

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 16

Schwerpunkt: Orte des Alters und der Pflege –

Hospitäler, Heime und Krankenhäuser

Herausgegeben von

Elisabeth Lobenwein, Sarah Pichlkastner,

Martin Scheutz, Carlos Watzka und Alfred Stefan Weiß

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2017



Felicitas Söhner / Thomas Becker / Heiner Fangerau¹

Psychiatrische Versorgung älterer Patientinnen und Patienten nach der „Aktion T4“ am Beispiel Bayerisch-Schwabens

English Title

Psychiatric Care of Elderly Patients after the “Action T4” – the Example of Bavarian Swabia

Summary

In Bavarian psychiatric hospitals approximately 15,000 people with mental handicaps and mental illnesses were killed after the end of the so-called “Action T4”. Targeted death of mentally ill patients in numerous psychiatric institutions continued. Death from starvation was one of the strategies of so-called “decentralized” or “regionalized euthanasia”. The aim of the present study was to analyse psychiatric care of elderly patients in the time of “regionalized euthanasia” using the examples of the Bavarian-Swabian psychiatric hospitals in Günzburg and Kaufbeuren.

Based on files of elderly patients from the archives of the district hospitals in Günzburg and Kaufbeuren as well as annual reports of both institutions spanning the years 1933 to 1952 we analysed whether criteria of “regionalized euthanasia” were fulfilled among elderly patients.

Sources indicate that the focus was on patients’ needs for care and efficiency after the end of T4. There was a practice of “decentralized euthanasia” in some psychiatric institutions. With the Bavarian decree of starvation diet (Hungerkosterlass) food for all patients who were unable or unwilling to work was greatly reduced. There was an “opaque” transition zone from undersupply to active decentralized killing of patients.

Keywords

National Socialism, “Action T4”, Kaufbeuren, Günzburg, Euthanasia, file analysis

¹ Wir danken Prof. Dr. Michael von Cranach außerordentlich für seine Unterstützung und Hinweise zum Manuskript.

Einleitung

Zwischen 1939 und 1945 wurden über 220.000 psychisch kranke, geistig und körperlich behinderte Menschen Opfer der NS-„Euthanasie“.² Die Mordaktionen fanden in verschiedenen Phasen und Organisationsgraden statt: Neben der Ermordung von Heranwachsenden in den sogenannten „Kinderfachabteilungen“ von 1939 bis 1945 standen die systematische Ermordung erwachsener Patientinnen und Patienten in einer der sechs Tötungsanstalten in der „Aktion T4“ 1940/41 sowie die dezentrale Tötung von Bewohnerinnen und Bewohnern der Heil- und Pflegeanstalten.³ Nach bisherigen Erkenntnissen wurden in Bayern mindestens 7.600 Menschen Opfer der sogenannten „Aktion T4“;⁴ die Zahl aller „Euthanasie“-Opfer dürfte diese Zahl deutlich übersteigen.⁵ Die Heil- und Pflegeanstalt (HuPfA) Günzburg in Bayerisch-Schwaben nahm in jenen Jahren die Funktion einer sogenannten „Zwischenanstalt“ ein, in die Patientinnen und Patienten aus anderen psychiatrischen Institutionen verlegt wurden, um deren Verbleib und ihr späteres Schicksal in den Gasmordanstalten zu verschleiern.⁶ Aus der Einrichtung in Günzburg wurden zwischen Juli 1940 und Juli 1941 in fünf Transporten insgesamt 394 psychisch kranke Menschen in die Tötungsanstalten Grafeneck, Hartheim bei Linz und Sonnenstein verbracht.

Nach dem Ende der „Aktion T4“ hörte auch in Bayern an zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen das gezielt herbeigeführte Sterben psychisch Kranker nicht auf. Die Insassinnen und Insassen der Heil- und Pflegeanstalten wurden durch Vernachlässigung, Mangelkost und Medikamentenüberdosierungen ums Leben gebracht. Im November 1942 ordnete das Bayerische Innenministerium im sogenannten „Bayerischen Hungerkost-Erlass“ an, nicht arbeitenden Bewohnerinnen und Bewohnern psychiatrischer Einrichtungen eine möglichst fleisch- und fettlose Ernährung zu geben. Die Verabreichung der Hungerkost bewegt sich in der Grauzone zwischen einer Inkaufnahme des Sterbens und gezielt-willentlichem Einsatz von Mangelernährung zum Zweck des Tötens.⁷ Häufig führte die Hungerkost nämlich zu Tod durch Unterernährung oder durch mit Unterernährung assoziierte Krankheiten, wie zum Beispiel die Tuberkulose.⁸ Das Sterbenlassen durch Verhungern gehörte zu einer der Strategien der soge-

2 Vgl. Heinz FAULSTICH, Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer, in: Andreas Frewer / Clemens Eickhoff, Hg., „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt a. M. 2000), 218–233; Heinz FAULSTICH, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie (Freiburg im Breisgau 1998), 241.

3 Das Hungersterben begann in Sachsen bereits 1938; dort starben auch schon während der „Aktion T4“ Patientinnen und Patienten dezentral, z. B. in den Zwischenanstalten. Vgl. Hans Walter SCHMUHL, Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus (Berlin 2015), 288.

4 Vgl. Michael VON CRANACH / Hans-Ludwig SIEMEN, Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945 (München 2012), 459.

5 Vgl. Sibylle VON TIEDEMANN, Dezentrale „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Egling-Haar. Eine Untersuchung der Münchner Todesfälle 1939–1945, in: Gerrit Hohendorf u. a., Hg., Die „Euthanasie“-Opfer zwischen Stigmatisierung und Anerkennung. Forschungs- und Ausstellungsprojekte zu den Verbrechen an psychisch Kranken und die Frage der Namensnennung der Münchner „Euthanasie“-Opfer (= Berichte des Arbeitskreises / Arbeitskreis zur Erforschung der Nationalsozialistischen Euthanasie und Zwangssterilisation 10, Münster 2014), 34–51.

6 Vgl. Felicitas SÖHNER u. a., Nach der „Aktion T4“. Regionalisierte Euthanasie in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg, in: Der Nervenarzt 87/8 (2016), 1. [DOI: 10.1007/s00115-016-0190-1].

7 Vgl. FAULSTICH, Hungersterben, wie Anm. 2.

8 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 459; FAULSTICH, Die Zahl, wie Anm. 2, 218–233.

nannten „dezentralen“ bzw. „regionalisierten Euthanasie“ nach dem Ende der „Aktion T4“. Eine Schwierigkeit der Analyse von Vorgängen der „dezentralen“ oder „regionalisierten Euthanasie“ besteht darin, dass die Ermordung der Opfer nicht direkt in den Akten dokumentiert wurde, sondern sich nur aus dem geschilderten Verlauf des Sterbens rekonstruieren lässt. Für Bayern liegen genauere Untersuchungen zur „regionalisierten Euthanasie“ für die Häuser Eglfing-Haar,⁹ Günzburg,¹⁰ Kaufbeuren und Irsee,¹¹ Klingenmünster¹² und Regensburg¹³ vor. Dieser Beitrag möchte diese Studien um eine Untersuchung der in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg untergebrachten Patientinnen und Patienten ergänzen, dabei aber ein besonderes Augenmerk auf ältere Personen richten (hierunter fassen wir für den vorliegenden Kontext pauschal Personen über 60 Jahre).¹⁴

Auch „alte“ Menschen wurden Opfer der „regionalisierten Euthanasie“. Wir möchten in diesem Beitrag zum einen danach fragen, welche älteren Menschen aus welchen Gründen überhaupt in einer psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt untergebracht waren. Zum anderen möchten wir prüfen, ob in Bezug auf diese älteren Patientinnen und Patienten Auffälligkeiten in der Altersverteilung, hinsichtlich der Neuaufnahmen, der Sterberaten und -ursachen zu verzeichnen sind. Auf eine kurze Schilderung der Verhältnisse in Bayrisch-Schwaben nach der „Aktion T4“ – mit besonderem Blick auf ältere Patientinnen und Patienten – erfolgt zu diesem Zweck eine Analyse der noch vorhandenen Patientendaten. Als Quellen dienten Akten älterer Patientinnen und Patienten aus den Archiven der Bezirkskrankenhäuser in Günzburg und Kaufbeuren sowie Jahresberichte der beiden Einrichtungen aus den Jahren 1933 bis 1952.

