



## **Nutzungsbedingungen der retrodigitalisierten Veröffentlichungen der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg**

Die retrodigitalisierten Veröffentlichungen der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg (FZH) werden zur nichtkommerziellen Nutzung gebührenfrei angeboten. Die digitalen Medien sind im Internet frei zugänglich und können für persönliche und wissenschaftliche Zwecke heruntergeladen und verwendet werden.

Jede Form der kommerziellen Verwendung (einschließlich elektronischer Formen) bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der FZH, vorbehaltlich des Rechtes, die Nutzung im Einzelfall zu untersagen. Dies gilt insbesondere für die Aufnahme in kommerzielle Datenbanken.

Die Verwendung zusammenhängender Teilbestände der retrodigitalisierten Veröffentlichungen auf nichtkommerziellen Webseiten bedarf gesonderter Zustimmung der FZH. Wir behalten uns das Recht vor, im Einzelfall die Nutzung auf Webseiten und in Publikationen zu untersagen.

Es ist nicht gestattet, Texte, Bilder, Metadaten und andere Informationen aus den retrodigitalisierten Veröffentlichungen zu ändern, an Dritte zu lizenzieren oder zu verkaufen.

Mit dem Herunterladen von Texten und Daten erkennen Sie diese Nutzungsbedingungen an. Dies schließt die Benutzerhaftung für die Einhaltung dieser Bedingungen beziehungsweise bei missbräuchlicher Verwendung jedweder Art ein.

Kontakt:  
Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg  
Beim Schlump 83  
20144 Hamburg  
Tel. 040/4313970  
E-mail: [fzh@zeitgeschichte-hamburg.de](mailto:fzh@zeitgeschichte-hamburg.de)  
Web: <http://www.zeitgeschichte-hamburg.de>



PETER VON RÖNN, REGINA MARIEN-LUNDERUP, MICHAEL WUNDER,  
EVELINE SONN, RENATE OTTO, MARC BILLHARDT, GEORG DAHMEN

# Wege in den Tod

Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der  
Zeit des Nationalsozialismus

HERAUSGEGEBEN VON  
KLAUS BÖHME UND UWE LOHALM

FORUM ZEITGESCHICHTE Band 2

*Ergebnisse*

**Peter von Rönn, Regina Marien-Lunderup, Michael Wunder,  
Eveline Sonn, Renate Otto, Marc Billhardt, Georg Dahmen**

## **Wege in den Tod**

**Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des  
Nationalsozialismus**

**Herausgegeben für das Allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll von  
Klaus Böhme und für die Forschungsstelle für die Geschichte des  
Nationalsozialismus in Hamburg von Uwe Lohalm**

# **FORUM ZEITGESCHICHTE Band 2**

Herausgegeben von der  
Forschungsstelle für die Geschichte des  
Nationalsozialismus in Hamburg

Hamburg 1993

© Ergebnisse Verlag. Alle Rechte vorbehalten

Satz: Text & Cons., Hamburg

Druck: Runge, Cloppenburg



# Inhalt

<b>VORWORT</b>	7
<b>EINFÜHRUNG</b>	9
<b>Peter von Rönn</b>	
<b>I. DIE ENTWICKLUNG DER ANSTALT LANGENHORN IN DER ZEIT DES NATIONALSOZIALISMUS</b>	
1. Langenhorn in den dreißiger Jahren - Kostensenkung und Reduktion von Lebenschancen	27
<i>Die Vorgeschichte - Entwicklung, Sparmaßnahmen und Wirtschaftskrise (27) Langenhorn zu Beginn des NS-Regimes (35) Die Konstruktion marginalisierter Patientengruppen (43) Zwischen Abschieben und Therapie: Langenhorn als Arbeitsanstalt (50)</i>	
2. Langenhorn im Krieg - Katastrophenplanung und Euthanasie	62
<i>Vom Kriegsbeginn zur Aktion T4 (62) »Latenzzeit« - der Zeitraum von Ende 1941 bis Anfang 1943 (76) Von der Wiederaufnahme der Euthanasie-Transporte zum »Sondereinsatz Brandt« (91) Die letzten Kriegsjahre: Langenhorn wird Allgemeines Krankenhaus (102)</i>	
<b>Peter von Rönn</b>	
<b>II. VERLEGUNGEN IM RAHMEN DER AKTION T4</b>	
1. Langenhorner Ärzte und ihre Befundberichte über zur Tötung ausgewählte Patienten	137
2. Selektionskriterien und ihre praktische Umsetzung bei den Transporten nach Königslutter	147
3. Stufen zunehmender Degradierung und psychiatrische Interaktionsrituale - ein Fallbeispiel	164
<i>Vom beruflichen Abstieg zur Euthanasie - die Lebensgeschichte des Patienten W. (164) Mechanismen des Verbergens - qualitative Analyse eines Arzt-Patienten-Gesprächs (170)</i>	

4. Die Langenhorner Patienten in Königslutter	194
<i>Die Weiterverlegung in die Tötungsanstalt Bernburg (194)</i>	
<i>Zwischenanstaltspfleglinge im Ausnahmestatus (201)</i>	
<i>Verhaltensmerkmale und Sterberaten - Versuch des indirekten Nachweises von Tötungsaktivitäten in einer ehemaligen Zwischenanstalt (207)</i>	

### III. VERLEGUNGEN IN UMLANDANSTALTEN

#### **Regina Marien-Lunderup**

1. Die Verlegungen in die Lübecker Heilanstalt Strecknitz	233
<i>Zur Geschichte der Heilanstalt Strecknitz und der Verträge zwischen Lübeck und Hamburg (233)</i>	
<i>Die Langenhorner Transporte nach Strecknitz - Untersuchung der Auswahlkriterien (236)</i>	
<i>Das Geschehen in Strecknitz (243)</i>	
<i>Die letzte Phase der Aussonderung. Die Auflösung der Heilanstalt Strecknitz und das Schicksal der Langenhorner Patienten in den Anstalten Eichberg und Weilmünster(248)</i>	

