden konnte. Als Ausgangspunkt des Buches dienten verschiedene allgemenhistorische Arbeiten zum Christophsbad im Nationalsozialismus von Thomas Stöckle, die zwischen 1994 und 2016 erschienen sind.¹ Diese frühen Forschungen lieferten erste Ergebnisse zu den Themen Rassenhygiene und Eugenik, Zwangssterilisation und »Aktion T4« sowie Ärzteschaft und Erinnerungsgeschichte und konnten für das Buchprojekt konkretisiert, in Teilen auch korrigiert und wesentlich erweitert werden. Gänzlich neu war die Frage nach möglichen Formen einer sogenannten dezentralen »Euthanasie«. Einen ersten Niederschlag fanden die Ergebnisse in einem Beitrag der Autoren für den Sammelband »Psychiatrie und Nationalsozialismus im deutschen Südwesten und angrenzenden Gebieten (I)«, der im Verlag Psychiatrie und Geschichte erschienen ist.²

Das Christophsbad Göppingen, geographisch 40 Kilometer östlich der baden-württembergischen Landeshauptstadt Stuttgart gelegen, war 1852 von Heinrich Landerer

1 Vgl. Stöckle 1994; Stöckle 2016.

2 Vgl. Hildwein/Stöckle 2022.

Die Forschungsergebnisse im Überblick

Bei genauerer Betrachtung der Geschichte des Christophsbades lassen sich Besonderheiten, Spezifika und auch Alleinstellungsmerkmale herausarbeiten, die die Göppinger Anstalt auszeichnen. Die Gegebenheiten und Bedingungen, die Abläufe und Prozesse, wie schließlich auch das Ende der Geschichte erlauben zwar keine gänzlich neue, aber doch eine deutlich differenziertere Wahrnehmung und Beurteilung einer Anstaltsgeschichte im Nationalsozialismus. Die Ergebnisse sollen hier in Kürze referiert werden:

1. Die Ärzteschaft des Christophsbades, inklusive der ärztlichen Leitung, vertrat aktiv eugenisch-rassenhygienische Vorstellungen und deren zugrundeliegende biopolitische Paradigmen. Die Praxis der Zwangssterilisation wurde von Beginn an begrüßt und von 1934 bis 1944, so die Jahresberichte der Klinik, durchgeführt. Einer der Oberärzte, Dr. Karl John, war zeitgleich Mitarbeiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP-Kreisleitung Göppingen und aktiver Propagandist von Rassenhygiene und Rassismus.
2. In den Jahren 1940 und 1941 wurde die Anstalt von der »Aktion T4« erfasst. Direkte Deportationen aus dem Christophsbad in die Vernichtungszentren der »T4« sind nicht nachweisbar. Vielmehr erfolgte, wie oben bereits ausgeführt, eine Vielzahl von Deportationen in die württembergischen Heil- und Pflegeanstalten Weinsberg, Winnenden und die Weissenau. Hierbei wurden 293 der 511 Patientinnen und Patienten »verlegt« und 180 von ihnen in den Jahren 1940/41 in Grafeneck und Hadamar ermordet.
3. Die Anstaltsleitung befand sich in dieser Situation in einem nicht aufzulösenden Spannungsfeld. Dieses bestand vereinfacht gesagt aus drei Werthaltungen und Interessen:
 - a. die grundsätzliche Loyalität gegenüber der Autorität des Staates, auch des NS-Staates, und der Akzeptanz der Idee der unterschiedlichen Wertigkeit des Menschen,
 - b. die Existenzsicherung und das Überleben der Anstalt,
 - c. der Schutz und die Fürsorgepflicht für die Patientinnen und Patienten.
4. Gegen die Verlegung von Patientinnen und Patienten wurden von Seiten der Leitung des Christophsbades eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen. Es begann damit, dass die Meldebogen des Reichsinnenministeriums, die im Oktober 1939 bereits eintrafen, bis Sommer 1940 nicht bearbeitet wurden. Zu den Gegenmaßnahmen zählten weiterhin direkte Verhandlungen mit den zuständigen württembergischen Ministerien, um die angekündigten »Verlegungen« abzuwenden, hinauszuzögern beziehungsweise die Zahl der zu Verlegenden zu verringern. Argumentiert wurde hierbei mit der Arbeitsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sowie ihrer generellen Nützlichkeit im Rahmen der Kriegswirtschaft. Ein weiteres zentrales Argument war die Sicherung der Existenz der Anstalt. Diese sahen die Verantwortlichen durch die geplanten »Verlegungen« bedroht. Die Gegenmaßnahmen, zu denen zuletzt auch die Androhung rechtlicher Schritte zählte, waren in Teilen erfolgreich. Die

württembergischen Ministerien zeigten sich zu Kompromissen bereit: Das Christophsbad musste nicht alle »Staatspfleglinge« abgeben. Zudem konnte eine Deportation gänzlich verhindert werden. Was die Auswahl der zu verlegenden Patientinnen und Patienten anging, liefen die Deportationen sehr unterschiedlich ab. Teilweise wurde die ärztliche Leitung von Seiten des Innenministeriums aktiv in den Selektionsprozess einbezogen und entschied so direkt und unmittelbar über die Verlegung bzw. den Verbleib von Menschen.

5. Für die Zeit nach der »Aktion T4« 1941 bis 1945 lassen sich in den Quellen keine Indizien für eine sogenannte dezentrale »Euthanasie« im Christophsbad finden. Jedoch erfolgten laut der Jahresberichte 1943 und 1944 zwei Verlegungsschübe von 56 Patientinnen und Patienten in die staatliche württembergische Anstalt Zwiefalten. Der Anstoß zur Abgabe dieser Menschen erfolgte 1943 von der Anstaltsleitung und 1944 von Seiten des Göppinger Gesundheitsamtes. Da es sich hauptsächlich um sogenannte »Dauerkranke« handelte und 34 bis 1945 in Zwiefalten verstarben, liegt der Verdacht nahe, dass diese Opfer einer ausgelagerten dezentralen »Euthanasie« wurden.
6. Das Christophsbad wurde als einzige der württembergischen Privatheilanstalten während des Zweiten Weltkriegs nicht aufgelöst oder umgewandelt. Es blieb bestehen und existiert bis zum heutigen Tag. Die Anstaltsplaner in Berlin und Stuttgart waren der Auffassung, das Christophsbad in seiner Funktion als private Heilanstalt zu belassen – entgegen der vorherrschenden Praxis und dem erklärten Ziel der Verdrängung privater und konfessioneller Träger und der Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Anders als das Christophsbad wurden die anderen Privatanstalten in Württemberg, die Kennenburg in Esslingen und das südwürttembergische Rotenmünster in Rottweil, aufgelöst.
7. Durch die Deportationen wurden »Staatspfleglinge« und oftmals auch intensiv pflegebedürftige »Langzeitpatientinnen und -patienten« aus dem Christophsbad verlegt. Die »Euthanasie«-Maßnahmen des NS-Staates wirkten somit als Katalysator für die Transformation des Christophsbades Göppingen von einer Heil- und Pflegeanstalt in ein modernes multifunktionales und bis heute bestehendes Klinikum und Gesundheitszentrum.

Opfer, Opferschicksale und ihre Darstellung

Zentrales Ziel der Arbeit war der Versuch, die Schicksale der im Rahmen der »Aktion T4« aus dem Christophsbad verlegten Frauen und Männer zu rekonstruieren. Hierbei konnten 292 von 293 Schicksalen geklärt werden. Um die Vielfalt der Lebenswege analytisch einordnen zu können, wurden drei Kategorien gebildet. Wie bereits beschrieben, wurde ein Teil der Patientinnen und Patienten 1940 und 1941 ermordet.

Sie bilden die mit Abstand größte Gruppe. Danach folgen die Schicksale derjenigen, die zwischen 1940 und 1945 in Einrichtungen verstarben und als mögliche Opfer einer dezentralen »Euthanasie« in Frage kommen. In einer dritten Gruppe wurden die Personen zusammengefasst, die die NS-Zeit und das Jahr 1945 überlebt haben. Drei Patientenschicksale konnten keiner der drei Gruppen zugeordnet werden. Insgesamt ergibt sich somit folgendes Bild:

- Verlegung 1940/41: 293 Menschen
- I. Opfer der »Aktion T4« 1940/41: 180 Menschen
- II. Verstorben in Anstalten 1940-1945: 49 Menschen
- III. Überlebende der NS-«Euthanasie«: 61 Menschen
- IV. Weitere Schicksale: 3 Menschen

Der Opferbegriff

An dieser Stelle soll kurz auf die Verwendung des Opferbegriffes eingegangen werden. Opfer sind unzweifelhaft die Menschen, die in den Vernichtungsstätten Grafeneck und Hadamar ermordet wurden. Sie stellen eine Kategorie sui generis dar, da sie nachweislich ermordet wurden. Aber auch die zwischen 1940 und 1945 in den Anstalten verstorbenen Patientinnen und Patienten werden als Opfer bezeichnet, unabhängig davon, ob eine dezentrale »Euthanasie« nachweisbar ist oder nicht. Letztendlich kann im Fall des Christophsbades für alle 293 Menschen, die im Zuge der »Aktion T4« verlegt wurden, der Opferbegriff Verwendung finden. Begründen lässt sich diese Tatsache einerseits mit den Begleitumständen, die mit den Deportationen einhergingen. Hierzu zählt vor allem die anzunehmende und in Einzelfällen auch überlieferte Todesangst, die die Betroffenen auszustehen hatten. Andererseits verschlechterten sich die Lebensumstände in den Einrichtungen während der Kriegsjahre dramatisch. Nahrungsmittel und Medikamente wurden verknappt, die Anstalten waren massiv überbelegt und in den Wintermonaten völlig unzureichend beheizt. In Teilen war dies eine Folge des Krieges, gleichzeitig aber auch Folge bewusster politischer Entscheidungen.

Namen und Biogramme

Der Frage der Namensnennung und der generellen Darstellung der Opfer gingen viele Diskussionen und Gespräche mit den Vertretern des Christophsbades und der Stadt Göppingen als Herausgeber voraus. Das Ergebnis war, dass alle 293 Namen vollständig genannt werden sollten, waren auch aus Sicht der Autoren doch alle diese Personen von Rassenhygiene und NS-«Euthanasie« betroffen. Der Wert des Menschen wurde zu



Emma Ackermann, geb. Noller, geboren am 17. Dezember 1879 in Menolzweiler (Reute/Murr), letzter Wohnort: Esslingen. Im Christophsbad seit dem 3. Juli 1930, verlegt nach Weinsberg am 21. Juni 1940, in Grafeneck ermordet am 11. Dezember 1940.

Emma Ackermann heiratete am 25. Mai 1910 in Albstadt-Ernst Ackermann. Das Paar hatte vier Kinder, wobei ein Kind tot zur Welt kam und ein zweites im Krankenhaus verstarb. 1923 war Frau Ackermann das erste Mal für etwa sechs bis drei Monate in Behandlung in der Universitätsreizeklinik Tübingen. Ab Juli 1930 beriet sie sich bis zu ihrer Verlegung nach Weinsberg im Christophsbad Göppingen. Die Ehe von Emma und Ernst Ackermann wurde 1932 geschieden.



Katharine Anshelm, geb. Ehwanger, geboren am 13. Februar 1881 in Esslingen-Zell, letzter Wohnort: Feuerbach. Im Christophsbad seit dem 6. August 1930, verlegt nach Weinsberg am 17. April 1940, in Grafeneck ermordet am 11. Dezember 1940.

Katharine Anshelm lebte mit ihrem Ehemann Rudolf Anshelm in Feuerbach. Ihre erste stationäre Behandlung war im Sommer 1930 im Krankenhaus in Feuerbach. Im Anschluss daran erfolgte im August 1930 die Aufnahme im Christophsbad, wo Frau Anshelm bis zu ihrer Verlegung nach Weinsberg im April 1940 blieb.



Adolf Arnold, geboren am 22. Januar 1907 in Obersensingen, letzter Wohnort: Owersingen. Im Christophsbad seit dem 8. November 1927, verlegt nach Weissenau am 26. Juni 1940, in Grafeneck ermordet am 5. Dezember 1940.



Marta Arnold, geboren am 13. Januar 1902 in Reichertshausen (Kreis Heilbronn), letzter Wohnort: Stuttgart, im Christophsbad seit dem 23. August 1933, verlegt nach Weinsberg am 21. Juni 1940, in Grafeneck ermordet am 11. Dezember 1940.

6.2 Opferschicksale



dieser Zeit allein über den Nutzen für die sogenannte Volksgemeinschaft definiert. Dabei spielten Namen, Herkunft, Geschlecht, Alter und Geschichte der jeweiligen Menschen keine Rolle. Ihnen wurde das Menschsein abgesprochen und ihr Lebensrecht negiert. Zu einem angemessenen Erinnern und Gedenken gehört aus dieser Perspektive die Nennung der Namen. So kann weiter über die Opfer geforscht und dadurch mehr über sie und ihr Leben in Erfahrung gebracht werden, wie dies Stadtarchive, Stolperstein-initiativen und viele Familien seit Jahren tun.