Situation nach der „Aktion T4“ in Bayerisch-Schwaben

Mit dem Abbruch der „Aktion T4“ endeten die nationalsozialistischen „Euthanasie“-Maßnahmen nicht; auch bedeutete der Stopp nicht das Ende der organisatorischen Strukturen von „T4“.¹⁵ Vielmehr verlagerten sich die Tötungen psychisch kranker Menschen dezentral in die

-
- 9 Vgl. CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4; Bernhard RICHARZ, *Heilen, pflegen, töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus* (Göttingen 1987); Volker ROELCKE / Sascha TOPP / Etienne LEPICARD, *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics* (= *Formen der Erinnerung* 59, Göttingen 2015); Gerhard SCHMIDT, *Selektion in der Heilanstalt* (Stuttgart 1965); TIEDEMANN, *Dezentrale „Euthanasie“*, wie Anm. 5.
- 10 Vgl. SÖHNER u. a., *Nach der „Aktion T4“*, wie Anm. 6.
- 11 Vgl. CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4; Hans-Walter SCHMUHL, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie* (Göttingen 1987).
- 12 Vgl. Gabriele CAPRANO-DIEHL, *Euthanasie-Verdacht in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1944 bis 1946* (Marburg 2012).
- 13 Vgl. Clemens CORDING, *Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im „Dritten Reich“. Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus* (Würzburg 2000).
- 14 Felicitas SÖHNER / Michael von CRANACH / Heiner FANGERAU / Thomas BECKER, *Nach der „Aktion T4“. „Regionalisierte Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg*, in: *Der Nervenarzt* 16. August (2016), 1–8. [DOI 10.1007/s00115-016-0190-1].
- 15 Vgl. Brigitte KEPLINGER, *Regionalisierter Krankenmord. Voraussetzungen und Strukturen der nationalsozialistischen Patiententötungen außerhalb der zentral gesteuerten Programme*, in: Bertrand Perz u. a., Hg., *Schlussbericht der Kommission zur Untersuchung der Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945* (Innsbruck 2014), 49–83, hier 57.

einzelnen Heil- und Pflegeanstalten. Kepplinger bemerkt in diesem Kontext die enthemmende, dammbruchartige Wirkung, die die „Aktion T4“ für die Beteiligten entfaltet habe. So seien nicht zufällig jene Regionen zu Schwerpunkten der „dezentralen Euthanasie“ geworden, die zuvor intensiv mit der organisierten „Euthanasie“ verstrickt waren.¹⁶

Durchführung und Ausmaß der „dezentralen Euthanasie“ waren eng verknüpft mit dem Verlauf des Krieges. Der intensiverte Luftkrieg 1942/43 löste in den betroffenen Regionen eine Krise in der medizinischen Versorgung aus. Durch den Mangel an Krankenhausbetten leiteten die Gesundheitsverwaltungen die Verdrängung chronisch Kranker ein. In der Versorgungshierarchie standen zuerst verwundete Soldaten, gefolgt von somatisch Kranken mit Heilungschancen; auf der untersten Ebene befanden sich alterskranke und terminal erkrankte Patientinnen und Patienten sowie die Bewohnerinnen und Bewohner der Heil- und Pflegeanstalten.¹⁷ Ab Mitte 1942 wurden Heil- und Pflegeanstalten sowie Altersheime zunehmend geräumt, um Platz für Luftkriegsverletzte zu schaffen. Verlegte Patientinnen und Patienten wurden in die sogenannten „Zwischenanstalten“ und „Sammelanstalten“ verlegt. Daneben hatte das abrupte Ende des „T4“-Programms und damit der organisierten Verlegungen dazu geführt, dass viele Menschen in den sogenannten „Zwischenanstalten“ verblieben. Die Sterberate dieser Patientengruppe lag höher als die der aus der Region aufgenommenen Patientinnen und Patienten.¹⁸

Der zunehmende Mangel an Ressourcen diente der Legitimation einer generellen Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker und insbesondere nicht arbeitsfähiger Menschen. Gleichzeitig hatte sich die Sterblichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner durch die verschlechterte Versorgungslage mit Lebensmitteln und Medikamenten, durch die Reduzierung von Heizmaterial, durch verschlechterte Pflege infolge Personalreduktion und durch die Überbelegung von Stationen allgemein erhöht.¹⁹

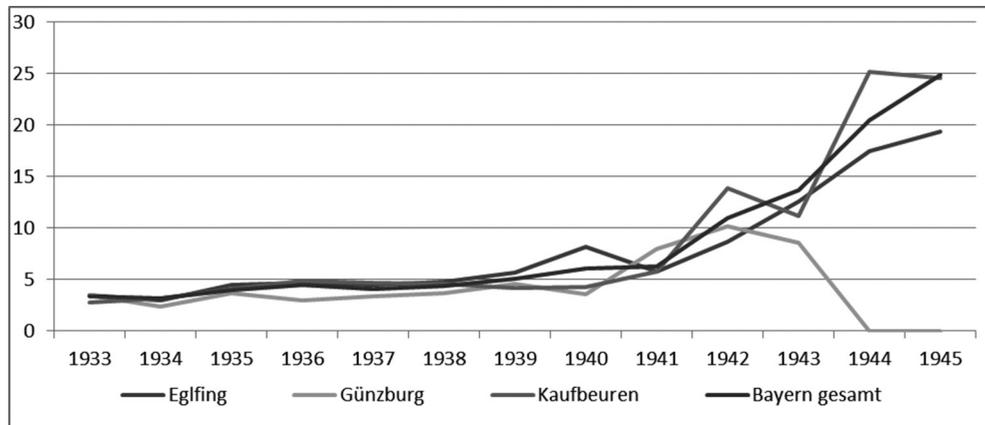
16 Vgl. ebd., hier 56 f.

17 Vgl. NEUGEBAUER, NS-Euthanasieaktionen. Ein Überblick, in: Bertrand Perz u. a., Hg., Schlussbericht der Kommission zur Untersuchung der Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945 (Innsbruck 2014), 35–49, hier 46.

18 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 470.

19 Vgl. NEUGEBAUER, NS-Euthanasieaktionen, wie Anm. 17, 43.

Grafik 1: Sterberate in Heil- und Pflegeanstalten in Bayern 1933–1945. Vergleich Günzburg (Schwaben), Kaufbeuren (Schwaben), Eglfing-Haar (Oberbayern). Vgl. Felicitas SÖHNER u. a., Nach der „Aktion T4“, wie Anm. 6



Bayern galt als eine der Schwerpunktregionen der „dezentralen Euthanasie“. Dort war wegen der Transporte aus den luftkriegsgefährdeten Gebieten und der Umnutzung des durch die „Aktion T4“ geleerten Anstaltsraumes die Situation zunehmend kritisch. In der Zeit zwischen September 1941 und Juli 1942 galt es in Bayern, 729 Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen zusätzlich unterzubringen. Die nach Günzburg verlegten Sammeltransporte kamen aus Eglfing-Haar (Oberbayern), Eickelborn (Westfalen), Hausen (Rheinland), Klingenstein (Pfalz), Lauingen (Schwaben), Maria Bildhausen (Unterfranken), Michelfeld (Oberpfalz), Rotenburg (Niedersachsen) und Schweinspoint (Schwaben).²⁰

Die Sterberate in den bayerischen Anstalten insgesamt stieg von 6,3 % im Jahr 1941, auf 10,9 % 1942, dann 1943 auf 13,6 %, 1944 auf 20,4 % und 1945 auf 24,8 % (Grafik 1).²¹ Die beschriebene signifikante Zunahme geht unter anderem auch auf den obengenannten „Hungerkosterlass“ (1942) zurück, eine Anordnung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren zur Reduzierung des Patientenbestandes.

Im Anschluss an ein Treffen der bayerischen Anstaltsdirektoren zur Besprechung der Ernährungslage in den stationären Einrichtungen verfügte das Ministerium am 30. November 1942, dass

„mit sofortiger Wirkung sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht diejenigen Insassen der Heil- und Pflegeanstalten, die nutzbringende Arbeit leisten oder in therapeutischer Behandlung stehen, ferner die noch bildungsfähigen Kinder, die Kriegsbeschädigten und die an Alterspsychosen Leidenden zu Lasten der übrigen Insassen besser verpflegt werden“.²²

20 Vgl. Felicitas SÖHNER, 100 Jahre psychiatrische Versorgung am Bezirkskrankenhaus in Günzburg, in: Thomas Düll u. a., Hg., Seele und Gehirn im Fokus – 100 Jahre Bezirkskrankenhaus Günzburg, Psychiatrie (Köln 2015) 44–97, hier 67.

21 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 470.

22 Vgl. RICHARZ, Heilen, wie Anm. 9, 174; FAULSTICH, Hungersterben, wie Anm. 2.

Diese Formulierung legt die Vermutung nahe, dass bei der Auswahl der „Lebensunwerten“ das Alter allein nicht als Selektionskriterium gelten konnte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kriterien wie Pflegebedürftigkeit, „Asozialität“ und Arbeitsunfähigkeit größere Bedeutung hatten.²³

Eine ähnliche Haltung zu Kriterien der Ressourcenallokation nahm der Kaufbeurer Direktor Valentin Faltlhauser im Hinblick auf mögliche Ausnahmen ein. Bei einer Betriebsversammlung im Juni 1943 äußerte er:

„[...] alte Leute, die ein Leben lang gearbeitet haben und im Alter, statt wie ihre Berufskameraden sich der wohlverdienten Ruhe hingeben zu können, als Kranke in einer Heilanstalt ihr Leben fristen müssen. Für diese gilt meine strenge Anweisung, daß sie in der Normalkost zu verpflegen sind. Es bleiben für die E-Kost nur diejenigen Kranken, die für die Volksgemeinschaft nichts mehr leisten können und bisher auch noch nicht viel geleistet hatten und geistig nicht wußten, was sie aßen.“²⁴

Die beiden Äußerungen stehen in Kontrast zu nationalsozialistischen, bevölkerungspolitischen Maßnahmen, wie Ausmerze „Minderwertiger und Schwacher“, die der Gruppe nicht mehr arbeitsfähiger oder sogar pflegebedürftiger alter Menschen das Recht zum Leben absprach,²⁵ decken sich aber mit den Diskussionen der Hauptverantwortlichen zum Gesetz über die „Euthanasie“ bei unheilbar Kranken. Hier wurden zwar auch „senile Demente“ als potentielle Opfer angeführt, doch die Einbeziehung in die Aktion wurde an diverse Bedingungen geknüpft:²⁶ Die Betroffenen mussten „erheblich unsauber“ sein und durften „nicht in jüngeren Jahren besondere Leistungen für Volk und Reich erbracht haben“, daneben musste der Bedarf „einer dauernden Verwahrung in einer Heil- und Pflegeanstalt“²⁷ gegeben sein. Auch die T4-interne Begutachtungsrichtlinie vom 30. Januar 1941, erlassen von den beiden „Euthanasie-Beauftragten“ Karl Brandt und Philipp Bouhler, bestimmte aufgrund politischer Bedenken:

23 Vgl. Kenan IRMAK, *Der Sieche. Alte Menschen und die stationäre Altenhilfe in Deutschland 1924–1961* (= Veröffentlichungen des Instituts für Soziale Bewegungen, Schriftenreihe A, Darstellungen 20, Essen 2002), 386.