#### **Michael Wunder**

2. Die Transporte in die Ricklinger Anstalten	256
<i>Zur Geschichte der Ricklinger Anstalten (256)</i>	
<i>Die Langenhorner Transporte nach Rickling während des Krieges (258)</i>	
<i>Die Transporte nach Rickling vom April und Juni 1944 (262)</i>	

#### **Eveline Sonn**

3. Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg	268
<i>Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg im Zweiten Weltkrieg (268)</i>	
<i>Die Verlegungen Langenhorner Patienten nach Lüneburg (270)</i>	
<i>Das weitere Schicksal der Langenhorner Patienten (272)</i>	
<i>Der Transport vom 20. März 1941 (277)</i>	

#### **Regina Marien-Lunderup**

### IV. VERLEGUNGEN IN EINE PRIVATANSTALT

1. Die Transporte nach Ilten	287
<i>Die Privatklinik Ilten und die Verlegungen aus Langenhorn (287)</i>	
<i>Die Zusammensetzung der Langenhorner Transporte (289)</i>	
2. Das Schicksal der Langenhorner Patienten in Ilten und das Euthanasie-Programm	296

## V. ZWISCHENANSTALTEN IN DER ZWEITEN PHASE DER EUTHANASIE

- Regina Marien-Lunderup**
1. Die Anstalten Eichberg und Weilmünster 305  
*Eichberg und Weilmünster als Zwischenanstalten für Hadamar und ihr Wandel zu Tötungsanstalten nach dem Euthanasie-Stopp (305) Verlegungen aus Hamburg-Langenhorn nach den Bombenangriffen – die Transporte in die Anstalt Weilmünster (308) Verlegungen aus Hamburg-Langenhorn nach den Bombenangriffen – der Transport in die Anstalt Eichberg (311)*
- Renate Otto**
2. Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalt Scheuern 320  
*Scheuern im Zweiten Weltkrieg (320) Die Zusammensetzung des Transportes vom 7. August 1943 (321) Weiterverlegungen in Reservelazarette und nach Hadamar (325) Einzelschicksale (330)*

## VI. VERLEGUNGEN IN TÖTUNGSANSTALTEN NACH DEM OFFIZIELLEN EUTHANASIE-STOPP

- Renate Otto**
1. Verschärfung der Katastrophenpolitik – Transporte in die Tötungsanstalt Hadamar 335  
*Die Tötungsanstalt Hadamar und die Direkttransporte aus Langenhorn (335) Der Transport vom 22. Juni 1943 – allgemeine Beschreibung und Einzelschicksale (338) Der Transport vom 21. Juli 1943 – allgemeine Beschreibung und Einzelschicksale (347) Der Transport vom 7. August 1943 – allgemeine Beschreibung und Einzelschicksale (353) Vergleich aller Langenhorner Transporte nach Hadamar (365)*
- Michael Wunder**
2. Die Transporte in die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde 377  
*Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde (377) Die Langenhorner Transporte nach Meseritz-Obrawalde (380) Die Transporte nach Meseritz-Obrawalde vom Januar und Februar 1944 (385) Erinnerungen eines Überlebenden – ein Gespräch mit Fritz Niemand (390)*

<b>Michael Wunder</b>	
<b>VII. DIE SPÄTZEIT DER EUTHANASIE</b>	
1 »Wilde Euthanasie« oder systematische Aktion im Rahmen der Katastrophenmedizin - die Euthanasie-Maßnahmen nach dem Stopp 1941	397
2. Vergleich der Selektionskriterien am Beispiel von Transporten in die Umlandanstalt Rickling und in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde	402
3. Vergleich der Selektionskriterien für den Abtransport nach Meseritz-Obrawalde und den Verbleib in Langenhorn	410
4. Zusammenfassende Bewertung der Selektionsmuster	420
<b>Peter von Rönn</b>	
<b>VIII. DER TRANSPORT NACH WIEN</b>	
1. Verlegungsentscheidungen nach der Bombenkatastrophe	425
2. Der Steinhof während der NS-Herrschaft	438
3. Das Schicksal der Langenhorner Patienten in Wien - Verhaltensmerkmale und Sterberaten	446
<b>Marc Billhardt/Georg Dahmen</b>	
<b>X. STATISTISCHE GESAMTAUSWERTUNG DER PATIENTENDATEN</b>	
1. Dateneingabe, Methoden und Übersicht	471
2. Statistische Auswertung	477
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	495
<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	496
<b>Personenregister</b>	505
<b>Ortsregister</b>	509
<b>Verzeichnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</b>	512

# Vorwort

Im Jahr der Herausgabe dieses Dokumentations- und Gedenkbandes mit dem Titel "Wege in den Tod" beschäftigt man sich in Hamburg an vielen Stellen und auf sehr unterschiedliche Weise kritisch mit der Zeit des Nationalsozialismus, dem Zweiten Weltkrieg und insbesondere den Hamburger Bombennächten des Jahres 1943. Sämtliche Aktionen und Publikationen haben das gemeinsame Ziel, Geschichte aufzuarbeiten, zu erinnern, wachzurütteln, betroffen zu machen und ein erneutes Aufkeimen rechtsradikaler Tendenzen zu verhindern.

All das trifft auch auf die nun vorliegende wissenschaftliche Dokumentation zu, die in jahrelanger akribischer Arbeit entstanden ist und die Auswirkungen der »Euthanasie« im nationalsozialistischen Unrechtsstaat auf psychisch Kranke und Behinderte in Hamburg aufzeigt. Es ist das besondere Verdienst der Autoren dieses Gedenkbandes, nicht nur das begangene Unrecht an psychisch Kranken in Hamburg deutlich zu machen, sondern auch die historischen und soziologischen Hintergründe zu beleuchten. Neben einer umfangreichen Darstellung der Geschichte der Anstalt Langenhorn, die seit 1936 die einzige große staatliche Institution in Hamburg für psychisch Kranke und somit Drehscheibe des gesamten Verlegungs- und Deportationsgeschehens war, konnten durch die Analyse umfangreichen Aktenmaterials bundesweit erstmals auch qualitative Aussagen zu konkreten Selektionsmechanismen für die Verlegung gemacht werden.