Für alle 293 Opfer wurden zudem kurze Lebensläufe, in der Darstellung Biogramme genannt, erstellt. Alle diese Biogramme enthalten die Geburtsdaten, Wohnorte, Anstaltsaufenthalte und gegebenenfalls, wo bekannt, Sterbedaten. Für die Biogramme konnte nicht auf das Patientenarchiv des Christophsbades zurückgegriffen werden, da dieses den Autoren nicht zugänglich gemacht wurde. Für einen Teil der »T4«-Opfer konnten 33 Krankenakten aus dem Bundesarchiv Berlin herangezogen werden. Die Biogramme dieser Menschen sind aus diesem Grund deutlich ausführlicher und differenzierter.

Im Hausarchiv des Christophsbades befand sich darüber hinaus ein Sonderbestand mit Patientenporträts, welcher erschlossen und den Autoren zugänglich gemacht wurde. Hieraus wurden Porträts der »T4«-Opfer übernommen. Diese finden sich im Buch auf einer mehrseitigen Bildtafel wieder, wurden aber auch einzelnen Biogrammen zugeordnet und dadurch personalisiert. In Abstimmung mit Heraus- und Auftraggebern wurde in manchen Fällen auf Fotos verzichtet, da diese die abgebildeten Menschen in despektierlicher Weise darstellten.

Nachnamen – Orte – Bildtafeln

Auf Wunsch der Heraus- und Auftraggeber wurde dem Buch eine Widmung vorangestellt:

»Im Gedenken an die Opfer.

Das Christophsbad Göppingen – Eugenik und NS-»Euthanasie« 1933 bis 1945«
Ausgehend hiervon erhält die Darstellung der Opfer eine weitere Dimension, die über eine rein wissenschaftliche Art und Weise hinausgeht. Autoren und Gestalter entwickelten hierfür eine Doppelseite, die Schwarz auf Weiß sowie Weiß auf Schwarz die Nachnamen der »T4«-Opfer sowie ihre Herkunftsorte nennt.

Eine zusätzliche Würdigung der »T4«-Opfer, so die Intention, sind vier Doppelseiten, Bildtafeln genannt, welche ausschließlich die Porträts der Opfer zeigen und keiner bestimmten Systematik folgen.

Wie eingangs erwähnt wurde die Geschichte des Christophsbades in Göppingen während der NS-Zeit schon in mehreren Arbeiten thematisiert. Hieraus resultierte eine Würdigung der Opfer sowohl im hauseigenen Museum »MuSeele« wie auch in einem Erinnerungsort im Park der Klinik. Die neuen und aktualisierten Forschungsergebnisse

Die Opfer von Grafeneck und Hadamar. Ackermann geb. Noller Anshelm geb.
 Ellwanger Arnold Auberte Bahnmüller Bäuerle Bass Berger Bisanz geb. Gröber Blach
 Blank Blankenhorn Böhm Böhmerle Böhler Bozenhardt Braun geb. Schwab Braun
 Brettmaler Brodbeck Brass Buck geb. Finsterwalder Gonzalezmann Decker
 Deutsche Dietrich geb. Widmann Döit geb. Bernauer Dorster geb. Bengel Drögmüller
 Eberspächer Ehekreiner Eisenlohr Ellinger Ellwanger geb. Lau Engelfried Engelfried
 Eppler geb. Girärer Ernst geb. Bazle Ertl Essig Esslinger geb. Wengler Finckh
 Fischer Fischer Fischer Frank geb. Katzenwaidel Frey geb. Haug Gänze Geiger Geiger
 Göritz Götz Greiner Greiner Gröser Grünenwald Häfner Häfner Hahn Haller Harr
 Hartschuh Henssler Herb Hertkorn geb. Reichert Hornung geb. Rehm Huber
 Hudelemaier Huppenbauer Jäck Jäger Jauch Kaiser Kientsch geb. Wagner Klein geb.
 Hägele Kleinhub Kleinmaier geb. Raetzler Klempf Klinik geb. Häussler Klotz Knobel
 Knödler geb. Hetzel Koch geb. Leopold Kopp Kottmann Kottmann Kraft geb. Meiser
 Krautter Kuhnle Kurz Kymast Langhein Leibfarth Lohrmann Lörcher Mai Maisch Maisch
 Mall Mall geb. Woerner Märkle geb. Reutter Mayer Mebert Merk Metzger Metzger
 Moitenkopf Mothes Müller Müller Müller Müntz Nagel Neukamm Osswald Otto Pfänder
 Pfeiderer Raith Rapp Rauscher Reinhardt Reinhardt Rieg geb. Allmendinger
 Rohrdantz Rüdile Rühle Ruf Rümelin Schaad Schauflier Scheible Schiller Schmeisser
 geb. Berner Schmid Schmidmaier Schöck Schöttle Schülle geb. Burkart Schütz
 Schwab Schwarz Schwarz Schwarz geb. Geiger Seitz geb. Vogt Seybold Speiser
 Spitzer Stadelmaier geb. Reiser Stanger Staudenmaier Stehle Stein Stieckel Sturm
 geb. Straile Strasser Strobel Thalhofer Theurer Thumm Treitz geb. Hess Ulmman geb.
 Bauer Unkel Veessenmayer Veit Vosseler Wähner geb. Wolf Waidelich Walz Weher
 Wenzelburger Wieland Wilder oder Wizenmann Wolf geb. Hafner Wörschinger
 Zimmermann Zigel

Die Geburts- und Wohnorte. Adelnammstelden Alch Altenried Altensteig
 Bachwang Ban Uhenzell Benningen am Neckar Beutelsbach
 Bietighelm-Bissingen Böblingen Bretzfeld-Bretlach Bronnen Calw Charkow Chicago
 Dallgow-Döberitz Denkendorf Derendingen Deuringen Ebersbach am der Fls
 Esslingen/Fls Engelstrand Ependorf Eschenbach Esslingen Esslingen-Oberesslingen
 Esslingen-ell Fellbach-Schmidlen Filderstadt-Bernhausen Finsterwalle
 Forchtenberg-Sindringen Frankenhardt-Gründelhardt Furtwangen Geislingen an
 der Steige Gerlingen Gersdorf Gingen/Fls Goggenbach Göppingen Göppingen-
 Bartenbach Göppingen-Faurnden Göppingen-Holzheim Gschwend-Hortlach
 Harthausen am Kocher-Gochsen Heidenheim/Brenz Heilbronn Heilbronn-
 Böckingen Hildrizhausen Hochdorf am Neckar Honhardt Kaisersbach Karge
 Karlsruhe Kempfen Kempten-Schellföhr Kirchheim/Teck Kirchheim/Teck-Uttingen
 Konakal Königsbronn Korntal-Münchingen Kornwestheim Kraptentrett Kressbach
 Krummeacker Kuechen Leipzig Lenningen Leonberg Lossburg Ludwigsburg
 Liebelsberg Magstadt Manolzweiler Markgröningen Mückmühl Mühlacker-
 Enzberg Mühlberg Neckartalringen Neuenstadt am Kocher Nürtingen Nürtingen-
 Oberensingen Nussdorf Obergröningen Ostfildern-Scharnhausen Pfäffingen
 Priedelbach-Untersteinbach Pforzheim Pfullingen Plochingen Reichenbach/Fls
 Reichartshausen Reutlingen Reutlingen-Rommelsbach Reutlingen-Sondeiflingen
 Rothenburg ob der Tauber Rundersberg Salach Schleiz Schöcklingen Schömalch
 Schorndorf Schrozberg-Leuzendorf Schwäbisch Hall-Steinbach Schwäbisch Gmünd
 Sindelfingen Sontheim/Brenz Stetten am Buchelberg Stuttgart
 Stuttgart-Bad Cannstatt Stuttgart-Böbling Stuttgart-Begerloch Stuttgart-Fellbach
 Stuttgart-Feuerbach Stuttgart-Gaisburg Stuttgart-Heslach Stuttgart-Münster
 Stuttgart-Ostheim Stuttgart-Pfanningen Stuttgart-Untertürkheim Stuttgart-Vaih-
 lingen Stuttgart-Weilmünster Stuttgart-Zuffenhausen Talheim Tübingen Über-
 lingen-Messelwangen Ulmingen Ulmingen-Sparwiesen Ulm Vaihingen/Enz
 Villingen-Schwenningen Volkmanndorf Wäschenbeuren Weinsberg Wein-
 stadt-Endersbach Weilheim Wendlingen Westhausen-Westerhofen Wiesensteig
 Wifflinghausen Willmandingen Winterbach Zürich



des Buchprojektes fanden bei seiner Neugestaltung Berücksichtigung. Insbesondere wurde ein »Buch« mit den Namen der Opfer dem Erinnerungsort hinzugefügt.

Literatur

Hausarchiv des Christophsbades.

Hildwein, Daniel; Stöckle, Thomas (2022): Die Privatheilanstalt Göppingen 1933-1945.

Rassenhygiene und NS-«Euthanasie». In: Müller, Thomas; Kanis-Seyfried, Uta; Reichelt, Bernd (Hg.): *Psychiatrie und Nationalsozialismus im deutschen Südwesten und angrenzenden Gebieten (I): Zwiefalten*: Verlag Psychiatrie und Geschichte, S. 51-90.

Lang, Stefan (2002): *150 Jahre Christophsbad. Von der Heil- und Pflgeanstalt zum Gesundheitszentrum*. Göppingen: S. Lang.

Museum »MuSeele«, <https://museele.de/> [letzter Zugriff: 08.11.2023].

Silberzahn-Jandt, Gudrun (2015): *Esslingen am Neckar im System von Zwangssterilisation und »Euthanasie« während des Nationalsozialismus. Strukturen – Orte – Biographien*. Ostfildern: Thorbecke.

Stöckle, Thomas (1994): *Das Christophsbad Göppingen und die »Aktion T4« – Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens« in den Jahren 1940/41*. In: Ruess, Karl-Heinz (Hg.): *Göppingen unterm Hakenkreuz*. Göppingen, S. 236-243.



In den achtziger und neunziger Jahren erschienen erste Vorträge und Veröffentlichungen.

Zu „150 Jahre Christophsbad Göppingen“ im Jahre 2002 wird im Buch von Stefan Lang endlich die Zeit des Nationalsozialismus dargestellt und der breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht.

Zeitgleich wird im Park der Klinik ein Gedenkort kindersicher gestaltet. Das 2004 eröffnete Psychiatrinstitut „MusSeal“ vermittelt in verschiedenen Aspekten anschaulich und kann bei vielen Führungen differenziert ausführen und Fragen beantworten.

Die Redaktion der in der Klinik herausgegebenen Zeitschrift „Seelengresse“ beschäftigt sich aktiv und regelmäßig mit der Thematik und veröffentlicht darüber. Jedes Jahr besuchen auch Verwandte von Opfern das Haus, erhalten Informationen und werden betreut.

Das zunehmende und nachhaltige Interesse fördert die weitere Erforschung der grausamen Geschehnisse in Arbeitsgemeinschaften und Tagungen, speziell eben auch zur des Christophsbad bezogen. Namentlich und Fotos von Opfern mitsamt einiger biographischer Umstände machen besonders betroffen.

Eine Neugestaltung der Gedenkstätte im Park wurde im Oktober 2020 eingeweiht.

Denkmale im Park der Klinik Christophsbad Göppingen zur Erinnerung an die Opfer von Zwangssterilisation und NS-Euthanasie

Stöckle, Thomas (2016): Die »Aktion T4« und die Heilanstalt Christophsbad in Göppingen.

Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens« in den Jahren 1940/41. 2. durchges. und erw. Aufl., Göppingen: Stadt Göppingen.

Waskiewicz, Dagmar (2017): Spurensuche. Else Ehekircher. Ein vergessenes Opfer der Euthanasie. 2. Aufl., Gerolzhofen.

Abbildungen und Fotos

Alle Abbildungen und Fotos aus:

Hildwein, Daniel; Stöckle; Thomas (2023): Das Christophsbad Göppingen. Eugenik und NS-»Euthanasie« 1933 bis 1945. Göppingen: Stadt Göppingen.

Zu Zwangssterilisation und dezentraler »Euthanasie« in den v. Bodelschwingschen Anstalten. Bericht aus dem DFG-Projekt »Großbetrieb der Barmherzigkeit. Bethel 1924-1949«

Marion Hulverscheidt und Uwe Kaminsky

Die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel mit ihren Anstaltsteilen Bethel (für Menschen mit Epilepsie und mit psychischen Erkrankungen) und Sarepta (Psychiatrische und Nervenabteilung für Frauen im Rahmen der ersten und zweiten Pflegeklasse) wurden in den 1920er-Jahren zu einem wesentlichen Teil des psychiatrischen Versorgungswesens in Westfalen, das nicht nur regional in Form von Provinzialheilanstalten, sondern auch konfessionell gegliedert war.¹ Insbesondere Menschen mit Epilepsie und geistiger Behinderung wurden seit dem 19. Jahrhundert traditionell von evangelischen und katholischen Anstalten versorgt. Die konfessionelle Aufteilung der psychiatrischen Fürsorge wurde durch die am Subsidiaritätsgedanken orientierten Fürsorgegesetze in der Weimarer Republik unterstrichen. Die v. Bodelschwingschen Anstalten gelten als größte deutsche Privatanstalt mit rund 3.000 gepflegten Menschen in den Bereichen Epilepsie und Psychiatrie um das Jahr 1930.