24 Zit. nach: CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4, 289.

25 Vgl. Brigitte MICHEL, *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Eine Diskursanalyse anhand zeitgenössischer Familienzeitschriften vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart*, unveröffentlichte Dissertation (Charité – Universitätsmedizin Berlin 2006), 72. „Eine Haltung, die exemplarisch zum Kampf gegen die Wohlfahrtssentimentalität gerade im Falle des Alters aufrief und in der die Trennung zwischen denjenigen alten Menschen, die noch in den Produktionsprozess eingegliedert werden konnten und denjenigen alten Menschen, die pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen waren, weiter zementiert wurde. Eingeleitet wurde diese Phase durch die im Juni 1939 durchgeführte erste große nationale ‚Tagung betreffend Altersfürsorge und Altersheime‘, an der zahlreiche Spitzenvertreter aus den sozial- und gesundheitspolitischen Bereichen teilnahmen. Das Ergebnis dieser Tagung war die Feststellung, dass die eigentliche Versorgung der alten Menschen innerhalb der Familie geschehen sollte, dass es aber für diejenigen Fälle, in denen diese Art der familiären Versorgung nicht möglich sein würde, zwei verschiedene Arten von Heimen geben sollte, die für alte und gesunde und die für alte und kranke Menschen.“ Ebd., 81.

26 Vgl. Karl Heinz ROTH, Hg., *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über die Sterbehilfe“* (Berlin 1984), 130.

27 Gesetzesentwurf zum „Gesetz über Sterbehilfe für Lebensunfähige“. Vgl. SCHMUHL, *Rassenhygiene*, wie Anm. 11, 294; Achim THOM, Hg., *Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland* (Berlin 1985), 25.

„Bei Senilen größte Zurückhaltung. Nur bei dringenden Umständen, z. B. Kriminalität, Asozialität Einbeziehung.“ Die verschärfte Richtlinie vom 10. März 1941 regelte Folgendes: „Unter Senilen sind dabei nicht zu verstehen altgewordene Patienten mit Psychosen, die an sich unter die Aktion fallen, wie Schizophrenie, Epilepsie usw. In Sonderfällen soll bei Senilen Vorlage bei Herrn Jennerwein²⁸ erfolgen.“²⁹ Entsprechende Anweisungen gaben die zuständigen Behörden an die Anstaltsleiter weiter.³⁰ Irmak ist zuzustimmen, dass die Zitate erwarten ließen, dass bei der „Selektion“ die schmale Grenze zwischen Krankheiten im Alter und Krankheiten des Alters berücksichtigt werden sollte.³¹

Die hier erkennbaren politischen Bedenken fügten sich insofern in die Kriegspropaganda ein, als deutlich wurde, dass das Einordnen von alten pflegebedürftigen Menschen als „lebensunwert“ sich gegen das eigene Volk richten würde. Damit wäre jeder automatisch Gefahr gelaufen, im Alter zur „Ballastexistenz“ erklärt und ermordet zu werden.³² Kranke und gebrechliche Alte passten zwar nicht in das Raster der „aufbauenden Vorsorge“ des Nationalsozialismus,³³ doch verbliebene Elemente des „Normenstaates“ gewährten ihnen in einem gewissen Umfang Schutz, der im Laufe des Krieges zunehmend schwand.³⁴

Altersstrukturen in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg

Zur Altersverteilung im Patientenbestand der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg finden sich im untersuchten Quellenmaterial Angaben zu den Jahren 1940 bis 1943. In diesem Zeitraum lag der Anteil der Patientinnen und Patienten über 60 Jahren zwischen 17 % und 24 % des Patientenbestands. In absoluten Zahlen schwankte die Zahl zwischen 116 von 670 Personen Gesamtbestand im Jahr 1941 und 80 von 338 im Jahr 1943. Zu den späteren Phasen gibt es hierzu in den Jahresberichten keine Angaben (Grafik 2).

28 Deckname für Viktor Brack.

29 Vgl. Bundes-Archiv Koblenz All. Proz. 7, Nr. FC1807nP (12), Blatt 127398; Anika BURKHARDT, Das NS-Euthanasie-Unrecht vor den Schranken der Justiz. Eine strafrechtliche Analyse (= Beiträge zur Rechtsgeschichte des 20. Jahrhunderts 85, Tübingen 2015), 86 f.

30 Vgl. Asmus FINZEN, Auf dem Dienstweg. Die Verstrickung einer Anstalt in die Tötung psychisch Kranker (= Treffbuch 2, Rehburg-Loccum 1983), 84 f.

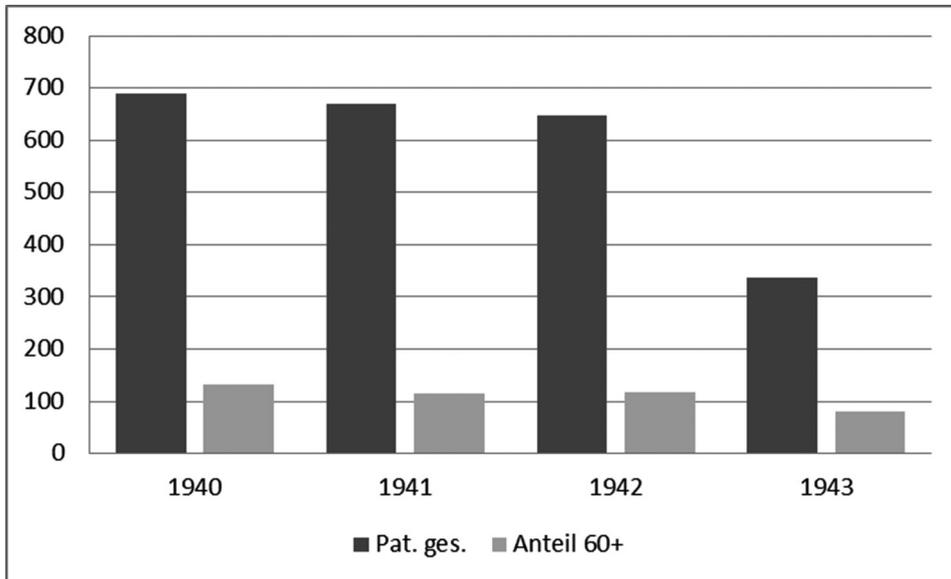
31 Vgl. IRMAK, Der Sieche, wie Anm. 23, 355 f.

32 Vgl. Lil-Christine SCHLEGEL-VOSS, Alter in der ‚Volksgemeinschaft‘. Zur Lebenslage der älteren Generation im Nationalsozialismus (Berlin 2005), 276.

33 Vgl. Christa SCHNABL, Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge (= Studien zur theologischen Ethik 109, Freiburg–Wien 2005), 49.

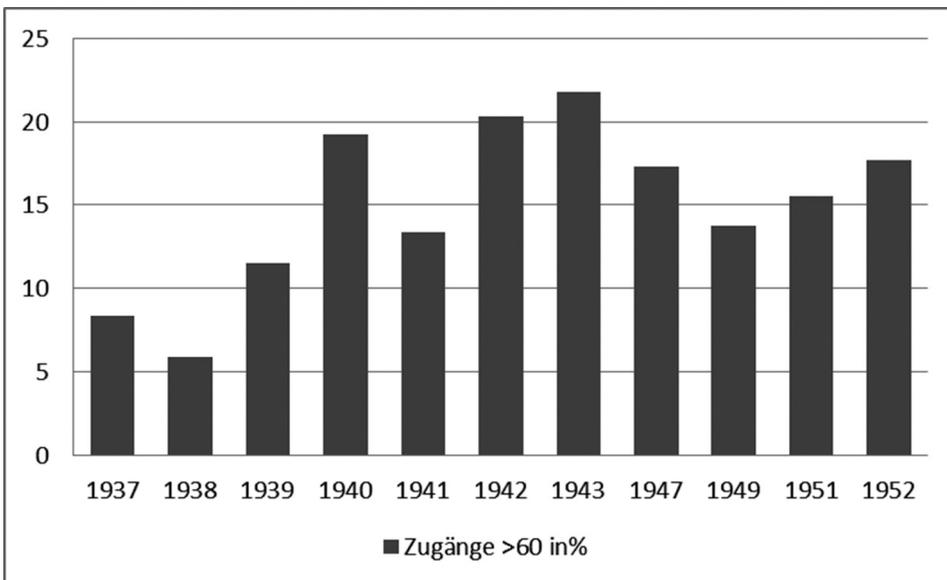
34 Vgl. Wolfgang MERKEL, Systemtransformation. Eine Einführung in die Theorie und Empirie der Transformationsforschung (Opladen 2013), 203; SCHLEGEL-VOSS, Alter, wie Anm. 32, 276 f.