Daß die Publikation nun zeitgleich mit dem hundertjährigen Jubiläum des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll, der ehemaligen Anstalt Langenhorn, erscheint, war ursprünglich nicht geplant, gibt aber Anlaß, über die Rolle staatlicher Institutionen im Umgang mit psychisch Kranken nachzudenken. Während heute die Zusammenarbeit von Psychiatrie und somatischer Medizin unter einem Dach durchaus positiv gesehen wird, hat diese Kombination vor 50 Jahren unter den Bedingungen der NS-Ideologie, den Sparzwängen und dem Pakt des Anstaltspersonals mit der Politik auch zur Aussonderung und Verlegung psychisch Kranker in todbringende auswärtige Anstalten geführt. Psychisch kranke, arbeitsunfähige Menschen mußten den somatisch Kranken weichen. Das macht betroffen und zeigt, in welch erschreckendem Ausmaß gesellschaftliche Institutionen mißbraucht werden können, wenn ethische Grundnormen verlorengehen oder in zynischem Utilitarismus politisch außer Kraft gesetzt und für die Betroffenen in ihr blankes Gegenteil verkehrt werden. Die Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hat aus den schlim-

men Ereignissen der Vergangenheit Lehren gezogen, die über den Tag hinaus wirken müssen. Durch die Psychiatriereform wurde eine neue Basis für den Umgang der Gesellschaft mit ihren psychisch Kranken gelegt. Darauf gilt es weiter aufzubauen.

Aufgabe der Politik ist es zum einen, durch sorgfältige öffentliche Begleitung den psychiatrisch Tätigen verlässliche Handlungsgrundlagen zu schaffen. Zum anderen ist den Bürgerinnen und Bürgern immer wieder die Notwendigkeit des solidarischen Eintretens für die Betroffenen und von Ausgrenzung Bedrohten deutlich zu machen.

Ich wünsche diesem Buch viele nachdenkliche Leser.

*Ortwin Runde,  
Senator und Präses der Behörde für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales*



# Einführung

Über 4.000 Patienten wurden in der Zeit des Zweiten Weltkrieges von Hamburgs einziger staatlicher Anstalt für Geisteskranke in Langenhorn nach auswärts verlegt. Von insgesamt 3.755 abtransportierten Patienten, deren Daten erfaßt werden konnten, starben nachweislich 2.668 bis Ende 1945, während nur 488 Patienten überlebten. Von 599 Betroffenen konnte das weitere Schicksal nicht aufgeklärt werden. Dieser Befund belegt eindringlich, daß auch diese Anstalt und damit ihre Ärzte und ihr Pflegepersonal, die Anstaltsverwaltung und die staatlichen Ämter auf das engste eingebunden waren in das Geschehen des systematisch betriebenen nationalsozialistischen Krankenmordes, dem reichsweit mehr als 150.000 Menschen zum Opfer fielen. Denn, wenn auch in nur wenigen bisher nachgewiesenen Fällen Patienten in Hamburger Anstalten und Kliniken selbst getötet wurden, war doch für über 70 % der Verlegten der Abtransport aus Hamburg ein Weg in den Tod, sei es direkt, sei es auf Umwegen über mehrere Zwischenaufenthalte. Dies ist die erschreckende Bilanz, die jetzt nach einer jahrelangen umfassenden und minutiösen Erforschung des Schicksals der psychisch Kranken an Hamburgs ehemaliger Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn der Öffentlichkeit vorgelegt wird. Auf das Euthanasie-Geschehen in Hamburg war in der Vergangenheit wiederholt, wenn auch nur sporadisch aufmerksam gemacht worden. Bereits Ende der vierziger Jahre kam es zu ersten strafrechtlichen Verfahren, die dann allerdings entweder gar nicht eröffnet oder aber alsbald eingestellt wurden. Nachdem sich in den sechziger Jahren ein Betroffener an die Justiz gewandt hatte, wurden wiederum umfangreiche staatsanwaltliche Ermittlungen aufgenommen, die schließlich 1973 zu einer Anklageerhebung gegen den ehemaligen Direktor der Alsterdorfer Anstalten Friedrich Lensch und den ehemaligen Leiter der Allgemeinen Abteilung der Gesundheitsverwaltung Dr. Kurt Struve wegen ihrer Verwicklung in die Euthanasie-Morde führten. Angesichts der Tatsache, daß diese Verfahren ebenfalls nicht eröffnet bzw. eingestellt wurden, gelangte der damit befaßte Staatsanwalt selbst zu der Schlußfolgerung, daß die Justiz mit der weiteren Aufklärung des Euthanasie-Geschehens in Hamburg überfordert sei. Er wies noch 1984 auf die Dringlichkeit einer über die strafrechtliche Verfolgung von Einzelpersonen hinausgehenden Erforschung des historischen Gesamtzusammenhangs hin, um die Tragweite der Euthanasie-Verbrechen in den Blick zu bekommen. Andernfalls, so der Jurist, lasse sich die »Gefährlichkeit und Wiederholbarkeit dieser Verbrechen, die mit der Aussonderung beginnen und mit der Sonderbehandlung enden«,<sup>1</sup> nicht abschätzen.