Die Entwicklung der v. Bodelschwingschen Anstalten lässt sich mit Prozessen der Professionalisierung des Pflegepersonals und der Medizinisierung des Anstaltsbetriebs beschreiben, die sich dann auch auf den Alltag der Patientinnen und Patienten auswirkten. Dieser Alltag war von Beginn an von christlichen Feier- und Festritualen, von gemeinsamen Andachten, Gottesdiensten oder auch Feiern mit einem religiös geprägten Pflegepersonal (Diakone und Diakonissen) mit missionarischem Anspruch geprägt. Das Anwachsen der Anzahl von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen statt mit den traditionell versorgten Menschen mit Epilepsie und damit verbunden die Vermehrung medizinischer Therapien seit den 1930er-Jahren bildete eine zunehmend

1 Die nachfolgenden Ausführungen stehen vor dem Hintergrund eines 2023 erscheinenden Sammelbandes über das von der DFG finanzierte Projekt, in dem in Stichproben mehr als 2.000 Akten der v. Bodelschwingschen Anstalten und im Vergleich gut 500 Akten der Provinzialheilanstalt Gütersloh statistisch erfasst und ausgewertet wurden. Vgl. erste Ergebnisse Kaminsky 2020. Wir bemühen uns um genderneutrale Sprache. Bei der Verwendung von geänderten Allgemeintermini sind alle Geschlechter gemeint, aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine Kenntlichmachung mit Asterix (*) verzichtet.

wissenschaftliche Orientierung ab, die sich u.a. in der universitären Herkunft der leitenden Ärzte als Psychiater spiegelte. Dies gilt für Carl Schneider² seit 1930, für Werner Villingner³ seit 1934 und auch für Gerhard Schorsch⁴ seit 1940. Auch der Chefarzt der Psychiatrischen und Nervenabteilung von Sarepta seit 1929, Karsten Jaspersen, war ein wissenschaftlich interessierter Psychiater, der ein Lehrbuch für das Pflegepersonal verfasste.⁵ Die Affinität der psychiatrischen Orientierung zur Eugenik bildete sich bereits früh aus und erhielt insbesondere in der Krisenzeit am Ende der Weimarer Republik eine starke Unterstützung in der Politik wie in den Fürsorgeverwaltungen.

Durchgeführte Zwangssterilisationen in Bethel

Die Befürwortung der Sterilisation als fürsorgerische und eugenische Maßnahme lässt sich für die v. Bodelschwingschen Anstalten sowohl hinsichtlich theologischer wie ärztlicher Vertreter aufzeigen. Anstaltsleiter Friedrich von Bodelschwingh, der Leiter der Zweiganstalt Eckardtsheim Gustav Dietrich, oder der Arzt Carl Schneider diskutierten im seit 1931 tagenden »Eugenischen Ausschuß« der Inneren Mission über die Sterilisation als fürsorgerische Maßnahme und über die Zwangssterilisation während der Zeit des Nationalsozialismus.⁶ Für Bethel betonte der Historiker Hans-Walter Schmuhl bereits, dass sich die v. Bodelschwingschen Anstalten zu einem »Schrittmacher des Sterilisierungsprogramms« entwickelten.⁷ Dies betrifft vor allem den konkreten Übergang von medizinischen zu eugenischen Indikationen für die Zwangssterilisation wie auch eugenische Schwangerschaftsabbrüche. Dies geschah im Vorfeld des Inkrafttretens des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« vom Sommer 1933 bis zum Frühjahr 1934.

Als Wegbahner für die Eugenik kann man den Betheler Anstaltsleiter Friedrich von Bodelschwingh (d.J.) sehen, der nicht nur bei einem Vortrag 1929 in Lübeck die Erwägung der Eugenik bei gleichzeitiger Ablehnung der »Euthanasie« diskutierte, sondern auch bei der ersten Konferenz des »Eugenischen Ausschusses« des Centralausschusses der Inneren Mission im hessischen Treysa 1931 durch seine Anwesenheit und Befürwortung der Eugenik dem Thema in der ansonsten konservativ skeptischen, damaligen Inneren Mission die Tore öffnete.

2 Vgl. Teller 1990; Becker von Rose 1990; Rotzoll/Hohendorf 2006, bes. S. 914-925; Schmuhl 1998, S. 76-80; Schmuhl 2005, S. 131f.; Schmuhl 2016, S. 64.

3 Vgl. Schäfer 1991; Schmuhl 2002.

4 Vgl. Schmuhl 1998, S. 86-88; Schmuhl 2016, S. 324-327; Dreyer 1992.

5 Vgl. Jaspersen 1949; Schmuhl 2001, S. 84 f.

6 Vgl. Beispiele für zitierte Äußerungen von Betheler Vertretern bei Bock (1986); Kaiser 1989; Kaminsky 2021a u. 2021b.

7 Stockhecke/Schmuhl (2013), S. 323.

An dem zu den v. Bodelschwingschen Anstalten gehörenden Krankenhaus Gilead fanden bereits vor dem Inkrafttreten des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« sowohl Schwangerschaftsabbrüche als auch Sterilisationen statt, offiziell mit Zustimmung der betroffenen Patientinnen und Patienten. Die zwischen Herbst 1933 und Frühjahr 1934 feststellbaren Sterilisationen geschahen vor dem Hintergrund der Verschiebung einer möglichen medizinischen zu einer eugenischen Indikation.⁸ Eine zentrale Rolle nahm dabei der Chirurg des Krankenhauses Sarepta, Richard Wilmanns, ein. Wilmanns war seit 1910 in den v. Bodelschwingschen Anstalten aktiv und hatte über Verwandtschafts- und Freundschaftsbeziehungen nicht nur Kontakte in die Evangelische Kirche, sondern auch zu Kreisen der NSDAP, wurde aber nicht Mitglied der braunen Partei.⁹

Wie sich in Diskussionen im eugenischen Ausschuss der Inneren Mission zeigen lässt, befürworteten Vertreter Bethels trotz Skepsis hinsichtlich des angestrebten Erfolges im Vorfeld des 1933 beschlossenen Gesetzes die Zwangssterilisation von vermeintlich erbkranken Menschen, lehnten dabei aber jegliche Bestrebungen der »Euthanasie« ab.

Die Anzahl von nachgewiesenen bzw. nachweisbaren Sterilisationen in Bethel wurde nach der Errichtung eines Mahnmals auf dem Anstaltsgelände vom Hauptarchiv Bethel (HAB) bis zur Gegenwart immer weiter ergänzt. In einer Begleitveröffentlichung zu dem 2001 eröffneten Mahnmal findet sich die Zahl von 1.176 Sterilisationen.¹⁰ Diese beruhte im Kern auf einem Operationsbuch des Krankenhauses Nebo (und Dothan), in dem die Kranken der Anstalt Bethel verzeichnet wurden. In den Folgejahren wurde im Hauptarchiv Bethel eine Datenbank angelegt, die sich aus verschiedenen Quellen speist. So wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes über das Krankenhaus Gilead das dortige Operationsbuch ausgewertet und die Betroffenen zusätzlich in einer Datenbank erfasst.¹¹ Zudem wurden in Sachakten und Einzelfallakten gefundene Betroffene ergänzt. Im Jahr 2022 dokumentiert die Datenbank 1.665 Fälle, aus denen nachfolgende statistische Aussagen gewonnen worden sind.¹²

Von den insgesamt 1.665 erfassten Sterilisationen in Betheler Krankenhäusern stammten aus den Einrichtungen der v. Bodelschwingschen Anstalten (Bethel, Eckardtshaus, Hermannsheide, Freistatt und Sarepta) insgesamt 1.214 Opfer. Von diesen wiederum sind 129 der Anstalt Sarepta und 1.085 den Einrichtungen der Anstalt Bethel zuzuordnen. Von außerhalb kamen einschließlich von zwei Fällen unbekannter Herkunft insgesamt 449 Menschen. Viele von diesen stammten aus den Fürsorgeerziehungseinrichtungen für Mädchen in Werther und Ummeln, in denen Diakonissen der Diakonissenanstalt Sarepta wirkten. Einzelne Fälle sind auch mit einer Aufforderung

8 Vgl. hierzu Hulverscheidt/Kaminsky 2022.

9 Eine seiner Schwestern war mit dem Berliner Bischof Otto Dibelius (1880–1967) verheiratet, was seine Einbindung in das protestantische Milieu besonders unterstrich. Vgl. Hauptarchiv der v. Bodelschwingschen Stiftungen (nachfolgend HAB): Sar1/661; Anonym 1953.

10 Vgl. Wolf 2001.

11 Vgl. Stockhecke/Schmuhl 2013.

12 Vgl. HAB: Datenbank Zwangssterilisationen.

Sterilisationen in den v. Bodelschwingschen Anstalten 1934-1945 (Stand 2021)

Haus	Häufigkeit	Prozent
Bethel	702	42,2
Eckardsheim	296	17,8
Hermannsheide	4	0,2
Freistatt	83	5,0
Sarepta	129	7,7
unklar	2	0,1
extern	449	27,0
Gesamt	1.665	100,0

des Erbgesundheitsgerichts bzw. des Gerichtsgefängnisses gekennzeichnet oder mit Privatadressen angegeben. Sie wurden meist eigens für die Durchführung der Sterilisation ins Krankenhaus aufgenommen. Durchgeführt wurden die Sterilisationen in den Betheler Krankenhäusern Gilead und Nebo. Der zuständige chirurgische Facharzt war Richard Wilmanns, der zusammen mit seinem Oberarzt Herbert Korte die meisten Sterilisationen vornahm.

Unter das Zwangssterilisationsgesetz fielen dezidiert Menschen, die an Epilepsie litten. Richard Wilmanns erklärte sich im Oktober 1933 bereit, Sterilisationsoperationen durchzuführen, gerade auch hinsichtlich der mehrheitlich in Bethel untergebrachten Epilepsiekranken.¹³

Sieht man die hohe Zahl von Sterilisationen in Bethel, die über die Marke von 1.000 reicht, so erklärt und relativiert sich diese angesichts der Größe der Einrichtung, was allerdings keineswegs auf ein geringeres erbbiologisches Engagement verweist. In der Anstalt Bethel sind von 1933 bis 1945 insgesamt 23.592 Menschen als Epilepsiekranken, psychiatrisch Kranke, Menschen mit geistiger Behinderung, mit Körperbehinderung, Alkoholkrankung, Pensionäre oder Alte versorgt worden. An den Amtsarzt bzw. das Erbgesundheitsgericht sind laut einer 1953 erstellten Dissertation bis zum Jahr 1945 insgesamt 3.660 Anzeigen für Patienten aus Bethel gestellt worden,¹⁴ was einer Quote von 15,5 % aller in Bethel untergebrachten Menschen entspricht. Der Anteil der sterilisierten Betroffenen zu den insgesamt angezeigten Fällen liegt mit 29,8 % ungefähr im Rahmen von anderen Einrichtungen, die Menschen mit Epilepsie oder geistigen Behinderungen betreuten.¹⁵

13 Vgl. HAB: 2/38-144.

14 Vgl. Böning 1953, S. 5f. Böning hat die Einzelangaben auf 3.649 addiert, wohingegen die Addition der Einzelangaben (S. 6) 3.660 ergibt. Es ist hier von Anzeigen und Anträgen an den Amtsarzt bzw. das Erbgesundheitsgericht die Rede. Nachfolgend wird von Anzeigen ausgegangen, da der Anteil der durchgeführten Sterilisationen zu den angezeigten Fällen von ca. einem Drittel ungefähr dem Verhältnis entspricht, das auch andernorts festgestellt werden kann. Obwohl zeitgenössisch eine genaue Statistik über die Bethelkanzlei geführt wurde, ist diese nicht überliefert.

15 So wurden in den Rotenburger Anstalten der Inneren Mission 1.094 Menschen angezeigt und 335 sterilisiert, was einer Quote von 30,6 % entspricht; vgl. Kaminsky 2016, S. 128.

Es galt, dass Menschen mit Behinderungen in Anstaltsbetreuung sterilisiert werden mussten, wenn sie Urlaub oder auch nur vorübergehende Entlassung gewährt erhalten wollten. Ansonsten galten sie in einer »geschlossenen« Anstalt mit geschlechtergetrennter Unterbringung als ausreichend beaufsichtigt, so dass kein »erbkranker Nachwuchs« zu befürchten war. Deswegen liegen allgemein die Sterilisationsquoten in Pflegeeinrichtungen niedriger als in reinen psychiatrischen Häusern.

Trotz allem rassenhygienischen Engagements der Ärzte, der Pfarrer wie der Pflegenden fiel die Ablehnung der »Euthanasie« als theologische wie sittliche Grenzüberschreitung eindeutig aus.

Bethel und die Meldebögen zum Krankenmord

Der im September 1940 sein Amt neu übernehmende leitende Arzt Gerhard Schorsch stimmte hinsichtlich der Ablehnung der NS-»Euthanasie« mit Bodelschwingh überein. Schorsch wurde gleich nach seinem Amtsantritt mit ersten verlangten Abtransporten von Patientinnen und Patienten jüdischer Herkunft konfrontiert, doch spielte er dabei keine nachweisbar entscheidende Rolle. Am 26. September 1940 wurden acht Bewohner jüdischer Herkunft oder Glaubens von der Anstalt Bethel in die staatliche Sammelanstalt Wunstorf gebracht. Von dort wurden sie nach Brandenburg weitertransportiert und ermordet.