Grafik 2: Anzahl der über 60-Jährigen im Patientenbestand der HuPflA Günzburg

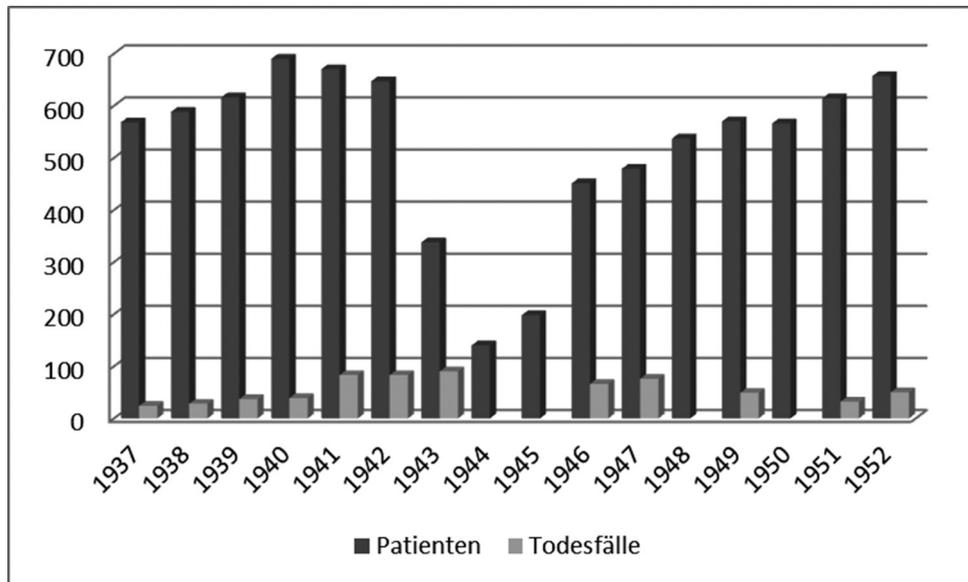


Etwas mehr Datenmaterial findet sich zur Altersverteilung unter den Neuaufnahmen. Der Anteil der über 60-Jährigen unter den Zugängen lag im Zeitraum 1937 bis 1939 zwischen 6 und 11 %, in den Jahren 1940 bis 1943 schwankte er zwischen 13 und 22 %. In der Zeit von 1947 bis 1952 lag der Anteil der älteren Personen zwischen 14 und 18 % (Grafik 3). Hinweise zur Diagnoseverteilung in dieser Altersgruppe findet sich in den vorliegenden Quellen nicht.

Grafik 3: Anteil der über 60-Jährigen unter den Zugängen in die HuPflA Günzburg



Grafik 4: Sterblichkeitsrate in der HuPflA Günzburg



Altersheime, Heil- und Pflegeanstalten wurden während des Krieges gelegentlich als Ausweichkrankenhäuser und Lazarette genutzt. Die vorhandenen Kapazitäten der stationären Altenhilfe waren kaum ausreichend.³⁵ In den ersten Nachkriegsjahren stellte zudem die große Zahl entwurzelter älterer Menschen die Wohlfahrtseinrichtungen vor zusätzliche Probleme. Unter den Neuankömmlingen aus den ehemaligen Ostgebieten befand sich ein größerer Anteil älterer Menschen, die einer stationären Pflege bedurften.³⁶ Es ist also durchaus denkbar, dass eine psychiatrische Einrichtungen wie die Heil- und Pflegeanstalt Günzburg als eine Art „Ersatz“ bzw. „Ergänzung“ zur stationären Altenhilfe genutzt wurden. Dies könnte den anhaltenden erhöhten Anteil Älterer unter den Neuzugängen im Krieg und auch nach Kriegsende erklären. Nach dem Ende der „Aktion T4“ starben in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg zwischen 1941 und 1943 insgesamt 275 Patienten.³⁷

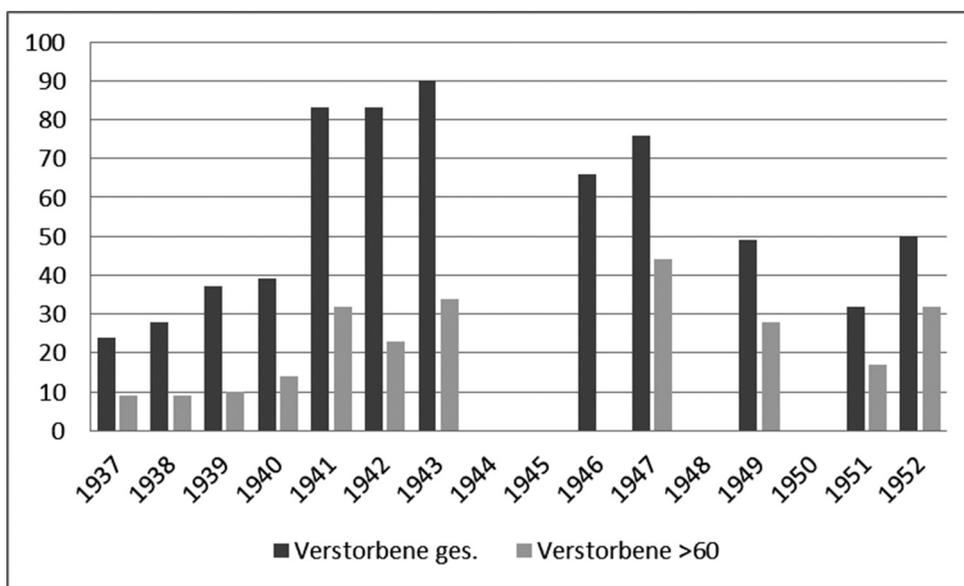
35 Vgl. SCHLEGEL-VOSS, *Alter*, wie Anm. 32, 275.

36 Vgl. Michael HIRSCHFELD, *Katholisches Milieu und Vertriebene. Eine Fallstudie am Beispiel des Oldenburger Landes. 1945–1965* (= *Forschungen und Quellen zur Kirchen- und Kulturgeschichte Ostdeutschlands* 33, Köln 2002), 165 f.

37 Archiv Günzburg, Jahresberichte 1944–47. Vgl. CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4, 259.

Die Sterblichkeitsrate lag in Günzburg in den Jahren 1933 bis 1940 bei 3,22 %, in den Jahren 1941 bis 1943 bei 9,19 % (Grafik 4). Für die Jahre 1944 und 1945 fehlen die Angaben, was damit zusammenhängt, dass in diesen Jahren beinahe alle Günzburger Patientinnen und Patienten in der Schwesteranstalt Kaufbeuren untergebracht waren und die Krankengebäude in Günzburg als Evakuierungsort für die Allgemeinkrankenhäuser der Stadt Augsburg dienten (Grafik 4). Bei den 140 in Günzburg verbliebenen Patientinnen und Patienten handelte es sich nach dem Jahresbericht von 1944 um „arbeitsfähige und arbeitswillige Kranke, die im Laufe des Jahres sich sehr gut bewährten und anerkannte Dienste leisteten sowohl für die anstaltseigenen Betriebe, wie für das Ausweichkrankenhaus Augsburg, für die Gärtnerei und Gutshof“.³⁸ Von den zwischen November 1943 und März 1944 verlegten 642 nicht leistungsfähigen Patientinnen und Patienten überlebte weniger als die Hälfte ihren Aufenthalt in Kaufbeuren und Irsee.