## *Einführung*

Die weiteren Anstöße zu einer Aufarbeitung des Euthanasie-Geschehens in Langenhorn außerhalb strafrechtlicher Verfahren kamen dann aus zwei Richtungen. Zum einen entwickelte sich seit den siebziger Jahren innerhalb der Psychiatrie, aber auch bei den Trägern psychiatrischer Einrichtungen ein Bewußtsein für die Notwendigkeit einer umfassenderen Bearbeitung der Euthanasie-Vorgänge im Dritten Reich, zum anderen hatte einer der Herausgeber, Klaus Böhme, die psychiatrieinternen Auseinandersetzungen mit der Tötung Geisteskranker über seinen Lehrer Gerhard Schmidt<sup>2</sup> und in der Diskussion innerhalb einer nationalen Fachgesellschaft als unvermindert spannungsreich, unabgeschlossen und bearbeitungsbedürftig erlebt. So entstanden im Herbst 1985 vor dem Hintergrund des bisher nur in Ansätzen erfaßten und nicht systematisch bearbeiteten Langenhorner Archivmaterials zunächst zwei Dissertationsthemen. Zur Sichtung und Erfassung des Materials wurden im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen wissenschaftliche Mitarbeiter eingestellt, die sich mit dem Fortschreiten der Untersuchung dann jedoch in unterschiedlichem Maße aus der Zuarbeiterrolle lösten. Vor allem Peter von Rönn übernahm neben der Bearbeitung mehrerer Themenkomplexe auch Aufgaben der personellen, organisatorischen und inhaltlichen Koordination des Gesamtprojekts; er beeinflusste die abschließende Zielsetzung wesentlich mit und unterstützte schließlich auch die Herausgabe der Dokumentation.

Die Arbeit der Projektgruppe zur Erforschung des Schicksals psychisch Kranker in Langenhorn war von Beginn an belastet durch die Diskrepanz zwischen verfügbaren Mitteln und selbstgesetzten Zielen, denn einerseits erwies sich der Forschungsgegenstand im Fortgang der Untersuchungen als äußerst komplex, andererseits gestattete die lose Anbindung der wissenschaftlichen Mitarbeiter an das aus der Anstalt Langenhorn hervorgegangene Allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll wegen der damit verbundenen Finanzierungsschwierigkeiten nur mühselig eine durchgehende Planung. Immerhin gelang es, die Kontinuität der Arbeit in einer besonders kritischen Phase 1989 unter anderem dadurch zu sichern, daß die Forschungsstelle für die Geschichte des Nationalsozialismus in Hamburg aufgrund der Initiative ihres damaligen Leiters Detlev Peukert durch finanzielle Zuschüsse den Abschluß mehrerer Beiträge ermöglichte und ein Projektmitglied als wissenschaftlichen Mitarbeiter für zwei Jahre einstellte. In der Folge übernahm die Forschungsstelle durch ihren wissenschaftlichen Referenten Uwe Lohalm auch die Aufgaben einer fachwissenschaftlichen und herausgeberischen Betreuung.

Wenn nun trotz aller Gefährdungen des Projekts eine so umfassende Dokumentation des Geschehens an Hamburgs einziger staatlichen Anstalt für Geisteskranke während der Zeit des Nationalsozialismus vorgelegt werden kann, so dürfte dazu nicht zuletzt der immer wieder erkenn-

bare Wille beigetragen haben, das begangene mörderische Unrecht an den Schwächsten der Gesellschaft nicht der Vergessenheit anheimfallen zu lassen. Es war natürlich nicht vorhersehbar, daß gegenwärtige krisenhafte Zuspitzungen hierzulande Prozesse hervortreiben würden, die in fataler Weise an vergangen Geglauhtes anknüpfen. Umso dringlicher erscheint deshalb eine Auseinandersetzung mit den zerstörerischen Kräften dieser Vergangenheit.

Auch ist auf die besondere medizin- und psychiatriegeschichtliche Bedeutung derartiger Untersuchungen hinzuweisen. Diese ergibt sich nicht nur und heute vielleicht nicht einmal mehr in erster Linie aus dem Vorsatz, den Opfern Gerechtigkeit und den Tätern Schuldzumessung widerfahren zu lassen. Vielmehr muß mit dem zunehmenden Verschwinden gesamthethischer Verbindlichkeit in unserer Gesellschaft denjenigen, die heute und morgen helfen und heilen wollen, klargemacht werden, daß es nicht damit getan ist, therapeutische Techniken zu erlernen und administrative Regelwerke zu verinnerlichen, sondern daß sie zugleich vor die Aufgabe gestellt sind, am Entstehen einer wissenschafts- und berufsfeldspezifischen Teilethik tätig mitzuwirken, einer Ethik, die diesen Namen nicht nur über ihren humanen Inhalt, sondern auch über ihre Veröffentlichbarkeit, ihre Nachprüfbarkeit und damit ihre Demokratiefähigkeit verdient.

In der wechselvollen Geschichte der Projektgruppe spiegelt sich so der gesellschaftspolitische und fachwissenschaftliche Umgang mit der Thematisierung der nationalsozialistischen Krankenmorde im kleinen wider. Diese wurden bekanntlich erst spät zum Gegenstand der Fachwissenschaft und der politischen Öffentlichkeit, obwohl – wenn auch nur vereinzelt – schon sehr früh im Zusammenhang mit dem Nürnberger Ärzteprozeß auf sie aufmerksam gemacht worden ist.<sup>3</sup> Auch die verdienstvollen Einzelveröffentlichungen in den sechziger Jahren vor allem aus der betroffenen Disziplin heraus fanden ebenfalls kaum Widerhall.<sup>4</sup> Auf mögliche Gründe dafür kann hier nur hingewiesen werden. Sie sind wohl einmal darin zu sehen, daß zunächst die Ungeheuerlichkeit der Massenvernichtung der Juden im Vordergrund des Forschungsinteresses stand. Wegen der gezielten Abschottung dieser Geschehnisse kam überdies zunächst nur unzureichend das Bewußtsein davon auf, in welchem Ausmaß die Bevölkerung in diese Verbrechen involviert war. Anders stand es beim nationalsozialistischen Mord an den Alten und Kranken, der, wenn auch durch verschiedene Tarnmaßnahmen verdeckt, aus vielerlei Gründen unmittelbarer in die Lebenswelt der Bevölkerung eingebettet war. Zum anderen sind die Gründe darin zu suchen, daß ein großer Teil der in diesem Zusammenhang Handelnden über den Krieg hinaus in gleicher oder ähnlicher Stellung tätig blieb und daß ein Unrechtsbewußtsein für ihre Taten sich erst nach und nach allgmein durchsetzte und erst spät auch öffentlich wirksam wurde.