Ursprünglich sollten 15 Kranke betroffen sein. Bei einem handelte es sich jedoch um einen ausländischen Staatsbürger. Zusätzlich gilt es noch zwei Patientinnen zu erwähnen, die in der Psychiatrischen und Nervenabteilung von Sarepta untergebracht waren, am 12. und 14. September 1940 entlassen und dadurch vor einer drohenden Verlegung bewahrt worden waren.¹⁶ Die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel benachrichtigten einige Familien von Betroffenen und legten ihnen nahe, ihre Angehörigen in anderen Einrichtungen unterzubringen oder nach Hause zu holen. So geschah es z.B. bei dem als »Psychopathen« untergebrachten Fritz Rappolt, der wegen seiner Homosexualität und jüdischen Herkunft intersektional diskriminiert war.¹⁷ Für weitere sechs Patienten aus Bethel wurde eine anderweitige Unterbringung gefunden.

An diesem Vorbild eines loyalen Verhaltens gegenüber einer staatlichen Anordnung, wobei man jedoch versuchte, möglichst viele Patienten vor einem ungewissen Schicksal zu bewahren, entwickelte sich die »gebrochene Verweigerungshaltung«, die am Beispiel Bethels und von Einrichtungen der Inneren Mission im Rheinland gezeigt werden kann.¹⁸

16 Vgl. Walter 1996, S. 706-713; zum Rumänen Ladislaus Weinstock vgl. Schmuhl 2006, S. 473f.; Stockhecke 2007, S. 132-142; Hochmuth 1997, S. 139-142; Sattler 2017a, S. 123; Sattler 2017b, S. 440-445.

17 Vgl. Rosner/Telgen/Rappolt 2008; Wedegärtner/Schäfer 2017; Kaminsky 2022; HAB: JüdPatSonder 11.

18 Vgl. Kaminsky 1995, S. 374; detailliert Benad/Cantow/Schmuhl/Stockhecke 2016, S. 17-28; Cantow 2016.

In Bethel wurde eine Rücksendung der Meldebögen im Juli 1940 verweigert. Auch nachfolgende Besuche durch den Leiter der Gesundheitsabteilung im Reichsinnenministerium, Herbert Linden, und den Leiter der Abteilung IIa in der Kanzlei des Führers, Viktor Brack, die Bodelschwingh unter Androhung seiner Verhaftung zum Ausfüllen der Meldebogen bringen wollten, konnten diesen nicht umstimmen.

Parallel hatte der Leiter der Zweiganstalt Lobetal der Anstalt Bethel, Paul Gerhard Braune, eine Denkschrift gegen die »Euthanasie« erstellt, die Anfang Juli von der Kirchenkanzlei der Deutschen Evangelischen Kirche bei der Reichskanzlei eingereicht wurde. Anfang August 1940 wurde Braune verhaftet. Bodelschwingh verhandelte weiter hinter den Kulissen. Ende Oktober 1940 machte offenbar in Gesprächen im Reichsinnenministerium der Präsident des Centralausschusses für Innere Mission, Constantin Frick, Zugeständnisse, sich gegen die Zusage der Beschränkung des Verfahrens »auf die zu keiner geistigen Regung und zu keiner menschlichen Gemeinschaft fähigen Personen«, für das Ausfüllen der Meldebogen einsetzen zu wollen.¹⁹ Dies traf nun nicht nur bei Bodelschwingh, sondern auch bei den mit ihm verbundenen rheinischen Anstaltsleitern von Einrichtungen der Inneren Mission auf massive Ablehnung.²⁰

Man einigte sich schließlich auf ein Verfahren, bei dem der Betheler Chefarzt Gerhard Schorsch Ende 1940 ein Schema der Vorkategorisierung der Kranken Bethels vor dem erwarteten Besuch einer staatlichen Ärztekommision entwickelte.²¹ Die daraufhin angefertigten Epikrisen finden sich bis heute in fast allen Patientenakten der zu jenem Zeitpunkt in Bethel weilenden Kranken, was nur im Rahmen des Projektes bei der Erfassung der Patientenakten festgestellt werden konnte. Diese wurden von Schorsch durchgeprüft. Mit Bleistift trug er handschriftlich seine Kategorien von I bis VII zur Vorselektion ein. Diese lauteten:

- I Vegetatives Dasein
- II Arbeitsunfähigkeit
- III Mechanische Arbeitsleistungen
- IV Hilfeleistungen in Haushalt, Küche, Garten
- V Selbständigere, brauchbare Leistungen
- VI Gute selbständige Leistungen
- VII Sehr gute Leistungen

Die weitere Geschichte ist häufig beschrieben worden. Es kam eine staatliche Ärztekommision, die vom 19. bis zum 26. Februar 1941 in Bethel die Meldebögen ausfüllte. Diese empfand die von Schorsch getroffene Vorkategorisierung der Kranken im Rahmen der Epikrisen als sehr hilfreich. Allerdings wurden aus Bethel bis zum Stopp der »Aktion T4« im August 1941 keine Kranken aufgrund der Meldebögen oder geschriebenen Epikrisen abtransportiert.²²

19 Vgl. Hochmuth 1997, S. 94.

20 Vgl. die Beschreibung der Vorgänge bei Kaminsky 1995, S. 359 f.; Kaminsky 2005; Cantow 2016.

21 Vgl. Hochmuth 1997, S. 106f.

22 Vgl. Hochmuth 1997, S. 107-114; Schmuhl 2006, S. 487-489.

Die Kategorisierungen unter den Aspekten von Arbeitsfähigkeit und Charakter wurden als ärztliche Entscheidungen letztlich von Chefarzt Schorsch vertreten. Für eine glaubhafte und ernsthafte medizinische Beurteilung war es daher notwendig, nicht alle Anstaltsbewohner gut zu beurteilen. Die schlechter beurteilten Kranken und Behinderten repräsentieren darin wie in einem Brennglas den Preis des Sicheinlassens auf die Selektionsmechanismen der nationalsozialistischen Lebensvernichtung.

Sterberaten als Hinweise auf »dezentrale Euthanasie«?

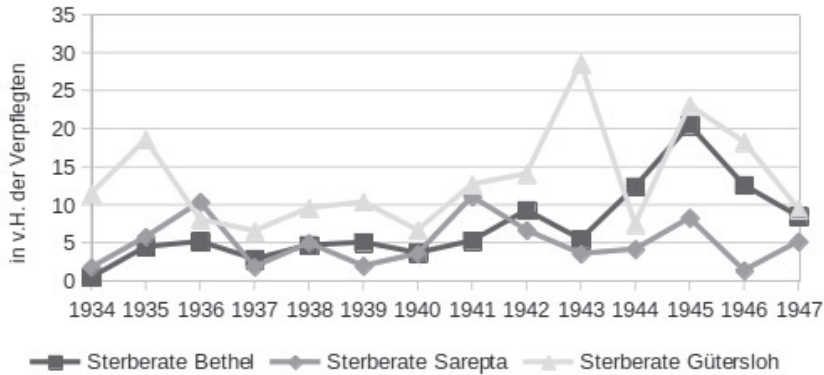
Sensibilisiert durch die Kenntnisse um die »dezentrale Euthanasie« und das Hungersterben in anderen Heil- und Pflegeanstalten,²³ wurden die Sterbefälle der Jahre 1941 bis 1947 in der Stichprobe der Patientenakten sorgfältig unter medizinischen Aspekten geprüft, ob es sich hier um eine Vernachlässigung, ein Hungersterben oder eine mögliche verdeckte Tötung (mittels Medikamentenüberdosierung) hätte handeln können. Diese galt es abzugrenzen gegenüber einem vorzeitigen Sterben, das durch kriegsbedingte Mangelsituationen und die prekären Versorgungsverhältnisse mitverursacht war.

In der Grafik (S. ###) sind die Sterberaten (prozentualer Anteil der Verstorbenen bezogen auf die Gesamtzahl der Verpflegten in der jeweiligen Patientenkatgorie in dem jeweiligen Jahr) aus der Stichprobe der Patientenakten abgebildet. Die drei präsentierten Linien bilden die Sterblichkeit in der Anstalt Bethel, wo vornehmlich Patienten mit Epilepsie und mit geistiger Behinderung sowie psychisch Kranke untergebracht waren, in der Psychiatrischen und Nervenabteilung von Sarepta, wo psychisch erkrankte Frauen behandelt wurden, und in der Provinzialheilanstalt Gütersloh ab. Bei Gütersloh ist zu bedenken, dass angesichts der eingeschränkten Überlieferung von nur 59 % (im Gegensatz zu der 90%-igen Überlieferung in den v. Bodelschwingschen Anstalten) der Akten und zahlreicher Abtransporte von Kranken, inklusive deren Akten, in der zweiten Kriegshälfte die Darstellung verzerrt ist.

Es zeigt sich, dass die Sterblichkeit in der Anstalt Bethel in der zweiten Kriegshälfte ansteigt mit einem Höhepunkt im Jahr 1945, wo sie rund 20 % beträgt. In dem Anstalts- teil der psychiatrischen Frauenklinik von Sarepta, wo vorwiegend Privatpatientinnen mit akuten psychischen Erkrankungen versorgt wurden, hielt sich die Sterblichkeit

23 Heinz Faulstich verweist im statistischen Abgleich der Sterberaten unterschiedlicher (allerdings meist staatlicher) Anstalten in Deutschland darauf, dass für das Jahr 1944 die durchschnittliche Sterblichkeit bei rund 15 % gelegen habe, bis zu einer Sterberate von 20 % sieht er einen »Graubereich«, in dem nicht entschieden werden könne, ob lebensverkürzende Maßnahmen die Ursache waren, und ab einer Sterberate von 20% sieht er Hinweise auf verübten Krankenmord. Vgl. Faulstich 1998, S. 585f. Zur diffizilen Einschätzung der dezentralen Euthanasie vgl. Cranach/Eberle/Hohendorf/Tiedemann (2018).

Sterberaten der Anstalten Bethel, Sarepta und Gütersloh 1934-1947 (Stichprobe)



Sterberaten der Anstalten Bethel, Sarepta und Gütersloh von 1934-1947 innerhalb der Stichprobe.

dagegen unter 10 %. In Gütersloh stieg die Sterblichkeit im Jahr 1943 auf fast 30 % und fiel dann im Jahr 1944, als massive Abtransporte aus der Einrichtung stattgefunden hatten, wieder auf unter 10 %. Für Gütersloh lassen sich aufgrund der gestörten Überlieferungssituation keine validen Schlüsse ziehen.

Insgesamt und auch am Betheler Beispiel ist die Minderversorgung von Anstaltspatienten im Krieg ins Feld zu führen, die insbesondere gegen Kriegsende und darüber hinaus zu einem Anstieg der Sterblichkeit führte. Als Faktoren für ein erhöhtes Sterben in den Kriegsjahren sind die Verdichtung des Anstaltsraums durch Zerstörung von Häusern durch Bombenangriffe (mit Tod von rund 50 Anstaltsbewohnern), Fremdbelegung großer Teile des Anstaltsraums durch Lazarettbetten und Ausweichkrankenhausraum, der sich verschärfende Personalmangel, die unzureichenden Nahrungsmittelrationen im Allgemeinen und im Besonderen in den Anstalten und das Auftreten interkurrenter Erkrankungen (besonders von Tuberkulose) wie auch eine Verschiebung bei den Patienten hin zu vermehrt alten Menschen in Rechnung zu stellen. Belastbare Beweise für eine gezielte Tötung im Sinne einer »dezentralen Euthanasie« konnten in keiner der untersuchten Einrichtungen der v. Bodenschwinghschen Anstalten gefunden werden.

Der Mangel an Pflegepersonal zeigte sich angesichts der Einberufung zum Militärdienst und Abberufung auf andere kriegswichtige Einsatzstellen vornehmlich in den Häusern und auf den Stationen, in denen männliche Patienten untergebracht waren. Neben dem Mangel an Nahrungsmitteln und Heizmaterial herrschte auch eine drangvolle Enge in den Häusern von Bethel, denn die Einrichtung gab außer knapp 100 Patienten, die Ende 1941 in die westfälischen Provinzialanstalten Gütersloh und Lengerich verlegt werden mussten, niemanden im Rahmen von größeren Abtransporten zu außerwestfälischen Anstalten und ungewissen Zielen ab. Dies bedingte pflegerische Mangellagen und die Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Dabei gab es in den

v. Bodelschwingschen Anstalten in der unmittelbaren Nachkriegszeit keinen größeren Seuchenausbruch von Typhus, Fleckfieber oder Durchfallerkrankungen, wohl weil die Hygiene noch ausreichend blieb. Die feststellbare erhöhte Zahl von Tuberkulosekranken und -toten kann mit einer insgesamt schlechteren Ernährungslage und drangvollen Enge begründet werden. In speziellen Tuberkulosehäusern war auch in Bethel die Sterblichkeit noch deutlich höher.