Grafik 5: Anzahl der über 60-Jährigen unter den Verstorbenen in der HuPflA Günzburg



Auch nach Kriegsende blieb die Sterblichkeit in den bayerischen Anstalten weiter hoch.³⁹ Als mögliche ursächliche Faktoren müssen neben den Folgen langjähriger Unterversorgung (während des Krieges) und der durch Fremdnutzung und Zerstörung bedingten behelfsmäßigen und beengten Unterbringung der in den Anstalten verbliebenen Patientinnen und Patienten auch die allgemeine Notlage der Bevölkerung bedacht werden, die eine rasche Verbesserung der

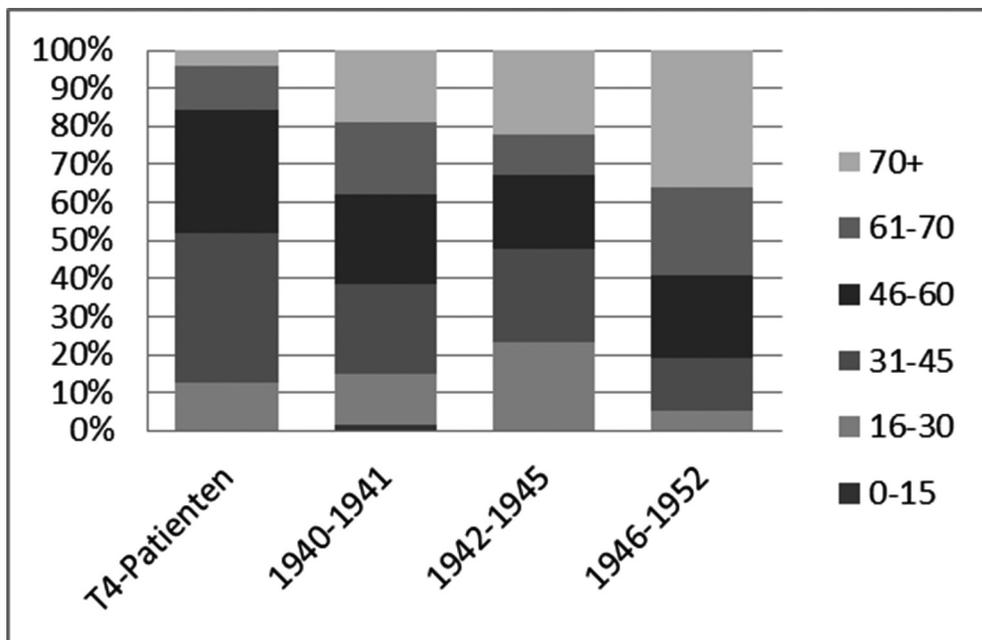
³⁸ Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1944.

³⁹ Vgl. FAULSTICH, Hungersterben, wie Anm. 2.

Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Anstalten erschwerte (Grafik 5).⁴⁰ Erst mit der Währungsreform 1948 begann sich die Versorgungslage allmählich zu normalisieren.⁴¹

Bernd Walter hat Daten zu „Euthanasie“-Transporten erhoben und konnte hier einen unterdurchschnittlichen Anteil alter Patientinnen und Patienten bzw. von Personen mit Alterskrankheiten nachweisen.⁴² Einen ähnlichen Befund berichtet Peter von Rönn in seiner Untersuchung zu T4-Transporten aus Langenhorn bei Hamburg.⁴³ Auch in der Betrachtung der Altersverteilung unter allen verstorbenen Patientinnen und Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg in verschiedenen Zeiträumen zeigt sich ein relativ geringer Anteil älterer Patientinnen und Patienten unter den Opfern der „Aktion T4“ (15 %). 58 der 394 deportierten Patientinnen und Patienten waren über 60 Jahre alt.

Grafik 6: Altersverteilung der verstorbenen Patientinnen und Patienten der HuPFA Günzburg (Daten „Aktion T4“: Andreas GÖRGL, Die „Aktion T4“ und die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg, unveröffentlichte Dissertation [Universität Ulm 2008])



40 Vgl. NEUGEBAUER, NS-Euthanasieaktionen, wie Anm. 17, 45.

41 Vgl. Anke HOFFSTADT u. a., Leben in der Anstalt. Der Alltag von Patienten und Schülern in Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland nach 1945 – Ein Werkstattbericht, in: Axel Karenberg / Dominik Groß / Mathias Schmidt, Hg., Forschungen zur Medizingeschichte. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“ (Köln–Aachen 2013), 285–321, hier 289.

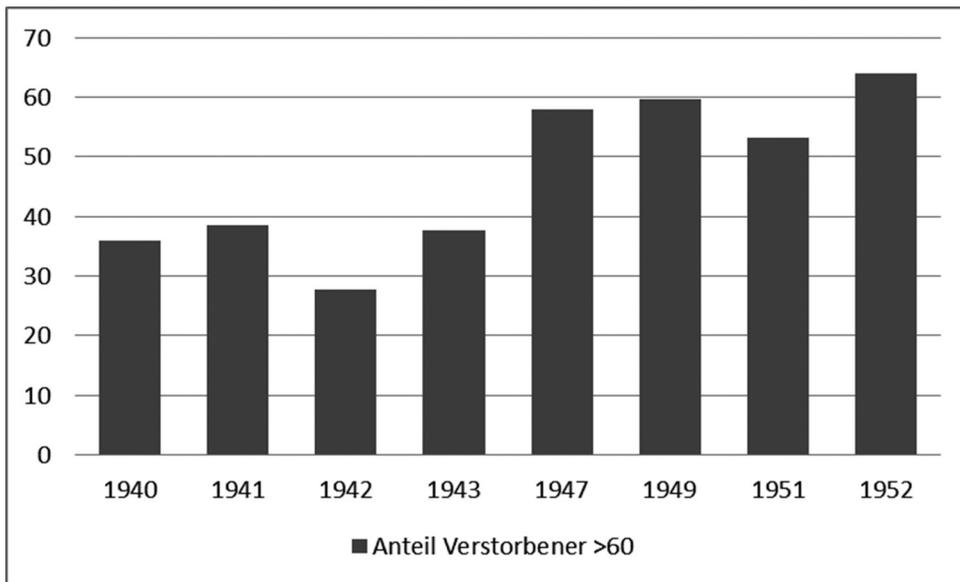
42 Vgl. Bernd WALTER, Anstaltsleben als Schicksal. Die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege an Psychiatriepatienten, in: Norbert Frei, Hg., Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit (München 1991), 217–233, hier 224.

43 Vgl. Peter von RÖNN, Verlegungen im Rahmen der Aktion T4, in: Klaus Böhme, Hg., Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus (= Forum Zeitgeschichte 2, Hamburg 1993), 137–232, hier 154.

In den Jahren der „dezentralen Euthanasie“ 1942 bis 1945 ging der Anteil der älteren Verstorbenen weiter zurück. In den Jahren der Nachkriegszeit lag der Anteil von Patientinnen und Patienten im Alter über 60 Jahre deutlich höher (Grafik 6).

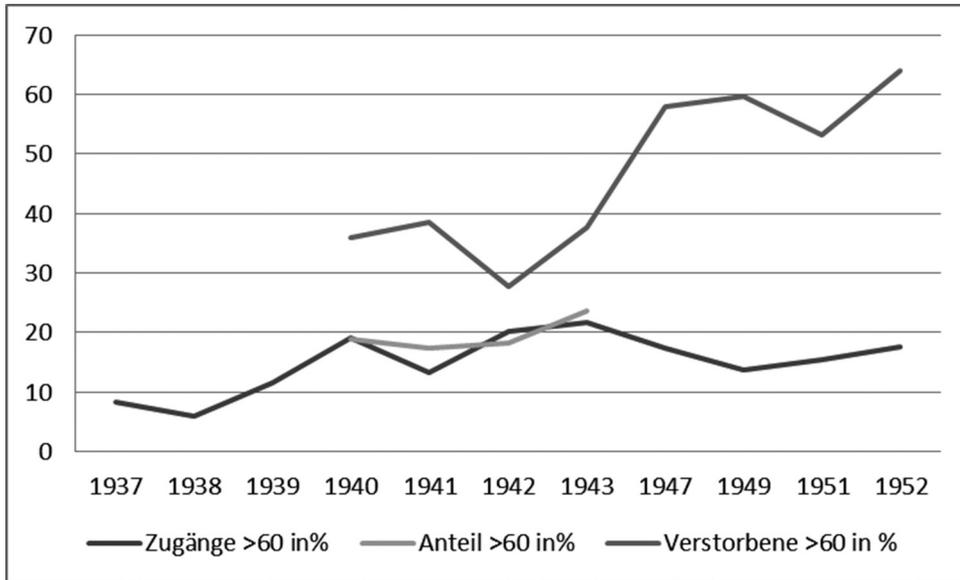
Deutlich höher fällt der Anteil der im selben Zeitraum (1940/41) sowie in den Jahren der „dezentralen Euthanasie“ in der Anstalt Günzburg verstorbenen älteren Patientinnen und Patienten aus (38 % sowie 30 %). Gleichzeitig blieb der Anteil der über 60-jährigen Verstorbenen in den Jahren 1942 bis 1945 relativ stabil und sank im Jahr 1942 sogar auf 28 % (Grafik 7).

Grafik 7: Anteil der Verstorbenen über 60 in der HuPflA Günzburg in %



Besonders hoch liegt der Anteil der verstorbenen älteren Patientinnen und Patienten (über 60 Jahre) in den Jahren 1946 bis 1952. In den unmittelbaren Nachkriegsjahren lag ihr Anteil bei mehr als der Hälfte der Todesfälle (59 % Grafiken 6 und 8).