## *Einführung*

Jedenfalls wurde der nationalsozialistische Krankenmord von der offiziellen Zeitgeschichtsschreibung zunächst übersehen und ihr dann als Thema eher von anderer Seite aufgedrängt, nämlich von Repräsentanten der unmittelbar betroffenen Disziplin, von Juristen, kritischen Journalisten und von Vertretern der betroffenen Anstalten sowie schließlich von immer zahlreicher werdenden lokalgeschichtlichen Projektgruppen, die sich nicht selten auch zu Fürsprechern für diese lange Zeit vergessenen Opfer machten. Inzwischen hat eine breite historische Aufarbeitung stattgefunden. Es liegen nicht nur zahlreiche Einzeldarstellungen zu den verschiedenen Anstalten vor, sondern auch umfangreiche Monographien und Sammelbände zur Medizin im Nationalsozialismus im allgemeinen wie zum nationalsozialistischen Krankenmord im besonderen. Eine erst kürzlich herausgegebene umfassende, wengleich nicht vollständige Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen vom Dritten Reich bis heute umfaßt mehr als 350 Seiten.<sup>5</sup>

Es ist hier nicht der Ort, den Gang der Forschung nachzuzeichnen.<sup>6</sup> Dennoch soll wenigstens auf einige Tendenzen in dem breiten Strom der neueren Forschung, der sich seit Anfang der achtziger Jahre entwickelt hat, hingewiesen werden, um so die Stellung der hier vorgelegten Dokumentation darin zu verdeutlichen. Von großer öffentlicher Wirkung waren die Arbeiten von Ernst Klee.<sup>7</sup> Seine Darstellungen und Dokumentationen sind vornehmlich auf die Rekonstruktion der Ereignisse und der Biographien der Täter ausgerichtet, sie haben so für einen umfassenden Kenntnisstand zu den nationalsozialistischen Krankenmorden gesorgt. Dazu trugen auch die zahlreichen regionalen Anstaltsgeschichten bei, wengleich sie oft bei aller Fülle der Detailausbreitung die Einordnung in den gesamtgeschichtlichen Zusammenhang nicht leisten konnten.

Eine solche Einordnung forderte schon sehr früh Dirk Blasius, der sich dieser Aufgabe selbst stellte. Mit seinen Studien zur Geschichte der Psychiatrie und zur Problematik ihrer Beurteilung tritt er einerseits für eine kritische Historisierung des nationalsozialistischen Krankenmordes ein, verwahrt sich jedoch andererseits dagegen, die Psychiatrie ausschließlich als Instrument eines gesellschaftssanitären Programms zu deuten.<sup>8</sup> Die Studie von Robert Jay Lifton thematisierte darüber hinaus den Gegensatz von überlieferter ärztlicher Moral und verbrecherischen ärztlichen Handelns im Dritten Reich und suchte die Erklärung dafür in den psychologischen Mechanismen der Individuen.<sup>9</sup> Weiter legten Gisela Bock und Hans-Walter Schmuhl umfassende innovative Deutungsversuche vor, die eine zur Zwangssterilisation im besonderen, der andere zur Erbgesundheitspolitik im allgemeinen.<sup>10</sup> Für Gisela Bock bildet der Rassismus die eigentliche Substanz des Nationalsozialismus in Theorie und Praxis. Dieser institutionalisierte sich im Dritten Reich wie in keinem anderen vergleichbaren modernen Industriestaat zu einer konsequenten

Rassenpolitik, die sich in vielfältigen Formen der Diskriminierung von unterschiedlichen Menschengruppen äußerte und binnen kurzer Zeit zum Massenmord eskalierte. Schmuhl findet in der Historiographie zur Struktur des NS-Staates mit den Konzepten der charismatischen und der polykratischen Herrschaft den Erklärungsrahmen für die entscheidende Radikalisierung der ideengeschichtlich ansonsten weit zurückreichenden Euthanasie-Problematik. Das Erklärungsmodell von der »Endlösung der sozialen Frage« schließlich, das vor allem von Götz Aly, Karl Heinz Roth und von Klaus Dörner in unterschiedlicher Weise vertreten wird, bettet die nationalsozialistische Euthanasie bruchlos in die langfristige Kontinuität eines gesellschaftssanitären Programms ein.<sup>11</sup> Danach paßt sich der Mord an den psychisch Kranken, Behinderten und Siechen in die Langzeitentwicklung der Modernisierung und Rationalisierung von industriellen Gesellschaften ein. Alle Maßnahmen gegen vermeintlich Ungesunde, Störende und Fremde werden als integrale Bestandteile eines gigantischen, letztlich von ökonomischer Rationalität bestimmten Planes zur Herstellung einer rassenhygienisch reinen und deshalb besonders leistungsfähigen Volksgemeinschaft gedeutet.

Nach der Veröffentlichung und der breiten Diskussion dieser theoretischen Entwürfe<sup>12</sup> ist es angebracht, sich mit geschärftem und geweitem Blick verstärkt wieder der Empirie zuzuwenden. Es gilt dabei den spezifischen Charakter des NS-Staates ebenso wie die jeweils konkreten Umstände zu berücksichtigen. Nur so scheint es möglich zu erhellen, in welchem Ausmaß die Durchführung des nationalsozialistischen Krankermordes bei allen unbestrittenen kontextuellen Zusammenhängen mit den Ideen der Eugenik und der Rassenhygiene den besonderen Bedingungen des Dritten Reiches geschuldet ist, welche Bedeutung dabei der Kriegssituation zukam und inwieweit auch regionale Einflüsse mitbestimmend waren.