Fazit

Die v. Bodelschwingschen Anstalten als größte deutsche Privatanstalt förderte die Durchsetzung der Eugenik und der Zwangssterilisation vor der NS-Zeit und nahm aktiv teil an der erbbiologisch begründeten Zwangseugenik während der NS-Herrschaft. Die Zahl der hier betroffenen Menschen als Opfer der Verstümmelungspolitik im Nationalsozialismus beträgt über 1.600, was wesentlich in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung steht. Trotz vorhandenen rassenhygienischen Engagements von Ärzten wie Theologen standen die Zwangssterilisationen in Bethel in einem relativen Umfang zur Zahl der versorgten Menschen, der auch mit anderen Einrichtungen vergleichbar ist. Dennoch ist die Bereitwilligkeit von Theologen, Psychiatern, Chirurgen wie des Pflegepersonals besonders groß gewesen und führte auch zu voreuseilendem Handeln.

»Euthanasie« war eine allgemein von den Handlungsträgern im evangelischen Feld abgelehnte Maßnahme. Die Verweigerung Bethels und anderer Anstalten der Inneren Mission, die im Sommer 1940 zugesandten Meldebögen auszufüllen, sind ausführlich in verschiedenen Beiträgen beschrieben worden. Angesichts der Aufforderung, die Patienten jüdischer Herkunft zu verlegen, verhielt man sich staatsloyal, versuchte aber noch erfolgreich die Hälfte von ihnen anderweitig unterzubringen.

Die »gebrochene Verweigerungshaltung« zur »Euthanasie« gegenüber den nichtjüdischen Patienten kann vor dem Hintergrund der im Projekt gesichteten Einzelfallakten genauer dargestellt werden. Die in den Akten befindlichen »Epikrisen« sollten der staatlichen Ärztekommision, die im Februar 1941 zur Selektion der Anstaltspatienten anreiste, dazu dienen, ihre Arbeit schneller durchzuführen. Zugleich bestand die Hoffnung, dass man eine Mehrzahl der Patienten positiver charakterisieren könnte, damit sie nicht Opfer möglicher Abtransporte in die NS-»Euthanasie« würden. Die damit eingegangene Kooperation mit dem NS-Staat und seiner Lebensvernichtung beleuchtet die Schuld, die man angesichts einer verantwortungsethischen Position auf sich zu nehmen bereit war. Faktisch ist bis zum Stopp der »Aktion T4« kein nichtjüdischer Patient verlegt worden.

In der zweiten Kriegshälfte stieg die Sterblichkeit angesichts der Verschlechterung der Lebensbedingungen der Patienten durch Überbelegung, Bombenkrieg, Personalmangel, Hunger und Tuberkulose in der Anstalt Bethel bis auf rund 20 % an, was auch noch bis über das Kriegsende hinweg fort dauerte. Neben der allgemeinen Minderver-

sorgung während des Krieges spielte auch eine mangelhafte Ernährungslage für die unterschiedliche Sterblichkeit der Patienten eine Rolle.

Literatur

- Anonym (1953): Ein Haus zum Segen der Kranken 40 Jahre Krankenhaus Gilead – Dr. med. Wilmanns nahm Abschied. In: Westfälische Zeitung, 24.10.1953.
- Becker von Rose, Peta (1990): Carl Schneider – wissenschaftlicher Schrittmacher der Euthanasieaktion und Universitätspsychiater in Heidelberg 1933-1945. In: Hohendorf, Gerrit; Magull-Seltenreich, Achim (Hg.): Von der Heilkunde zur Massentötung. Medizin im Nationalsozialismus. Heidelberg: Verlag Das Wunderhorn 1990, S. 91-108.
- Benad, Matthias; Cantow, Jan; Schmuhl, Hans-Walter; Stockhecke, Kerstin (2016): »...unter Einsatz aller unserer Kräfte Anwälte unserer Kranken sein.« Bethel und die nationalsozialistischen Krankenmorde – ein Überblick über den Stand der Forschung«. In: Benad, Matthias; Schmuhl, Hans-Walter; Stockhecke, Kerstin (Hg.): Beiträge von der Zeit des Nationalsozialismus bis zur Psychiatriereform. Veranstaltung »aus reiner Zweckmäßigkeit beseitigt«. Nationalsozialistische Euthanasieverbrechen und Erinnerungskultur«, Bethels Mission 4, Bielefeld: Luther-Verlag, S. 17–28.
- Bock, Gisela (1986): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Schriften des Zentralinstituts für Sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin, Opladen: Westdt. Verlag.
- Böning, Elisabeth (1953): Die Durchführung der Sterilisierung in den Bethel'schen Anstalten. Katamnestiche Erhebungen über sterilisierte Geisteskranke des Landkreises Bielefeld. Probearbeit zur schriftlichen Amtsarztprüfung (Aus der Akademie für Staatsmedizin Hamburg) 10. Staatsmedizinischer Lehrgang, Hamburg 1953.
- Cantow, Jan (2016): Gegen die Krankenmorde – das Wirken Paul Gerhard Braunes in Lobetal. In: Benad, Matthias; Schmuhl, Hans-Walter; Stockhecke, Kerstin (Hg.): Beiträge von der Zeit des Nationalsozialismus bis zur Psychiatriereform. Veranstaltung »aus reiner Zweckmäßigkeit beseitigt«. Nationalsozialistische Euthanasieverbrechen und Erinnerungskultur«, Bethels Mission 4, Bielefeld: Luther-Verlag 2016, S. 29–44.
- Cranach, Michael von; Eberle, Annette; Hohendorf, Gerrit; Tiedemann, Sibylle von (Hg.) (2018): Gedenkbuch für die Münchner Opfer der nationalsozialistischen »Euthanasie«-Morde, Göttingen: Wallstein Verlag.
- Dreyer, Rudolf (1992): Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Dr. med. Gerhard Schorsch. In: Epilepsie-Blätter 5, S. 95-96.
- Faulstich, Heinz (1998): Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949: Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hochmuth, Anneliese (1997): Spurensuche: Eugenik, Sterilisation, Patientenmorde und die v.-Bodenschwingschen Anstalten Bethel 1929 – 1945. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Hulverscheidt, Marion; Kaminsky, Uwe (2022): Der Chirurg der von Bodenschwingschen Anstalten Bethel Richard Wilmanns (1880-1958) – medizinhistorische Erkenntnisse und deren veränderte Wahrnehmung. In: Rauh, Philipp; Voggenreiter, Marion; Ude-Köller, Susanne; Leven, Karl-Heinz (Hg.): Medizintäter. Ärzte und Ärztinnen im Spiegel der NS-Täterforschung. Böhlau: Köln Wien, S. 203-227.
- Jaspersen, Karsten (1949): Lehrbuch der Geistes- und Nervenkrankenpflege. Bethel bei Bielefeld: Verl. Handl. d. Anstalt Bethel.

- Kaiser, Jochen-Christoph (1989): Sozialer Protestantismus im 20. Jahrhundert: Beiträge zur Geschichte der inneren Mission 1914 – 1945. München: Oldenbourg.
- Kaminsky, Uwe (1995): Zwangssterilisation und »Euthanasie« im Rheinland. Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933-1945. Schriftenreihe des Vereins für Rheinische Kirchengeschichte/Verein für Rheinische Kirchengeschichte. Bonn u.a.: Habelt.
- Kaminsky, Uwe (2005): »Wer ist gemeinschaftsunfähig? Paul Gerhard Braune, die Rassenhygiene und die NS-Euthanasie. In: Cantow, Jan; Kaiser, Jochen-Christoph (Hg.): Paul Gerhard Braune (1887-1954). Ein Mann der Kirche und Diakonie in schwieriger Zeit. Stuttgart: Kohlhammer, S. 114-139.
- Kaminsky, Uwe (2016): Über Leben in der christlichen Kolonie. Das Diakonissen-Mutterhaus Rotenburg, die Rotenburger Anstalten der Inneren Mission und die Rolle ihrer Vorsteher 1905-1955. Bremen: Edition Falkenberg.
- Kaminsky, Uwe (2020): Paternalistische Verschwiegenheit. Bethel, die Zwangssterilisation und die NS-»Euthanasie«. Lippische Mitteilungen 89, S. 69–88.
- Kaminsky, Uwe (2021a): Der »Fachausschuss für Eugenik« der Inneren Mission am Beispiel seiner sächsischen Vertreter (1931-1938). In: Markwardt, Hagen; Müller, Fruzsina; Westfeld, Bettina (Hg.): Konfession und Wohlfahrt im Nationalsozialismus: Beispiele aus Mittel- und Ostdeutschland. Zeitgeschichtliche Forschungen 57. Berlin: Duncker & Humblot, S. 42-72.
- Kaminsky, Uwe (2021b): Exkurs: Der »Fachausschuß für Eugenik« der Inneren Mission am Beispiel seiner brandenburgischen Vertreter 1931-1938. In: Koch, Andreas (Hg.): Das Oberlinhaus in Potsdam-Babelsberg: Geschichte-Architektur-Perspektiven. Berlin: be.bra wissenschaft verlag, S. 151-172.
- Kaminsky, Uwe (2022): Zwangserziehung und »Psychopathen«. Zur Grenze von Pädagogik und Medizin am Beispiel der Anstalt Bethel. In: Gaida, Oliver; Marx, Marie-Theres; Reus, Julia; Schiff, Anna; Waitzmann, Jan (Hg.): Zwang zur Erziehung? Deviante Jugendliche als institutionalisierte Aufgabe im 20. Jahrhundert. Berlin: Lit Verlag, S. 101–124.
- Rosner, Nina; Telgen, Tanja (2008): Fritz Rappolt (1900-?). Der dreifache Fluch: »Halbjude«, Homosexueller, »Psychopath«. In: Schmuhl, Hans-Walter (Hg.): Zwischen allen Stühlen. Christen jüdischer Herkunft in Westfalen unter nationalsozialistischer Herrschaft. Arbeiten von Studierenden der Fakultät für Geschichtswissenschaft, Philosophie und Theologie der Universität Bielefeld, Wintersemester 2007/2008. Bielefeld, o. S.
- Rotzoll, Maike; Hohendorf, Gerrit (2006): Die Psychiatrisch-Neurologische Klinik. In: Eckart, Wolfgang Uwe; Sellin, Volker; Wolgast, Eike (Hg.): Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus. Heidelberg: Springer Medizin, S. 909-940.
- Sattler, Ute (2017a): Jüdische und christliche Patientinnen jüdischer Herkunft in der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta während der Zeit des Nationalsozialismus. In: Jahresbericht des Historischen Vereins für die Grafschaft Ravensberg, S. 101-126.
- Sattler, Ute (2017b): Zur Geschichte der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta während der Zeit des Nationalsozialismus. In: Jahrbuch für Westfälische Kirchengeschichte 113, S. 393-487.
- Schäfer, Wolfram (1991): »Bis endlich der lang ersehnte Umschwung kam...« Anmerkungen zur Rolle des Marburger Psychiaters Werner Villinger in der NS- und Nachkriegszeit. In: Philipps-Universität Marburg (Hg.): »Bis endlich der langersehnte Umschwung kam ...« Von der Verantwortung der Medizin unter dem Nationalsozialismus. Marburg: Schüren Presseverlag, S. 178-283.
- Schmuhl, Hans-Walter (1998): Ärzte in der Anstalt Bethel: 1870 – 1945. Bielefeld: Bethel-Verlag.

- Schmuhl, Hans-Walter (2001): *Ärzte in der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta 1890-1970*. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Schmuhl, Hans-Walter (2002): Zwischen vorauseilendem Gehorsam und halbherziger Verweigerung. Werner Villinger und die nationalsozialistischen Medizinverbrechen. In: *Der Nervenarzt* 73, S. 1058-1063.
- Schmuhl, Hans-Walter (2005): *Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927-1945*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Schmuhl, Hans-Walter (2016): *Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus*. Berlin: Springer.
- Schmuhl, Hans-Walter (2006): Eckardtshaus und der Nationalsozialismus (1931-1941). In: Benad, Matthias; Schmuhl, Hans-Walter (Hg.) (2006): *Bethel-Eckardtshaus: Von der Gründung der ersten deutschen Arbeiterkolonie bis zur Auflösung als Teilanstalt (1882-2001)*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 455-489.
- Stockhecke, Kerstin Schmuhl (2013): *Von Anfang an evangelisch: Geschichte des Krankenhauses Gilead in Bielefeld*. Schriften des Instituts für Diakonie- und Sozialgeschichte an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal, Bethel Bd. 23. Bielefeld: Verlag für Regionalgeschichte.
- Stockhecke, Kerstin (2007): September 1940: Die »Euthanasie« und die jüdischen Patienten in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel. In: Brack, Claudia; Hey, Bernd (Hg.): *Kirchenarchiv mit Zukunft: Festschrift für Bernd Hey zum 65. Geburtstag*. Schriften des Landeskirchlichen Archivs der Evangelischen Kirche von Westfalen Bd. 10, Bielefeld: Verl. für Regionalgeschichte, S. 131-142.
- Teller, Christine (1990): Carl Schneider: Zur Biographie eines deutschen Wissenschaftlers. In: *Geschichte und Gesellschaft* 16/4, S. 464-478.
- Walter, Bernd (1996): *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne: Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime*. Forschungen zur Regionalgeschichte Bd. 16, Paderborn: Schöningh.
- Wedegärtner, Katharina; Schäfer, Daniel (2017): Zur Behandlung von »Psychopathen« in den »von Bodelschwingschen Anstalten« während des Nationalsozialismus am Beispiel des »jüdischen« Homosexuellen Fritz Rappolt. In: Schmidt, Mathias; Groß, Dominik; Karenberg, Axel (Hg.): *Neue Forschungen zur Medizingeschichte: Beiträge des »Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker«*. Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker Band 4. Kassel: Kassel University Press, S. 81-102.
- Wolf, Bernward (2001): *Lebenslang als minderwertig abgestempelt. Das Mahnmal zum Gedenken an die Opfer von Zwangssterilisationen. Dokumente, Hintergründe, Fragen an gegenwärtiges Handeln*. Bielefeld.