Grafik 8: Anteil von Patientinnen und Patienten im Alter über 60 im Vergleich zur Gesamtheit in %



In den Jahren 1940/41 war in Günzburg im Vergleich zu Vorjahren eine Zunahme von tödlichen Lungenerkrankungen als Todesursache zu erkennen. Im Jahresbericht wurden diese erklärt als „Grippefolgen, die gegenüber früheren Jahren vermehrt auftraten“.⁴⁴ Eine häufige Benennung von „status epilepticus“ als Todesursache wurde mit dem überdurchschnittlich hohen Anteil epileptischer Patientinnen und Patienten in Günzburg begründet, der wiederum mit Forschungen zu einem Epilepsiepräparat im dortigen IG Farben-Labor im Zusammenhang gestanden haben dürfte.⁴⁵ Daneben hätten sich Fälle tödlich verlaufender Lungentuberkulose (Tbc) gegenüber den Vorjahren verdoppelt. Die Mehrzahl der Tbc-Erkrankten stammte aus der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen von Krankentransporten aus geräumten Anstalten verlegt worden waren. Im Vergleich zur Gesamtsterblichkeit betrug die Sterblichkeit an Tuberkulose im Jahr 1942 34,9 %, im folgenden Jahr 43,4 %.⁴⁶

Diese Häufung spiegelt sich auch in den angegebenen Todesursachen in den Jahresberichten wider. Auffällig ist, dass Diagnosen, die sich auf Erkrankungen der Lunge sowie des Herzens beziehen, in den Jahren der NS-Zeit und der unmittelbaren Nachkriegszeit signifikant häufiger festgehalten wurden als in den Nachkriegsjahren. Umgekehrt nahmen Diagnosen, die

44 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1941.

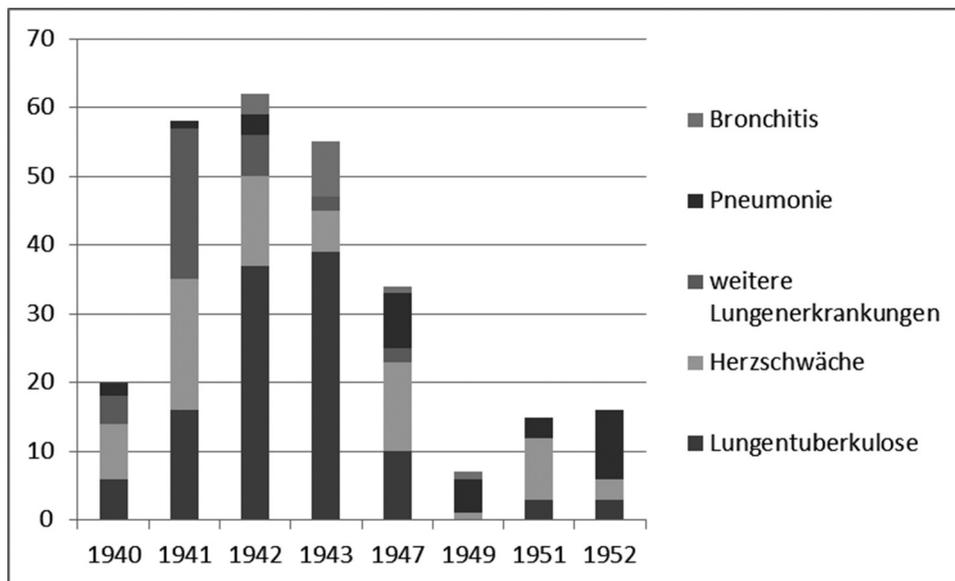
45 Vgl. Felicitas SÖHNER / Joachim WINCKELMANN / Thomas BECKER, Das Laboratorium der I.G. Farben an der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg – Epilepsieforschung im Nationalsozialistischen Deutschland, in: *Medizinhistorisches Journal* 50/3 (2015), 223–248.

46 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1943.

mit Gefäßkrankheiten und Altersschwäche im Zusammenhang stehen, in den Nachkriegsjahren deutlich zu. In der Gesamtschau der häufigsten vorkommenden Todesursachen im Untersuchungszeitraum wird eine prominente Stellung der Diagnose „Lungentuberkulose“ in den Kriegsjahren und unmittelbaren Nachkriegsjahren erkennbar (Grafiken 9–10). Diese Ergebnisse entsprechen auch einer Entwicklung des Krankheitsspektrums, die 1958 beobachtet wurde:

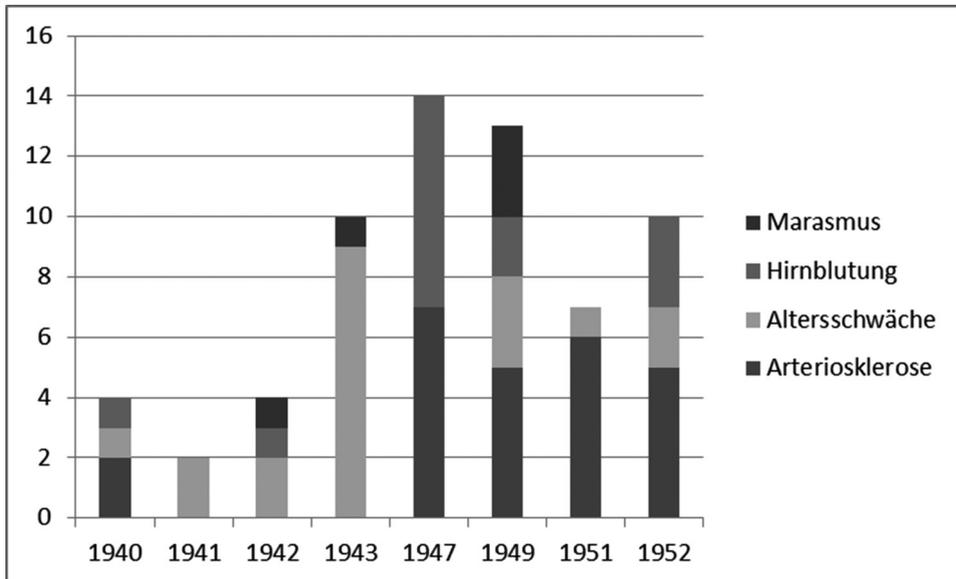
„Anhand von Krankenhausstatistiken kann nachgewiesen werden, dass sich das zur frühzeitigen Invalidisierung führende Krankheitsspektrum in den Jahren von 1952–1956 grundlegend geändert hatte. War die häufigste Krankheitsursache 1953 noch die Tuberkulose gewesen, so stand 1956 die Arteriosklerose an der ersten Stelle.“⁴⁷

Grafik 9: Angegebene Todesursachen Herz / Lunge betreffend in der HuPFA Günzburg



47 Helmut JUSATZ, Welche Folgerungen lassen sich aus den Veränderungen der häufigsten Krankheitsursachen nach der Rentenstatistik der Jahre 1952–1956 vom Standpunkt der Gesundheitsfürsorge ziehen? in: Gesundheitsfürsorge – Zeitschrift für die gesundheitlichen Aufgaben im Rahmen der Familienfürsorge 8 (1958), 93.

Graphik 10: Angegebene Todesursachen Alterung / Gefäße betreffend in der HuPfA Günzburg



In der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg wurden Patientinnen und Patienten Opfer der Mangelernährung. Für das Jahr 1941 finden sich im Jahresbericht der Günzburger Anstalt Bemerkungen zum Gewichtsverlust der Patientinnen und Patienten, der (-2 kg: ♂ und -3 kg: ♀) dem der Durchschnittsbevölkerung angeglichen sei.⁴⁸ Der Jahresbericht zum Jahr 1942 bemerkte hierzu: „Das Durchschnittsgewicht der arbeitenden Kranken, über welche die Anstalt seit Jahren eine Kurve führt, hat eine Entwicklung genommen, die sich der Kurve bei der Durchschnittsbevölkerung angleicht.“⁴⁹ Auf die Entwicklung des Durchschnittsgewichts der nicht-arbeitenden Kranken gingen die Jahresberichte nicht ein.

Den Günzburger und Kaufbeurer Krankenakten ist zu entnehmen, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die dazu in der Lage und willens waren, insbesondere zu land- und hauswirtschaftlichen Arbeiten herangezogen wurden. Vor dem Hintergrund der angespannten Versorgungssituation bestand auch die ökonomische Notwendigkeit, die Arbeitskraft der Patientinnen und Patienten einzusetzen.⁵⁰ Die durch Patientenarbeit erbrachten Leistungen sollten von staatlichen Zuwendungen unabhängiger machen.⁵¹ Der flächendeckende Einsatz psychisch Kranker in den anstaltseigenen Werkstätten und Gütern wirft die Frage nach dem therapeutischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten auf. Es ist anzunehmen, dass der therapeutische Aspekt der Patientenarbeit gerade in den Kriegsjahren eher nachrangig war. 1943 versandte

48 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1941.

49 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1942.

50 Vgl. Stephanie NEUNER, Politik und Psychiatrie. Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920–1939 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 197, Göttingen 2011), 295.

51 Vgl. Monika ANKELE / Eva BRINKSCHULTE, Hg., Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit (= Medizingeschichte, Stuttgart 2015), 10.

der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten Herbert Linden ein Rundschreiben, das auch die Einrichtungen Kaufbeuren und Günzburg erreichte, und das zur Erfassung der arbeitsfähigen Patientinnen und Patienten aufforderte, mit dem Ziel, „die Beschäftigung der Anstaltspfleglinge über den Rahmen der sogenannten Arbeitstherapie hinaus zu erweitern“.⁵² Es wurde dazu aufgefordert, „diese Arbeitskräfte noch mehr auszuschöpfen, indem man sie [...] unter Berücksichtigung ihrer beschränkten Einsatzfähigkeit [...] arbeiten läßt“.⁵³ Valentin Faltlhauser entgegnete diesem Schreiben für die Anstalt Kaufbeuren, dass diese Anordnungen des Reichsbeauftragten „an der hiesigen Anstalt bereits seit Jahren durchgeführt“ würden und dort „schon immer das Bestreben [bestand], arbeitsverwendungsfähige Kranke“⁵⁴ zu Arbeitseinsatz heranzuziehen.