Für die Projektgruppe ergab sich daraus im Verlauf ihrer Forschungsarbeit eine doppelte Zielsetzung. Zum einen sollte eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme der Vorgänge in der Anstalt Langenhorn und der Schicksale der davon Betroffenen während der NS-Zeit erstellt werden, zum anderen ging es um die Einordnung der so dokumentierten Vorkommnisse in den gesundheits- und sozialpolitischen Kontext, wie er vom NS-Staat vorgegeben, auf der regionalen Ebene Hamburgs und in den davon betroffenen Anstalten sukzessive umgesetzt wurde. Das Exemplarische und Exzeptionelle der Anstaltstötungen war einzuordnen in ein Konzept von Sozialpolitik, dessen »destruktive(s) Potential«<sup>13</sup> möglicherweise nicht nur spezifisch nationalsozialistisch ist, sondern darüber hinaus vielleicht sogar »eine säkulare pathologische Dimension«<sup>14</sup> in der Entwicklung moderner industrieller Gesellschaften erkennen läßt. Mit dem Versuch, eine vermeintlich gesunde Gesamtgesellschaft zu konstru-

## *Einführung*

ieren, wurden der Arzt und der Sozialpolitiker quasi zu naturwissenschaftlichen Technikern, die das Lebensrecht kranker Mensch relativierten und schließlich verneinten. Um eben diese längerfristige zeitliche Perspektive zu verdeutlichen, haben die Autoren darauf verzichtet, den Begriff Euthanasie in Anführungszeichen zu setzen. Sie wollten nicht den Eindruck erwecken, als sei Euthanasie ein auf den Nationalsozialismus eingrenzbare und überdies von ihm nur pervertiertes Phänomen.

Die hier vorgelegte Untersuchung versucht, anders als bei vielen bisherigen Einzeldarstellungen, das auf die psychisch Kranken bezogene Verwaltungshandeln sowie das Schicksal der davon Betroffenen im staatlichen Bereich eines ganzen Landes des Deutschen Reiches zu rekonstruieren. Dieses Vorhaben wurde begünstigt zum einen durch die stadtstaatlichen Verhältnisse der damaligen Hansestadt Hamburg und zum anderen durch die Tatsache, daß Langenhorn seit 1936 die einzige staatliche Anstalt der Stadt für psychisch Kranke war und so zur Drehscheibe des gesamten Verlegungs- und Deportationsgeschehens wurde. Die 1936 eingerichtete Psychiatrische und Nervenklinik der Hansischen Universität nahm zwar auch psychisch Kranke auf, selektierte diese aber sofort und schob den allergrößten Teil der nicht mehr als therapiefähig erachteten Patienten in der Regel nach Langenhorn ab.<sup>15</sup>

Die Autoren waren bestrebt, durch intensive Auswertung der Krankenakten und einer Vielzahl weiterer Unterlagen die Bedingungen, Mechanismen und Zielsetzungen der ärztlichen und organisatorischen Entscheidungsprozesse offenzulegen und die Folgen für die Opfer aufzuzeigen. Es ist darüber hinaus der Versuch unternommen worden, das Sterbe geschehen in einigen Zielanstalten anhand der verfügbaren Quellen möglichst genau zu rekonstruieren. Diese Einrichtungen waren keineswegs immer als Tötungsanstalten der Euthanasie bekannt. So war es notwendig, im schwierigen Grenzbereich zwischen pflegerischer Vernachlässigung und gezieltem Mord über die hohen Sterberaten hinaus Hinweise zu finden, die auf ein aktives Eingreifen der Anstalten schließen ließen, etwa durch den Nachweis, daß die unterschiedliche Überlebensdauer der Patienten bestimmten Regelmäßigkeiten unterlag. Aufgrund solcher Rekonstruktionen mußte für mehrere zusätzliche Anstalten der Schluß gezogen werden, daß auch sie direkt und unmittelbar am nationalsozialistischen Krankentöten beteiligt waren.

Es liegt an der Beschaffenheit der Quellen, daß auch diese Untersuchung weniger eine Geschichte der Kranken als vielmehr eine Geschichte des öffentlichen Umgangs mit diesen Kranken ist. Es ist dabei jedoch nicht vergessen worden, daß jede Krankengeschichte geprägt ist von einer doppelten Subjektivität, von der des Arztes und der des Kranken, was in dieser Untersuchung durch die detaillierte Analyse eines explorativen Arzt-Patientengesprächs eindringlich belegt wird. Die Darstellung von



Einzelchicksalen wie die Wiedergabe eines Interviews mit einem Langenhorner Patienten, der die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde überlebt hat, sollen die Ausrichtung auf die Perspektive der Akteure ein wenig aufheben. Sie sollen darüber hinaus immer wieder bewußt werden lassen, daß mit der statistischen Erfassung und Dokumentation möglichst aller Verlegungsprozesse und -entscheidungen sowie möglichst aller Krankenfälle jeweils individuelle Lebensschicksale verbunden sind.

Wenn im Folgenden noch einmal auf die Geschichte des Forschungsprojekts eingegangen wird, so auch in der Absicht, mit dieser Rückbesinnung Umfang und Vielschichtigkeit der Aufgabe zu verdeutlichen. Zunächst ging es um die Rekonstruktion des äußerst umfangreichen und verästelten Verlegungsgeschehens aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn während des Zweiten Weltkrieges. Die am leichtesten zugängliche Quelle war das Krankengeschichtenarchiv des Krankenhauses Ochsenzoll. Die dort lagernden rund 12.000 Altakten wurden anhand noch existierender Verlegungslisten aus den Kriegsjahren auf Krankengeschichten von abtransportierten Patienten durchsucht. Parallel dazu wurde ein Erhebungsbogen gefertigt, der erfahrungsgemäß in sämtlichen Krankengeschichten aufzufindende Grunddaten (Sozialdaten, spezifische Daten zur Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie, Einweiser und Einweisungszeitpunkt, Diagnose, Verlegungen und ihre Zeitpunkte, Sterbedaten, Angaben zur Quelle) enthält. Auf diese Weise konnten zunächst etwa 2.000 Krankengeschichten von Betroffenen gesichtet werden, deren Daten im Grunderhebungsbogen erfaßt wurden. Eine forschungsleitende Frage war schon jetzt, welche Selektionskriterien bei der Auswahl der Verlegten eine Rolle spielten, und ob und gegebenenfalls wie sie sich im Verlauf der Kriegsergebnisse veränderten.