Archivquellen:

Hauptarchiv Bethel:

2/38–144, Sterilisationen: Wilmanns an Pastor v. Bodelschwingh, 4.10.1933.

Sar1/661, Personalakte Richard Wilmanns: Gravemann (Sarepta) an Jacobi, 24.3.1952.

Datenbank Zwangssterilisationen.

JüdPatSonder 11.

VI Berichte aus dem Arbeitskreis

Suizidassistentz – ein Thema für den Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation?

Michael Wunder

Die neuere Debatte zur Suizidassistentz in Deutschland hat einen ersten Auftrieb in den Jahren 2014 und 2015 bekommen, als der Bundestag als Reaktion auf das offensive Auftreten von Sterbehilfevereinen in Deutschland ein Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung diskutierte. Schon zu diesem Zeitpunkt gab es Anträge im Deutschen Bundestag auf Freigabe der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe und ihrer gesetzlichen Regulierung.

Dies veranlasste den Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation zu einer ersten Stellungnahme zur Suizidassistentz. Darin warnte er davor, dass aus historischer Sicht seit dem Ende des 19. Jahrhunderts die auch in Deutschland immer wieder geführte Debatte um die (ärztliche) Sterbehilfe mit dem Argument der Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben begonnen würde, dies aber keine stabile Grenze gegen Ausweitungen auf Menschen sei, die das Verlangen nach Sterbehilfe gar nicht mehr äußern könnten und deren Leben dann – auch aus einer Perspektive gesellschaftlicher Nützlichkeit heraus – nicht mehr als lebenswert angesehen würde.

Eine überraschend große Mehrheit im Bundestag stimmte 2015 für das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistentz, den neuen bis zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom Februar 2020 gültigen neuen §217 im StGB. Ziel dieser Regelung war, die Gewährung, Beschaffung und Vermittlung von Gelegenheiten zur Assistentz beim Suizid unter Verbot zu stellen. Unter »geschäftsmäßig« war das auf Wiederholung angelegte Verhalten der Vereine zu verstehen, die allein dem Zweck dienten, Suizidbeihilfe zu organisieren. Die prinzipielle Straffreiheit der Suizidassistentz sollte davon wie bisher auch unberührt bleiben und blieb auch von diesem Gesetz unberührt.

Es war zu erwarten, dass die Sterbehilfevereine, wie »Dignitate«, der deutsche Ableger der Schweizer Organisation Dignitas, und die Organisation des Hamburger Rechtsanwalts Roger Kusch, »Sterbehilfe Deutschland«, gegen dieses Gesetz Sturm laufen würden. Überraschend für den weiteren Verlauf der Debatte war dann aber, dass sich auch bestimmte Palliativmediziner:innen von diesem Gesetz einem Strafbarkeitsrisi-

ko ausgesetzt sahen, wobei in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin nach meinem Wissen nie wirklich hinterfragt worden ist, wie es zu dieser Annahme eines Strafbarkeitsrisikos gekommen ist.

Palliativmediziner:innen haben die Aufgabe, Leiden zu mindern und müssen selbst im Bereich der palliativen Sedierung scharf zwischen der unbeabsichtigten, aber eventuell eintretenden Beschleunigung des Sterbens durch die Nebenwirkung der Schmerzmedikation und der intentionalen Herbeiführung des Sterbens unterscheiden. Inwieweit sie durch die Bereitstellung von Schmerzmedikamenten auch die Verantwortung für ihre eventuelle missbräuchliche Verwendung als Tötungsmittel durch Horten und dann mögliche bewusste tödliche Überdosierung durch den Patienten resp. die Patientin selbst von einem Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistent betroffen sein könnten, ist zumindest nicht unmittelbar plausibel. Dennoch gehörten auch Palliativmediziner:innen zu den Klägern vor dem BVerfG, wodurch die Debatte eine hohe Popularität erfuhr.

Das BVerfG erklärte dann am 20.2.2020 das Gesetz von 2015 für verfassungswidrig, was die bis heute teils heftig geführte Debatte auslöste. In diesem Urteil leitete es (2 BvR 2347/15 u.a.) aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht, dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nach Artikel 2, Abs. 1. GG in Verbindung mit der Menschenwürde (Artikel 1, Abs. 1, GG) explizit das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben ab, mithin den Anspruch auf Beihilfe zum Suizid.

Was heute selbstverständlich erscheint, war es lange nicht. Noch Anfang der 2000er Jahre war ein gängiges verfassungsrechtliches Argument, dass die Grundrechte den Suizid zwar nicht verbieten würden, er aber auch nicht durch die Verfassung gedeckt sei, weil damit die vitale Basis der Menschenwürde nach Artikel 1 vernichtet werde. In den Erläuterungen des Verfassungsgerichtes zum Urteil heißt es dagegen, »das Recht, sich selbst zu töten, kann nicht mit der Begründung verneint werden, dass sich der Suizident seiner Würde begibt, weil er mit seinem Leben zugleich die Voraussetzung seiner Selbstbestimmung und damit seiner Subjektstellung aufgibt«. (BVerfG 20.2.2020, Randnummer 211). Der Theologe, Philosoph und Historiker Heiner Bielefeldt hat mit Recht darauf hingewiesen, dass damit die rechtphilosophische Auffassung der Unverletzlichkeit und Unveräußerlichkeit der Grundrechte, wie sie sich beispielsweise auch im Artikel 79, Abs. 3 GG zeigt (Verbot, die Demokratie selbst mit einer großen Mehrheit abzuschaffen), unthematisiert bei Seite geschoben wird.¹

Aus dem grundsätzlichen Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben leitet das BVerfG dann das Recht ab, hierzu die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen, wenn sie freiwillig angeboten wird, was der § 217 in seiner bisherigen Form in verfassungswidriger Weise fast unmöglich gemacht habe. Allerdings räumt das BVerfG auch ein, dass der Staat Mittel des Strafrechts benutzen kann, nicht nur um dem verfassungsgemäßen Recht auf die Autonomie, dem Leben selbst ein Ende zu setzen, zum Durchbruch zu verhelfen, sondern auch um zu gewährleisten, dass die Suizidentscheidung tatsächlich auf dem

1 Vgl. Bielefeldt 2020.

freien Willen beruht und Gefahren für die freie Willensbildung und die Willensfreiheit als Voraussetzung abgewehrt werden. Insofern hält das Urteil die Wege offen, sowohl die Autonomie des Einzelnen zu stärken inklusive seines Rechts auf Suizid und Suizidbeihilfe, als auch den Schutz des Lebens und die Hinderung eines Missbrauchs dieses Freiheitsrechtes auf der anderen Seite zu gewährleisten.

Geht man jetzt in die einzelnen Ausführungen zu den Grundsätzen des Urteils wird die Ambivalenz dieser doppelten Beauftragung an den Gesetzgeber deutlich. So wird beispielsweise das Autonomierecht so weit ausgelegt, dass die den individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive nicht mehr untersucht oder einer Bewertung unterzogen werden dürfen. Wörtlich heißt es: »Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung [...] verbietet es sich aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung [...] vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen.« (BVerfG 20.02.2020, Randnummer 340). Diese Ausweitung über den Kreis der terminal Erkrankten hinaus, die die Beschwerdeführer vor dem BVerfG gar nicht im Auge hatten, macht natürlich eine Umsetzung, insbesondere den Schutz vulnerabler Gruppen, besonders problematisch und schwierig, was später noch zu zeigen sein wird.

In den weiteren Ausführungen zu dem Urteil werden darüber hinaus auch noch weitere Aussagen getätigt, bei denen der Eindruck nicht ganz zu vermeiden ist, dass die offenlassende Ambivalenz in Widersprüchlichkeit mündet. So heißt es nicht nur: »Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht. Der Gesetzgeber verfolgt mithin einen legitimen Zweck, wenn er Gefahren für die freie Willensbildung und die Willensfreiheit als Voraussetzungen autonomer Selbstbestimmung über das eigene Leben entgegenzutreten will.« (BVerfG 20.02.2020, Randnummer 232) Auf der anderen Seite heißt es: Der Staat »verfolgt auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt.« (BVerfG 20.02.2020, Randnummer 233) Und schließlich heißt es sogar: »Da der Schutz des Lebens dem Einzelnen von der Verfassung als nicht rechtfertigungsbedürftiger Selbstzweck zugesagt ist und er auf der unbedingten Anerkennung der Person in ihrer bloßen Existenz beruht, darf und muss der Gesetzgeber aber gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgegenzutreten, die als Pressionen wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten von Seiten Dritter rechtfertigungsbedürftig erscheinen lassen. Entsprechend kann er Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen.« (BVerfG 20.02.2020, Randnummer 235)

Es wäre also falsch, wenn man aus den Leitsätzen ein glattes Anspruchsrecht ohne Wenn und Aber ableiten würde. Die Ausführungen zum Urteil bedeuten vielmehr, dass der Staat an vielen Stellen regulierend eingreifen und dennoch, trotz solcher Regulierungen, im Einzelfall einen Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidbeihilfe real

eröffnen muss. Diese Gleichzeitigkeit von Autonomiegarantie für den Einzelnen und dem Schutzgedanken für vulnerable Gruppen und dem Schutz vor Missbrauch macht eine Handhabung und damit eine gesetzliche Regelung so schwierig. Es kann deshalb auch nicht verwundern, dass der Gesetzgebungsprozess so lange dauert.

Natürlich muss auch die Frage gestellt werden, ob es tatsächlich einer gesetzlichen Regelung bedarf? Tatsache ist, dass diese nicht zwingend in diesem Urteil vorgeschrieben, aber durch die zitierten Formulierungen nahegelegt wird. Man kann diese Uneindeutigkeit als Stärke, aber auch als Schwäche auslegen. Tatsache ist, dass dem Bundestag drei unterschiedliche Gesetzentwürfe zur Regulierung vorliegen und die Diskussionen, weder die parlamentarische noch die allgemein öffentliche, abgeschlossen sind. Eine gesetzliche Regulierung wird es aber und muss es nach den bisherigen Diskussionen mit größter Wahrscheinlichkeit geben. Ob die öffentliche Debatte damit abgeschlossen sein wird, wird sich zeigen.

Mit dem Anspruch, die Suizidbeihilfe gemäß dem Urteil aus Karlsruhe gesetzlich zu regulieren, ergeben sich aus meiner Sicht folgende Kernfragen:

1. Was ist ein »tatsächlich freier Wille«?
2. Was bedeutet der »Schutz vulnerabler Gruppen«?

Was ist ein »tatsächlich freier Wille«?

Trotz vollmundiger Formulierungen im Urteil und auch in den vorliegenden Gesetzentwürfen, gibt es zur Bestimmung, was ein tatsächlich freier Wille ist, keine objektiven Kriterien, die verbindlich für alle feststellenden, begutachtenden und urteilenden Instanzen in der Medizin, der Psychologie und des Rechts gelten würden. Aber selbst wenn, wer soll im Einzelfall das Zutreffen dieser Kriterien feststellen? Hinzu kommt die Erfahrung aus dem psychiatrischen Bereich, dass die Grenze zwischen »beeinflusst durch seelische Belastung« und »frei verantwortlich« fließend und häufig selbst im Einzelfall nicht klar zu bestimmen sind. Vor historischem Hintergrund ist des Weiteren darauf hinzuweisen, dass insbesondere in Deutschland durch den Missbrauch des Euthanasiegedankens in der NS-Zeit – aber nicht nur da, sondern, wie in der ersten Stellungnahme des Arbeitskreises schon vermerkt, auch schon davor –² das Argument der Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben als Ausgangspunkt der »Vernichtung lebensunwerten Lebens« bekannt ist. Das Versprechen von Freiheit durch Selbstbestimmung der modernen Euthanasiedebatte hat sich aber auch in den Niederlanden und anderen ihr folgenden Staaten heute nicht als stabil erwiesen. Im Gegenteil: Die Freigabe der freiwilligen Euthanasie für diejenigen, die es verlangen, und dann für diejenigen, die sich nicht oder nicht mehr äußern können, aber unter

² Vgl. u.a. Binding/Hoche 1920.

ebensolchen Krankheiten leiden, sind fließend. Die vulnerablen Gruppen auch in den Niederlanden sind Kinder, Demenzbetroffene, psychisch Kranke und geistig Behinderte. Vor diesem Hintergrund ist nicht nur geschichtliches Wissen um die Freiheitsdiskussion gefordert, sondern äußerste Sensibilität, was der Spruch aus Karlsruhe vermissen lässt.