In den Patientenakten der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg sind im Untersuchungszeitraum neben Bemerkungen zum Verhalten zahlreiche Kommentare zum Arbeitsverhalten zu finden. Zur Arbeitsleistung älterer Patientinnen und Patienten gab es zum einen negative Bemerkungen wie:⁵⁵ „will nicht arbeiten!“⁵⁶ „steht tagsüber viel an Fenstern herum“⁵⁷ „sitzt nur stumm und teilnahmslos herum“, „meist den ganzen Tag im Bett“, „zu keiner Arbeit zu bewegen“⁵⁸ zum anderen wurde älteren Patientinnen und Patienten auch aktives Engagement attestiert wie: „äußerst fleißige und fast unersetzliche Kraft“⁵⁹ „hilft fleißig bei den Hausarbeiten mit“⁶⁰ „macht sich [...] auf der Station nützlich, betrachtet es nicht für unter seiner Würde den Boden zu putzen“⁶¹ „ist [...] freundlich, willens und fleißig“.⁶² Auffallend ist, dass Patientinnen und Patienten mit positiv bewerteter Arbeitsleistung in geringerem Maße Opfer der „dezentralen Euthanasie“ wurden.⁶³

Manche Patientenakten erwecken den Eindruck, dass die Darstellung der Nützlichkeit auch älterer Patientinnen und Patienten diese vor „Euthanasie“-Maßnahmen schützte, wie im Fall von Ernst N. Dem 1873 geborenen Maschineningenieur wurde 1942 eine überdurchschnittliche Brauchbarkeit attestiert, er sei ein „nach wie vor äußerst tüchtiger und absolut zuverlässiger Arbeiter in der Maurerei, verwaltet das Zeichenbüro, erstellt sämtliche fällige Baupläne, bucht Inventar u. s. w.“⁶⁴ Der Patient verblieb bei Auflösung der Günzburger Einrichtung so lange als möglich am Ort, kurz vor seiner Verlegung nach Kaufbeuren wurde in seiner Akte seine Nützlichkeit vermerkt: „Trotz leichter Kreislaufschwäche immer bei seiner

52 Archiv Kaufbeuren, Schreiben RBA Berlin vom 18.03.1943.

53 Ebd.

54 Ebd., Schreiben Dr. Faltlhauser vom 17.05.1943.

55 Vgl. Felicitas SÖHNER, Darstellung und Wahrnehmung des Patienten in medizinischen Aufzeichnungsverfahren – zu psychiatrischen Krankenakten sogenannter „Ostarbeiter“, in: Anna Warakomska, Hg., *Pamięć o przetości w prywatnych narracjach i historiografii* (Warschau 2017), 51–79, im Druck.

56 National Archives and Records Administration (= NARA), Vol. 12, Akte der Pat. Jekaterina J., 01.06.1944.

57 Ebd., 28.06.1944.

58 Vgl. SÖHNER, Darstellung, wie Anm. 55.

59 NARA, Vol. 12, Akte der Pat. Jekaterina J., 18.03.1944.

60 Archiv Kaufbeuren, Akte des Pat. Heinrich K., 28.02.1942–26.05.1942.

61 Ebd., 14.08.42.

62 Ebd., Akte der Pat. Nina M., 06.11.1943.

63 Vgl. Gerrit HOHENDORF u. a., Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Aktion „T4“ – Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin, in: *Der Nervenarzt* 73/11 (2002), 1065–1174; SÖHNER u. a., Nach der „Aktion T4“, wie Anm. 6.

64 Archiv Günzburg, Akte des Pat. Ernst N., 28.09.1942.

Tätigkeit als Zeichner. Leistet ausgezeichnete Arbeiten bei Fertigung der Pläne. Hat freien Ausgang.“⁶⁵ Nach Verlegung in die Kaufbeurer Heil- und Pflegeanstalt wurden die positiven Einträge fortgeführt: „Wird zu technischen Zeichnungen eingesetzt, arbeitet wie in Günzburg allein für sich, hat freien Ausgang und ist zufrieden.“⁶⁶ Kurz nach der beginnenden Entnazifizierung der Kaufbeurer Anstalt durch die amerikanischen Alliierten⁶⁷ (am 2. Juli 1945) wurde N. als einer der ersten Patienten wieder nach Günzburg zurückverlegt (am 26. Juli 1945). Er überlebte die ersten Nachkriegsjahre. In den Jahren des Wiederaufbaus engagiert sich N. weiter in der Bauplanung (1948) und stand nicht zuletzt daher im Wohlwollen des Günzburger Direktors: „Geht wieder ganz seiner Büroarbeit nach, [...], hatte seinen 75. Geburtstag, wozu er wegen seiner Verdienste von der Anstalt einen Kuchen bekommen hatte. Bedankte sich dafür in einem konventionell einwandfreien Brief an die Direktion.“⁶⁸

Auch im Fall der Frieda S. wirkte sich die Arbeitsfähigkeit als vor „Euthanasie“-Maßnahmen bewahrend aus. Die 1883 geborene Dienstmagd war bereits in Vorkriegsjahren auf dem Günzburger Gutshof tätig. In den Einträgen aus den Jahren während der „Aktion T4“ und der „dezentralen Euthanasie“ findet man in ihrer Krankenakte regelmäßig Bemerkungen zu ihrer Nützlichkeit – sowohl in Günzburg („Arbeitet selbständig im Gutshof und in der Gärtnerei, ist dabei sehr fleißig“,⁶⁹ „eine alte, fleißige Patientin“⁷⁰) wie auch in Kaufbeuren („in der Gemüseküche arbeitet sie fleißig und willig“,⁷¹ „geht täglich aufs Kreisgut u. hilft soviel ihre Kräfte geben“).⁷² Nach Ende des Krieges wurde Frieda S. wieder in die Heil- und Pflegeanstalt Günzburg verlegt (am 1. August 1945). Bis ins hohe Alter wurde auch in den Akteneinträgen der Nachkriegszeit ihre Aktivität regelmäßig bemerkt: „versorgt die Katzen mit Resten von Küchenabfällen, hilft [...] fleißig auf der Abteilung mit“,⁷³ „trotz ihres hohen Alters sucht die Pat. immer nach einer Beschäftigung. Sie ist am liebsten im Freien und jätet Unkraut“.⁷⁴

Die Akte des Patienten Adolf R. deutet ebenfalls darauf hin, dass die Attestierung der Arbeitsfähigkeit und -willigkeit ihn vor der „Euthanasie“ bewahrt haben könnte. Der 1885 geborene R. war „Ausgeher“ und war in seinem Beruf auch in der Heil- und Pflegeanstalt eingesetzt. In den Einträgen der Jahre der NS-„Euthanasie“ finden sich in seiner Akte regelmäßig Bemerkungen zu seiner Nützlichkeit: „macht Besorgungen“,⁷⁵ „äußerst brauchbar und selbständig als Ausgeher, besorgt zuverlässig alle Aufträge“,⁷⁶ „ist sonst tüchtig und überaus brauchbar“.⁷⁷ Die in seinen Unterlagen vorhandene Gewichtstabelle zeigt, dass seine Verpflegung soweit ausreichte, dass er zwar im Untersuchungszeitraum an Gewicht verlor, doch seine Gewichtsschwankungen sich während der NS-Zeit auch nach dem „Hungerkosterlass“ auf

65 Ebd., 01.03.1944.

66 Ebd., 03.04.1944 sowie 21.08.1944.

67 Vgl. Corinna MALEK, Entnazifizierung in Kaufbeuren (Thalhofen 2016), 56 f.

68 Archiv Günzburg, Akte des Pat. Ernst N., 15.12.1948.

69 Ebd., Akte der Pat. Frieda S., 20.10.1939.

70 Ebd., 10.12.1943.

71 Ebd., 07.03.1944.

72 Ebd., 22.10.1944.

73 Ebd., 15.10.1955.

74 Ebd., 08.07.1954.

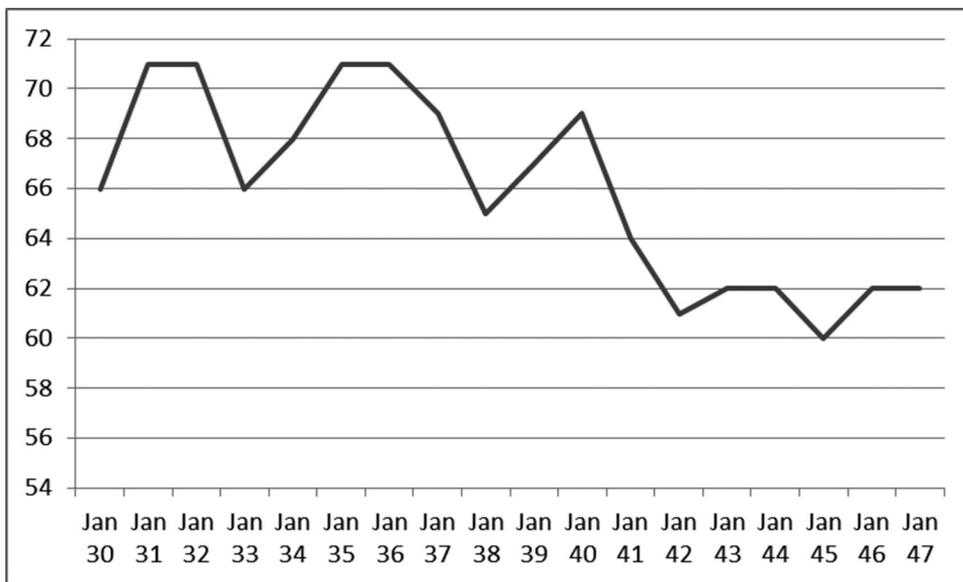
75 Ebd., Akte des Pat. Adolf R., 11.05.1940.