Im Zuge dieser ersten Bestandsaufnahme stießen die Mitarbeiter bald auf erhebliche Lücken bei den Patientenunterlagen. Nach ihren Recherchen hatte Langenhorn als Drehscheibe der Anstaltsdeportationen in Hamburg während des Krieges mehr als 4.000 Patienten nach auswärts verlegt, eine Zahl, die weit über das aus den staatsanwaltlichen Ermittlungen Bekannte hinausging. Neben den kontinuierlichen Erhebungen begann die Suche nach fehlenden Patientenakten, die sich durch die weite Streuung der über 20 Verlegungsorte als organisatorisch äußerst aufwendig erwies. Erschwerend kam hinzu, daß die abtransportierten Kranken vielfach nicht in ihren Zielorten blieben, sondern aus unterschiedlichen Gründen weiterverlegt wurden. Teils lag das daran, daß die Anstalten für andere Zwecke geleert wurden, teils daran, daß es sich um Zwischenanstalten im Euthanasie-Programm handelte. Bezog man in seine Recherchen diese zuweilen mehrfachen Anstaltswechsel ein, so verzweigten sich die Verlegungswege immer weiter. Auf diese Weise erhöhte sich die Zahl möglicher Zielorte beträchtlich, bis schließlich diejenigen An-

stalten gefunden waren, in denen die Entscheidung über Leben und Tod der so hin- und hergeschobenen Kranken fiel.

Darüber hinaus mußte sowohl bei der Bestandsaufnahme wie bei der Erklärung des Verlegungsgeschehens ein Umstand berücksichtigt werden, der zunächst wenig mit der NS-Euthanasie im engeren Sinn, viel aber mit Marginalisierungsprozessen aufgrund in Hamburg längst angelegter sozial- und gesundheitspolitischer Strategien zu tun hatte.<sup>16</sup> Denn hier hatte sich schon Anfang der dreißiger Jahre, während der Krisenjahre der Weimarer Republik, die Praxis etabliert, psychiatrische Patienten in billigere Anstalten des Umlandes abzuschicken und sich dabei insbesondere lästiger Kranker zu entledigen. Die dabei herausgebildeten Selektionsmechanismen wurden zu Beginn der NS-Herrschaft chronisch, als die Anstalt Langenhorn wegen der Auflösung der zweiten staatlichen Einrichtung Hamburgs für Psychiatriepatienten, der Anstalt Friedrichsberg, allein zuständige Verwahranstalt der Stadt für Geisteskranke wurde. Aufgrund der so herbeigezwungenen Überlastung Langenhorns erweiterte und verfestigte sich der Kranz der ständig durch ausgelagerte Patienten belegten Umlandanstalten.

Diese Entwicklung wiederum hatte zur Folge, daß sich die so eingeschliffene Praxis der Aufspaltung in unterschiedlich »wertvolle« Patientengruppen und der damit verbundenen Abschiebung weniger »wertvoller« Kranker während des Krieges unentwirrbar mit den sich radikalisierten Etappen der Euthanasie und der durch sie veranlaßten Abtransporte verschränkte. So schälte sich im Fortgang der Untersuchung immer mehr heraus, daß die Vielzahl der Verlegungsanstalten für Langenhorn-Patienten zumindest vorläufig nach ihrer möglichen Funktion klassifiziert werden mußte, wobei sich mindestens vier Typen ergaben:

1. Tötungs- und Zwischenanstalten im Rahmen der Aktion T4,
2. Tötungsanstalten in der zweiten Phase der NS-Euthanasie, die im Viereck Reichsbeauftragter, Gemeinnützige Krankentransport-Gesellschaft, Hamburger Gesundheitsverwaltung und Verwaltung Langenhorns ausgewählt wurden,
3. Tötungsanstalten im Rahmen der Räumungsaktion Brandt unmittelbar nach der Bombenkatastrophe Ende Juli/Anfang August 1943 sowie
4. Anstalten und Heime in der näheren oder weiteren Umgebung Hamburgs, in die die Patienten Langenhorns vor allem wegen des zunehmenden Bettenbedarfs für somatisch Kranke verlegt wurden.

All dies zeigte, daß es mit der an sich schon aufwendigen Beschaffung von Patientenunterlagen nicht getan war. Zwar ermöglichte das so aufgefundene Material allmählich erste Rekonstruktionen der vielfältig verschränkten und verzweigten Verlegungswege verschiedener Patientengruppen. Wollte man aber die Vorgänge in den Zielanstalten angemessen

beurteilen und überdies das Transportgeschehen den übergeordneten regionalen wie zentralstaatlichen Entscheidungsprozessen wenigstens annähernd plausibel zuordnen, wurde neben der erreichbaren Sekundärliteratur zusätzliches Hintergrund- und Quellenmaterial sowohl zu den betreffenden Anstalten wie auch zu den Planungen und vielfachen Ad-hoc-Implementierungen der nationalsozialistischen Gesundheits-, Sozial- und Katastrophenpolitik notwendig.