Betrachten wir zunächst das Konzept des freien Willens. Die juristische Kernaussage dazu lautet, dass die Willensfreiheit eine Grundeigenschaft des Menschen ist und nur in Ausnahmefällen wegfallen kann und angezweifelt werden sollte. Als solche Ausnahmen oder Einschränkungen gelten im Recht seelische Erkrankungen, Bewusstseinsstörungen, kognitive Beeinträchtigungen oder auch Täuschung, Drohung, Druck oder Zwang. Die schwierige Frage nach der Willensfreiheit unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung oder kognitiven Beeinträchtigung bleibt mit dem Recht unbeantwortbar. Sie bedarf stets weiterer Klärung. Die Voraussetzung für den freien Willen, mit dem eine rechtsbeachtliche Einwilligungsfähigkeit erreicht wird, sind Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit.

Erst hier setzt die gutachterliche Beurteilung an, die in der Praxis, aber nur dann, zur Anwendung kommt, wenn ein:e Notar:in oder eine andere im Feld handelnde Person – es kann selbstverständlich auch ein Arzt oder eine Ärztin sein – diese Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit anzweifelt. Obwohl es hierzu eine Fülle von Literatur und Beiträgen aus der Praxis gibt, lässt sich feststellen, dass es keine eindeutige oder zufriedenstellende, vor allen Dingen keine allgemeinverbindliche Definition zur Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit gibt. So ist beispielsweise in den entsprechenden Empfehlungen der Bundesärztekammer (BÄK) von 2019 mit Verweis auf umfangreiche Literatur folgendes nachzulesen: »Der hohen normativen Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit steht entgegen, dass erhebliche Unsicherheit über die Kriterien für die Beurteilung der Einwilligungsunfähigkeit besteht und die Übereinstimmung der ärztlichen Einschätzungen der Einwilligungsunfähigkeit bei Fällen im Graubereich sehr gering ist.«³

Als Voraussetzung der Einwilligungsfähigkeit gelten in der Regel:

- die Einsichtsfähigkeit als Fähigkeit des Verstehens der Art und des Bewertens von Bedeutung, Tragweite und Risiken einer medizinischen Maßnahme,
- die Urteilsfähigkeit als Fähigkeit, eine medizinische Maßnahme für sich persönlich zu beurteilen, zwischen verschiedenen Alternativen abzuwägen und ein eigenes Urteil zu bilden,
- die Handlungsfähigkeit gemäß dem eigenen Willen zu handeln.

Die Überprüfung der Freiverantwortlichkeit zum Suizid stößt somit auf prinzipielle Schwierigkeiten, weil eine Suizidabsicht sehr oft mit der Einengung des Denkens mithin des Verstehens und Bewertens sowie der Ausblendung sämtlicher Alternativen verbunden ist. Eine Urteilsfähigkeit im oben beschriebenen Sinne kann so häufig infrage gestellt werden. Hinzu kommt die von der BÄK festgestellte mangelnde Übereinstimmung der

3 Bundesärztekammer 2019, S. A1133.

Fachleute in der Beurteilung der vorgefundenen Befunde zur Einsichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit bei einer Person.

In der Literatur wird häufig eine Reihe von Prüfungsfragen vorgeschlagen, die ungefähr so zu formulieren sind:

- Sind die Alternativen bekannt und werden sie nachvollzogen? Werden Informationen, die dazu gegeben werden, verstanden? Können diese mit eigenen Mitteln wiedergegeben werden?
- Werden die verschiedenen Optionen abgewogen, können Vor- und Nachteile der verschiedenen Wege benannt werden?
- Sind die eigenen Werte präsent, die in die Abwägung eingehen? Können persönliche Werterfahrungen, Gefühle und Erlebnisse wiedergegeben und mit den Optionen in Verbindung gebracht werden?
- Wird die darauf fußende Entscheidung selbst vertreten? Ist diese Entscheidung ernsthaft und hat längeren zeitlichen Bestand? Werden die Folgen dieser Entscheidung beispielsweise auch für Dritte und die Verantwortung, die sich daraus ergibt, erkannt?

Aus alledem ist zu schlussfolgern, dass die Fähigkeit zur freien Willensbildung im Falle einer Suizidentscheidung höchst schwierig zu beurteilen ist. Man könnte sich am besten dadurch helfen, dass man das übereinstimmende Urteil zweier Gutachter:innen verlangt. Offen bleibt dabei, ob sich gerade Personen, die weder psychisch krank noch kognitiv eingeschränkt sind und bei vollem Bewusstsein und langer Vorüberlegung eine Suizidentscheidung für sich treffen, sich einer solchen Begutachtung unterziehen sollen. Zu fragen ist, wo die Grenze zwischen den einen und den anderen zu ziehen ist? Wer soll darüber entscheiden, wessen freier Wille zu begutachten ist? Offen ist auch die Befähigung der Gutachter:innen. Es spricht vieles dagegen, rein psychiatrische oder geriatrische Erfahrungen und Ausbildungen zur Basis zu nehmen. Solche professionellen Kenntnisse betreffen jeweils nur einen Teil der infrage kommenden verschiedensten Betroffenenengruppen. Geeigneter wäre ein komplexes Anforderungsprofil, das dann durchaus psychiatrische und geriatrische Kenntnisse einschließt, aber auch andere Fachdisziplinen umfasst und als Zusatzqualifikation (ein Referenzbeispiel wäre die Zusatzqualifikation »Sozialmedizin«) erworben werden könnte. Die einfache Diktion vom »tatsächlich freien Willen« im Urteil aus Karlsruhe ist also alles andere als einfach und alles andere als eindeutig zu fassen.

Was bedeutet der »Schutz vulnerabler Gruppen«?

Wie könnten Schutzkonzepte für vulnerable Gruppen und ein Schutz vor dem Zwang zur Beschäftigung mit solchen Angeboten in schweren Lebenssituationen aussehen? Diese Problematik liegt eindeutig außerhalb der Einzelfallbetrachtung und verweist

auf das genannte prinzipielle Dilemma, was eben auch aus anderen medizinischen Bereichen bekannt ist. Ein öffentliches Angebot, und nichts anderes, wird ein Gesetz in einer mehr oder weniger zugänglichen Form schaffen, schafft den Zwang sich verhalten zu müssen, sei es einfachheitshalber Ja zu sagen oder zu einem meist sehr viel schwierigeren Nein vorzustoßen.

Die Erfahrung in der Anwendung pränataldiagnostischer Methoden zeigt, dass das Angebot stets eine Auseinandersetzung aller infrage kommenden Menschen nach sich ziehen. Angebote, insbesondere die leicht zugänglichen, führen geradezu unausweichlich dazu, sich mit diesen Angeboten auseinandersetzen zu müssen. Die Entwicklung der Pränataldiagnostik zeigt auch, dass ein Nein zu möglichen Anwendungen zwar möglich, aber deutlich erschwert ist und oft von schwangeren Frauen auch als zusätzliche Belastung angesehen wird.

Eine direkte Übertragung auf Sterbehilfeangebote mag schwierig sein. Dennoch erscheint vor diesem Hintergrund die Forderung geradezu waghalsig, dass Personen in sensiblen Situationen, also beispielsweise Menschen mit infauster Prognose, davor geschützt werden sollten, sich in einer Gesellschaft, in der Suizidassistenten üblich geworden ist, mit dieser Frage der Suizidassistenten auseinandersetzen zu müssen. Die Ausweitung von terminal Kranken auf auch andere Motivlagen zum Suizid für den Beihilfeanspruch macht die Sache noch komplizierter, weil Menschen in sozialen Notlagen einen assistierten Suizid als sehr viel einfacher als den Weg über eine Privatinsolvenz mit allen ihren Folgen sehen könnten und deshalb auch gänzlich andere Schutzkonzepte vor einer schnellen Suizidentscheidung brauchen als terminal Kranke. Dennoch, um den Spruch des BVerfG ernst zu nehmen, sind Überlegungen anzustellen, wie man sich zumindest dieser Forderung in der Praxis annähern kann, wenn auch der Widerspruch zu der im Urteil geforderten Zugänglichkeit für alle kaum auflösbar ist.

Ein Kompromiss könnte allenfalls darin bestehen, die Zugänglichkeit zwar prinzipiell zu gewähren, sie aber auch so weit zu erschweren, dass sie nicht als jederzeit mögliches Angebot verstanden werden und in Dienst genommen werden kann. Sie dürfte dann nur im überprüften Ausnahmefall zugänglich sein. Über diese Lesart des Urteils gibt es aber in keiner Weise einen Konsens. Dies zeigt sich an den vorhandenen Gesetzesentwürfen im Plenum des Deutschen Bundestages. So gibt es zwei Gesetzentwürfe, die von einem prinzipiellen Recht ausgehen, das durchzusetzen ist. Man könnte hier von Erlaubnisgesetzen sprechen. Es gibt aber auch einen Entwurf, der den umgekehrten Weg geht, ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe mit Ausnahmeregelungen für die Zugänglichkeit und Legitimation der Suizidassistenten. Hier könnte man von einem Verbotsgesetz mit Ausnahmeregelungen sprechen.

Der interfraktionelle Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe von Katrin Helling-Plahr (FDP), Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) u.a. (BT-Drs. 19/28691) – in obiger Diktion ein Erlaubnisgesetz –, geht von einem Recht auf Suizidbeihilfe bei autonom gebildetem freien Willen aus. Der Entwurf formuliert einige Kriterien, die für die legitime Suizidassistenten eingehalten werden müssen, wie z.B. die Dauerhaftigkeit

des Wunsches, das Durchlaufen einer Beratung und schließlich die Verordnung der Suizidhilfe auf Grundlage eines Beratungsscheins durch Ärzte, mit entsprechenden Dokumentations- und Berichtspflichten. Eine Zweitbegutachtung in Zweifelsfällen ist vorgesehen.

Im Entwurf der grünen Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul u.a. »zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben« (BT-Drs. 20/2293), ebenfalls in der oben angefügten Diktion ein Erlaubnisgesetz, wird eine ähnliche Kriteriaologie zur Feststellung des freien Willens vorgeschlagen, allerdings mit einer klaren Unterscheidung der Gruppe der terminal Erkrankten als »medizinische Notfälle« bezeichnet, und der Gruppe der nicht medizinisch begründeten Suizidenten. Im letzten Fall muss der Sterbewunsch schriftlich geäußert und schlüssig erklärt und eine Beratung durch landesrechtlich lizenzierte Beratungsstellen nachgewiesen werden. Bei einer medizinischen Notlage muss dagegen die Willensäußerung gegenüber dem Arzt resp. der Ärztin gemacht werden, ein zweiter Arzt oder eine zweite Ärztin muss diese bestätigen. Im Zweifelsfall soll hier auch ein Gutachten zur Beurteilung der Willensfähigkeit herangezogen werden. In beiden Fällen erfolgt dann eine Verschreibung des Tötungsmittels, wenn der Wunsch zeitlich konstant ist.

Diesen beiden Erlaubnisgesetzen steht der Entwurf eines Verbotsgesetzes von Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling u.a. (BT-Drs. 20/904) gegenüber. Dieser Gesetzentwurf hält die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe weiterhin unter Strafbewährung, formuliert dann aber Ausnahmen, die die Rechtswidrigkeit aufheben. Dazu gehören:

- Volljährigkeit und Einsichtsfähigkeit der suizidwilligen Person,
- eine Untersuchung der suizidwilligen Person durch eine/n Facharzt/ärztin der Psychiatrie/Psychotherapie, der/die später nicht an der Selbsttötungshandlung beteiligt sein darf, mindestens zu zwei Terminen mit einem Mindestabstand von drei Monaten,
- das Absolvieren eines Beratungsgesprächs wahlweise bei einem Arzt/einer Ärztin, aber auch bei psychosozialen Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen usw.

Dieser Entwurf nutzt eindeutig die juristische Denkfigur des § 218 StGB: prinzipiell strafbar, aber in bestimmten Ausnahmen straffrei. Positiv ist anzumerken, dass diese Rechtsfigur, auch wenn sie gerade heute wieder in Frage gestellt wird, immerhin über Jahrzehnte einen gewissen Frieden geschaffen hat, nachdem es verschiedene Kommentator:innen seinerzeit gab, die eine Unvereinbarkeit der kontroversen Standpunkte vorhergesagt haben.

Insofern könnte dieser Gesetzentwurf in der Frage der Suizidassistent ebenfalls in gewisser Weise friedensstiftend sein, was zu begrüßen wäre. Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen (wie beispielsweise fehlende Ausführungen zur Qualifikation der Gutachtenden und Beratenden), ist anzumerken, dass dieser Entwurf keine Unterschiede zwischen den schwer Erkrankten und der Gruppe der Lebensmüden und Opfern von persönlichen Krisen macht. Alle Gruppen werden in das gleiche Verfahren einge-

geschlossen. Positiv fällt auf, dass der Ansatz der getrennten Instanzen von Begutachtung, Beratung und tatsächliche Assistenz zumindest angedacht ist, wenn auch die Trennung zwischen Beratung und Assistenz nicht deutlich formuliert ist.