76 Ebd., 01.08.1941.

77 Ebd., 01.07.1943.

niedrigem Niveau in Grenzen hielten (zwischen 60 und 71 kg) (Grafik 11). Adolf R. verblieb auch während der Auslagerung der meisten Patientinnen und Patienten (1944/45) in Günzburg. Auch in der Nachkriegszeit übte er die „gewohnten Gängemacherdienste“⁷⁸ aus. Der Patient erledigte „für zahlreiche Familien Einkäufe in der Stadt“⁷⁹ und war für eine gewisse Zeit direkt „bei Herrn Medizinaldirektor beschäftigt“.⁸⁰ Erst in seinen letzten Lebensjahren, als ihm das Gehen zunehmend schwer fiel, machte er keine Botengänge mehr und arbeitete bis ins hohe Alter gelegentlich in der Schuhmacherei.⁸¹ Seinen 90. und letzten Geburtstag „genöß der Patient sichtlich, rauchte behaglich eine Zigarre“.⁸² Er feierte „gemeinsam mit den Patienten in Haus 22, seiner Schwester und Nichte, dem Pflegepersonal und dem unterzeichnenden Abteilungsarzt und kurzer Anwesenheit von Herrn Professor Dr. Lungershausen“⁸³ und erhielt als klinikältester Patient ein Geschenk von Bezirkstagspräsident Georg Simmacher.

Grafik 11: Gewichtsentwicklung des Patienten Adolf R. (1930–1947)



78 Ebd., 01.01.1946.

79 Ebd., 05.03.1958.

80 Ebd., 01.07.1962 und 17.09.1963.

81 Ebd., 28.06.1973.

82 Ebd., 12.01.1976.

83 Ebd.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung richtet ihren Blick auf die Heil- und Pflegeanstalt als wichtigen Bezugspunkt sozialpolitischen Handelns. Die Hintergründe und Umstände der dezentralen Patiententötungen durch Mangelernährung machen deutlich, was die „Aktion T4“ mittels eines ausgeklügelten Systems scheinbar wissenschaftlicher Erhebungen und Gutachten, zum Teil in Kooperation mit renommierten Medizinern, zu verschleiern versucht hat. Nicht die Gesundheit der Patientinnen und Patienten stand im Mittelpunkt, vielmehr ging es um Kosten und Nutzen, um Hilfsbedürftigkeit und Leistungsfähigkeit. Diese Prinzipien wurden in der Durchführung der „dezentralen Euthanasie“ in einigen Heil- und Pflegeanstalten mit teilweise größter Härte verwirklicht.⁸⁴

Psychisch Kranke befanden sich in der Hierarchie der stationären Versorgung auf der untersten Ebene. Die Verteilung medizinischer und pflegerischer Ressourcen wie auch Lebensmittel erfolgte nicht nach dem konkreten Bedarf, sondern nach ideologischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Die gezielte Mangelversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen wurde mit der allgemeinen Mangelversorgung vor dem Hintergrund des Zweiten Weltkrieges begründet. Der Übergang von der Unterversorgung zur aktiven dezentralen Tötung von Patientinnen und Patienten war fließend.

Vorliegende Untersuchungen zur sozialen Zusammensetzung der Transporte der „Aktion T4“ an anderen Orten ergaben, dass der Anteil alter Menschen insgesamt deutlich unterdurchschnittlich war.⁸⁵ Wunder stellte zum Beispiel fest, dass Hochbetagte, sofern sie rüstig waren, mit höherer Wahrscheinlichkeit überleben konnten als schwerpflegebedürftige Patientinnen und Patienten jüngeren Alters. Er ordnete die Arbeitsleistung als „das trennschärfste und wichtigste Selektionskriterium“⁸⁶ ein. Mit dem bayerischen Hungerkosterlass wurde die Verpflegung all derjenigen Patientinnen und Patienten stark reduziert, die nicht arbeitsfähig und -willig waren. Die Umsetzung der Mangelernährung war in Bayern am konsequentesten in den Heil- und Pflegeanstalten Eglfing-Haar und Kaufbeuren.⁸⁷ Doch wurde die Mangelernährung nicht bei allen Patientinnen und Patienten gleich strikt durchgeführt. Beispielsweise wurde in Kaufbeuren angeordnet, alte Patientinnen und Patienten, die ein arbeitsreiches Leben hinter sich hatten, mit Normalkost zu verpflegen. Ob und wie dies umgesetzt wurde, konnte im Zusammenhang dieser Untersuchung nicht geprüft werden. Sowohl in den Günzburger wie auch den Kaufbeurer Krankenakten älterer Patientinnen und Patienten findet man neben Beschreibungen des Krankheitsverlaufes auch Bemerkungen zur Leistungsbereitschaft und Nützlichkeit der Betroffenen. Die Vermutung liegt nahe, dass positiv wertende Einträge insbesondere bei dieser Patientengruppe mit dazu beitragen, dass die entsprechenden Personen die Jahre der NS-„Euthanasie“ überlebten. Wenn die entsprechende Anweisung von Valentin Falthäuser

84 Vgl. KEPPLINGER, Regionalisierter Krankenmord, wie Anm. 15, 77.

85 Vgl. Renate OTTO, Verlegungen in Tötungsanstalten nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp, in: Klaus Böhme, Hg., Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus (= Forum Zeitgeschichte 2, Hamburg 1993), 335–376, hier 365.

86 Michael WUNDER, Die Spätzeit der Euthanasie, in: Klaus Böhme, Hg., Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus (= Forum Zeitgeschichte 2, Hamburg 1993), 397–424, hier 141.

87 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 470.

kein bloßes Lippenbekenntnis war, so könnte dieser Teil der Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern eine bessere Verpflegung erhalten haben. Zumindest spricht die im Vergleich zu den jüngeren Patientinnen und Patienten geringere Mortalitätsrate unter den über 60-Jährigen stark dafür. Die Verschiebung in der Altersstruktur der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach 1945 (Grafik 7) deutet darauf hin, dass diese nicht aufgrund ihres Alters allein zu einer Schwerpunktgruppe der „Euthanasie“-Maßnahmen zählten.

Ob aufgrund der Richtlinie vom 10. März 1941 die alten Patientinnen und Patienten in Kaufbeuren tatsächlich von der Mangelernährung verschont blieben, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht eruiert werden, die Klärung dieser Frage steht noch aus. Derzeitige Arbeiten der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Fürsorge im Nationalsozialismus“ des NS-Dokumentationszentrums in München (Michael von Cranach, Sibylle Tiedemann u. a.) deuten darauf hin, dass in Eglfing-Haar im Rahmen der „dezentralen Euthanasie“ sehr viele demente Alterspatientinnen und -patienten durch Medikamentengabe oder Vernachlässigung starben; ähnliche Tendenzen seien auch für andere bayerische Einrichtungen anzunehmen.⁸⁸

Diese Indizien und zum Teil divergierende Einzelergebnisse legen die Vermutung nahe, dass in den psychiatrischen Einrichtungen das Alter allein kein Selektionskriterium für die „dezentrale Euthanasie“ war. Die Massentötung sogenannter „Ballastexistenzen“ darf nicht „als Zufallsprodukt oder die Betriebspanne unserer Geschichte“⁸⁹ verstanden werden. In einer Gesellschaft, in der Produktivität und Leistung zentrale Werte darstellten und die Gesundheit des Volkes über der des Individuums stand, wurden die nicht leistungsfähigen Kranken und Alten an den Rand der Gesellschaft gedrängt.

88 Eine abschließende Auswertung liegt zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Beitrags noch nicht vor.

89 Hans LAUTER, Geschichtliche Wandlungen medizinischen Denkens und ihre Bedeutung für die Gerontopsychiatrie, in: Hans Heimann / Luc Ciompi, Psychiatrie am Scheideweg. Was bleibt? Was kommt? (Berlin 1991), 1–15, hier 10.

Informationen zur Autorin und zu den Autoren

Dr. phil. Felicitas Söhner, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: felicitas.soehner@hhu.de

Prof. Dr. med. Thomas Becker, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, Deutschland, E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Univ.-Prof. Dr. med. Heiner Fangerau, Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: heiner.fangerau@hhu.de