Generell ist vor allen Dingen aber zu diesem wie zu den anderen Gesetzentwürfen einzuwenden, dass alle noch so detaillierten Kriterien für die Anerkennung des freien Willens als Basis des Ganzen vor der Problematik der oben ausgeführten Uneinigkeit der Beurteilungskriterien stehen. Die mangelnde Präzisierungsmöglichkeit, was ein »tatsächlich freier Wille« ist, könnte durchaus ein Türöffner sein, immer weitere Gruppen, insbesondere Minderjährige, in den Kreis der Suizidassistentzberechtigten hinein zu begutachten.

Schlussbemerkung

Obwohl kurz vor der Abstimmung die beiden Entwürfe der Gruppe um Katrin Helling-Plahr (FDP) und der Gruppe um Renate Künast (Grüne) zu einem Antrag zusammengezogen wurden und somit nur noch zwei Entwürfe zur Abstimmung standen, wurden beide Entwürfe im Bundestag abgelehnt. Festzuhalten ist, dass trotz der Unterschiede von beiden Entwürfen Gefährdungen ausgegangen wären.

Das Paradoxon jeder gesetzlichen Regulierung der Suizidassistent besteht darin, dass sie, auch wenn sie Einschränkungen und Kontrollen vorsieht, der Auffassung, dass Suizidassistent nur als Ultima Ratio in aussichtslos empfundenen Fällen zur Durchführung kommen darf, in der Praxis gerade durch die Regelung zuwiderläuft.

Grundsätze und Erfahrungen der jahrzehntelangen Suizid-Präventionsarbeit, wie die Verhinderung des Trittbrettfahrer-Effekts durch die positive Darstellung des Suizids, die Erschwerung des Erwerbs von Suizidmitteln oder die kritische Kommentierung positiver Berichterstattung über die Freiheit des Suizids werden durch die Debatte derzeit grob missachtet. Immerhin hat der Bundestag in der Sitzung, in der beide Suizidassistent-Gesetzentwürfe abgelehnt wurden, mit großer Mehrheit einen Beschluss zur Suizidprävention verabschiedet (BT – Drs. 20-7630). Damit wird die Bundesregierung aufgefordert, ein Suizidpräventionsgesetz vorzulegen. Es bleibt aber abzuwarten, was von dieser umfassenden Entschließung tatsächlich umgesetzt werden wird.

Dessen ungeachtet wird in vielen Debattenbeiträgen der Suizid weiterhin als Freiheitsoption dargestellt, was langfristig zu der selbst im Urteil des BVerfG erwähnten Gefahr einer Normalisierung des Suizids als Sterbform führen könnte.

Die in der Debatte stets geäußerte scharfe juristische Abgrenzung zwischen der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe, behauptet eine stabile Grenze, die in der Praxis nicht zu halten ist. Die juristisch einfache Unterscheidung, dass bei der Suizidbeihilfe die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt, bei der aktiven Sterbehilfe beim Sterbehelfenden, ist in der Praxis kaum zu halten. Was passiert beispielsweise,

wenn ein suizidwünschender Patient gelähmt ist oder während des Vorgangs die Einnahme unterbricht und aus Angst die Tabletten nicht zu Ende nimmt? Die Gewissenskonflikte, in die dann die Begleitenden oder Assistierenden kommen, von denen seinerzeit die Helfer:innen in den schweizerischen Suizidhilfe-Organisationen berichtet haben und die diese zum Ausstieg verleitet haben, sind heute offensichtlich vergessen. Helfen die Assistierenden in diesen Fällen nach, werden sie zu aktiven Sterbehelfenden. Rufen sie den Notarzt oder die Notärztin, handeln sie sicherlich auch gegen den Willen des Suizidenten, der häufig mit größeren Schäden als vorher aus dem Suizidversuch erwacht.

Kritisch zu fragen ist auch, was Assistenz genau bedeutet? Kein Mensch würde auf die Idee kommen, bei normalen Medikamentenverordnungen zu sagen, der verordnende Arzt trage keine Verantwortung, sondern habe nur Beihilfe geleistet. Natürlich trägt er die Verantwortung für die Richtigkeit der Verordnung und nicht die Patient:innen, die sicherlich tatherrschaftlich die Medikamente schlucken. Aber auch der direkt Assistierende trägt Verantwortung für sein Handeln, beispielsweise muss er darüber befinden, ob tatsächlich die Situation so ist, dass sie für den Suizidenten die erwünschte Form hat. Schließlich muss er die Dosierung zubereiten und schließlich muss er sich sicher sein, dass dies, was jetzt geschieht, dem tatsächlichen Willen entspricht.

Und last but not least muss man sich fragen, wie eng Suizidassistentz und aktive Sterbehilfe beieinanderliegen? Was ist der Unterschied zwischen »Stell mir das Gift bereit« und »Gib mir das Gift, ich bin so schwach«? Die Kriterien für die Suizidbeihilfe, wie sie heute bei uns diskutiert werden, sind bemerkenswerter Weise die Kriterien für die aktive Sterbehilfe, beispielsweise in den Niederlanden, in Belgien und Luxemburg. In beiden Fällen wird üblicherweise überprüft, ob der Wille frei verantwortlich ist, ob er konstant ist, ob dem Betroffenen alle Alternativen bekannt sind, ob der Leidenszustand unerträglich genug ist. Die einzige Grenze ist der der Tatherrschaft, wobei aber selbst diese Grenze, wie oben gezeigt, oft nicht eindeutig ist.

Insgesamt lässt sich also die Frage stellen, was bei der vom BVerfG verursachten Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe tatsächlich auf die Gesellschaft zukommen könnte? Ist die Debatte, die wir heute erleben, u.U. nur das Vorspiel zu der viel größeren Debatte über eine Streichung des § 216 StGB, also dem Verbot der Tötung auf Verlangen? Die euthanasiebefürwortenden Verbände haben bereits in den 1980er Jahren dieses Ziel formuliert und dabei immer wieder betont, dass der Weg über die Freigabe der Suizidbeihilfe leichter zu nehmen sei, als sofort zur Streichung des Verbots der Tötung auf Verlangen zu kommen. Die historische Dimension der Debatte und damit die Notwendigkeit der Einmischung des Arbeitskreises zur Euthanasieforschung wird gerade an dieser Stelle deutlich. Die offene Frage, die bleibt, ist: Kann ein Gesetz, wie restriktiv es immer auch sein mag, tatsächlich eine Gewähr für eine Eingrenzung und ein Stoppschild vor weiteren Ausweitungen sein und gänzlich aus dem Schatten der Geschichte heraustreten?

Literatur

- Bielefeldt, Heiner (2020): Entleerung des Autonomieprinzips. Zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts über Suizidassistenz. In: Stimmen der Zeit Jg. 145, Bd. 238, Heft 8, S. 563-572.
- Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner.
- Bundesärztekammer (2019): Bekanntmachungen: Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten (Stand 02.05.2019). In: Deutsches Ärzteblatt 116 (2019), A1133-1134.

Autor:innen-Verzeichnis

Eßler, Henrik, Dr. phil., Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE, und Kurator am Medizinhistorischen Museum Hamburg; Forschungsschwerpunkte: Materielle und Kulturen der Medizin, Berufs- und Professionsgeschichte im Gesundheitswesen, Stadtgeschichte im 19. und 20. Jahrhundert.

Frank, Marta Leonora, Dr. med., B.A. Vergleichende Kultur- und Religionswissenschaft, Ärztin in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE; Forschungsschwerpunkte: Psychiatriegeschichte Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts, »Euthanasie«-Geschichte, Gedenk- und Erinnerungskultur.

Hartig, Susanne, Dr. med., eigene Kassenpraxis, KV Hamburg, als Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie: Tiefenpsychologie, EMDR Therapie, EMDRIA zertifiziert. Schwerpunkte: Traumatherapie, Transgenerationale familiäre Belastungen, insbesondere durch NS-Themen.

Hechler, Andreas, Softwareentwickler, Autor und Bildungsreferent, assoziiertes Mitglied bei Dissens – Institut für Bildung und Forschung, Berlin. Seine Urgroßmutter wurde in Hadamar im Rahmen der »Aktion T4« ermordet. Forschungsschwerpunkte sind allgemein mehrdimensionale Diskriminierung und Privilegierung, konkreter medizinische Gewalt, NS-~~f~~«Euthanasie«, Intergeschlechtlichkeit, Männlichkeit, sexualisierte Gewalt, Digitalisierung und algorithmische Diskriminierung. Kontakt: info@andreashechler.com

Hildwein, Daniel, geb. 1988 in Mühlacker; Studium der Geschichte und Soziologie an der Universität Stuttgart mit dem Abschluss Bachelor of Arts; danach Studium der neueren/neuesten Geschichte und Technikgeschichte an der TU Darmstadt mit dem Abschluss Master of Arts; 2015-2017 Wiss. Volontär im Freilichtmuseum in Beuren; seit 2017 wissenschaftlich-pädagogischer Mitarbeiter an der Gedenkstätte Grafeneck.

Höger, Ralph, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE; Forschungsschwerpunkte: Psychiatriegeschichte, Wissens- und Sozialgeschichte, Didaktik der Geschichte.

Hulverscheidt, Marion, Dr. med., Ärztin und Medizinhistorikerin, Koordinatorin der Kommission für das Koloniale Erbe in Hessen, Universität Kassel, Fachgebiet Neuere und Neueste Geschichte. Forschungsschwerpunkte: Körpergeschichte, Hygiene und Infektion, Machtverhältnisse in der Medizin.

Kaminsky, Uwe, Dr. phil., Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité; Forschungsschwerpunkte: Sozialgeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, Geschichte der Eugenik und NS-»Euthanasie«, Diakoniegeschichte.

Mechler, Ulrich, Dr. phil., Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE, und Kurator am Medizinhistorischen Museum Hamburg, UKE; Forschungsschwerpunkte: Medizingeschichte 18.-20. Jahrhundert, insbesondere Geschichte der Geburtshilfe, Pathologie, Endoskopie, Psychatriegeschichte, Objekt- und Sammlungsforschung, medizinhistorische Museologie.

Osten, Philipp, Prof. Dr. med., leitet das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am UKE und das Medizinhistorische Museum Hamburg; Forschungsschwerpunkte: Geschichte medizinischer Propaganda, Verhältnis von Politik und Wissenschaft, Seuchengeschichte, Medizin im Nationalsozialismus, Kinder als Patienten.

Schwoch, Rebecca, Priv.-Doz. Dr. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE, und Stellvertretende Institutsleiterin dortselbst; Forschungsschwerpunkte: Medizin- und Psychatriegeschichte des späten 19. und 20. Jahrhunderts, »Euthanasie«- und Holocaustgeschichte, Biografie-, Institutionen- und Fluchtforschung.

Steinhäuser, Frauke, freiberufliche Historikerin, Geschichtspädagogin und Ausstellungskuratorin **in Hamburg** in Hamburg; Forschungsschwerpunkte: Geschichte marginalisierter Personen und Gruppen im 19. und 20. Jahrhundert, Holocaust-Geschichte, NS-Täter*innen, Erinnerungskultur.

Stellbrink-Kesy, Barbara, Pädagogin und Kunsttherapeutin (MA – Art Therapy) sowie Autorin, Berlin; Schwerpunkte: NS-»Euthanasie«-Aufarbeitung und künstlerische Vermittlungsformen, Traumaverarbeitung, transkulturelle Kunsttherapie; Mitglied im Arbeitskreis für intergenerationale Folgen des Holocaust (pakh).

Stöckle, Thomas, geb. 1964 in Geislingen/Steige; Studium der Geschichts- und Politikwissenschaft an der Universität Stuttgart; Seit 1996 Wiss. Mitarbeiter der Gedenkstätte Grafeneck. Mitglied des Sprecherrats der baden-württembergischen Gedenkstätten, nun Leiter der Gedenkstätte Grafeneck-Dokumentationszentrum; Lehraufträge an

versch. Hochschulen des Landes; zahlreiche Beiträge zu Themen der Landes- und NS-Geschichte, insbes. zu den NS-»Euthanasie«-Verbrechen, Institutionen- und Tätergeschichte sowie zur Geschichte der Erinnerung; Mitherausgeber und Autor u. a. des Bandes »Entrechtet – verfolgt – vernichtet: NS-Geschichte und Erinnerungskultur im deutschen Südwesten«, Schriften zur politischen Landeskunde Baden-Württembergs, Bd. 45, Stuttgart 2016.

Tytarenko, Dmytro, Prof. Dr., Professor für Ukrainische Geschichte am Lehrstuhl für die Geschichte an der Staatlichen Pädagogischen Universität Krywyj Rih; Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Ukraine unter NS-Besatzung, Holocaust und »Euthanasie«- Verbrechen in der Ukraine, Geschichte des Donbass im 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts, Geschichtspolitik.

Wexler, Itamar: Born in Israel, Kibbutz Maagan-Michael, 1951. Studied visual arts at Avni Institute for Art & Design and art history at Tel Aviv University; initiated, curated and designed exhibitions for Institutions at Israel Museum, Israeli Council of Culture and Art, »Massuah« Institute for the Study of the Holocaust, and many others; until recently, a designer and visual consultant for the Cameri Theater of Tel Aviv; founding member of the Institute of Israeli Drama; »The Voyage« is his first Full Length Documentary.

Wunder, Michael, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, 1981-2022 tätig in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung; Mitglied der Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin« in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, Mitglied des Deutschen Ethikrates 2008-2016, Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik.