Auf die außerordentliche Vielfalt der im Zuge der Forschungen zu Rate gezogenen Quellen neben den aus den verschiedenen Verlegungsanstalten beschafften Patientenunterlagen kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden. Sie reichen von Sterberegistern über Eingangs- und Ausgangsbücher der Zielanstalten, Selbstdarstellungen verschiedener Einrichtungen, monographische Gutachten, Niederschriften von Beteiligten bis zu im Rahmen staatsanwaltlicher Ermittlungsverfahren zusammengestellten Dokumenten und Zeugenaussagen sowie den einschlägigen Beständen in den zuständigen Staats- und Bundesarchiven. Für die Rekonstruktion der Anstaltsgeschichte Langenhorns mußten im Hamburgischen Staatsarchiv die umfangreichen Bestände zu den in der NS-Zeit betroffenen Fachbehörden (Gesundheits- und Sozialbehörde), der Staatsverwaltung, dem mit Räumungs- und Katastrophenplanungen befaßten Amt für kriegswichtigen Einsatz sowie zur Anstalt Langenhorn und den mit ihr kooperierenden Umlandanstalten gesichtet werden.

Vordringliche Aufgabe aber blieb die quantitative Erfassung und Auswertung der Patientenunterlagen, wobei die dabei unausweichliche und auch erforderliche Zurkenntnisnahme der immer wieder erschütternden Einzelschicksale die psychische Aufnahmefähigkeit der Mitarbeiter oft vor kaum erträgliche Belastungen stellte. Als sich dann im Projekt der Eindruck annähernd ausreichend beschafften Materials verdichtete, bot sich zur Erfüllung der Zielvorgabe möglichst umfassender Dokumentation des Verlegungsgeschehens die Gliederung der Themenkomplexe entlang den von den Abtransporten betroffenen Zielanstalten an. Dabei war den Mitarbeitern immer bewußt, daß eine solche aus Zeit- und Darstellungsgründen getroffene Entscheidung, den Weg der verlegten Patienten und ihr weiteres Schicksal in den verschiedenen Verlegungsorten und unterschiedlichen Anstaltstypen zu verfolgen, das zweite oben genannte Untersuchungsziel, nämlich die wissenschaftliche Einordnung der beschriebenen Geschehnisse in den historischen Kontext der nationalsozialistischen Sozial- und Gesundheitspolitik, allenfalls näherungsweise und bei weitem nicht systematisch genug würde berücksichtigen können.<sup>17</sup> Immerhin ermöglichte eine von der Forschungsstelle für die Geschichte des Nationalsozialismus in Hamburg im Februar 1990 veranstaltete Tagung »Der nationalsozialistische Krankenmord. Probleme seiner Historisierung« der Projektgruppe, ihre Ergebnisse erstmals geschlossen Fach-

und Medizinhistorikern vorzustellen und mit ihnen die Einbindung ihrer Ergebnisse in die fachwissenschaftliche Diskussion zu erörtern.

Nach der Bewältigung der Aufgabe einer möglichst detaillierten Beschreibung des Langenhorner Verlegungsgeschehens während des Zweiten Weltkrieges stellten sich für die Autoren die weitergehenden Fragen einer historischen und systematischen Analyse. Es reichte nicht aus, etwa zu klären, wann welche Patientengruppen von den sogenannten planwirtschaftlichen Maßnahmen erfaßt wurden, wie also die Selektionen der Geisteskranken zum Abtransport sich etappenweise radikalisierten. Vielmehr mußte der zeitliche Verlauf des Verlegungsgeschehens verknüpft werden mit den Besonderheiten der Hamburger Sozial- und Katastrophenplanung und diese wiederum mit den Aktivitäten der zuständigen zentralen Apparate. Dies alles hätte allerdings eine nicht mehr zu leistende Ausweitung des Forschungsgegenstandes bedeutet, wie sich schon für die Vorgänge auf regionaler Ebene zeigen läßt. So wurde etwa im Verlauf der Forschungsarbeit bald deutlich, daß sich die Verlegungen von Geisteskranken aus Langenhorn gar nicht trennen lassen von den Abtransporten aus den staatlichen Wohlfahrtsanstalten und diese wiederum nicht von gleichgerichteten Aktivitäten in sonstigen Alters- und Siechenheimen. Dabei stellte sich heraus, daß die Parallelität der Ereignisse in Versorgungsheimen und Langenhorn sich schon in den ersten Kriegsjahren auf katastrophenpolitische Gründe zurückführen läßt. Bedenkt man, daß diese Vorgänge sich noch vor den ersten direkten Abtransporten in die Tötungsanstalten der ersten Phase der Euthanasie abspielten, so kommt man zu dem unausweichlichen Schluß, daß allein der Blick über die Geschehnisse in den Anstalten hinaus bisherige Annahmen zur NS-Euthanasie modifiziert. Augenscheinlich war nämlich schon sehr früh das dominante Selektionsmodell katastrophenpolitisch motiviert, und die anscheinend noch psychiatrisch legitimierten Selektionen der ersten Euthanasie-Phase fügten sich in diese Praxis sozusagen unauffällig ein. Es war nicht durchgehend möglich, die Vielschichtigkeit dieser Prozesse, die strukturellen Hintergründe der Anstaltsverlegungen, die Rüstungs- und Katastrophenplanungen, die Luftschutzmaßnahmen und die damit verbundenen Umfunktionierungen von Krankenhausabteilungen und Alteneinrichtungen genauer auszuleuchten. Dennoch wird der Leser an vielen Stellen der Dokumentation Hinweise auf diese und weitere Zusammenhänge finden.

Indirekt ist mit derartigen Überlegungen und Befunden aber auch die übergreifende Frage berührt, ob das Verlegungsgeschehen aus der Anstalt Langenhorn bisherige Erklärungsansätze zum erschreckenden Verlauf des NS-Euthanasie-Geschehens und seiner zunehmenden Radikalisierung während des Krieges bestätigt oder modifiziert. In einem weiteren Untersuchungsschritt haben mehrere Mitarbeiter deshalb zusätzlich zum Grunderhebungsbogen einen auf ihren jeweiligen Themenkomplex

zugeschnittenen ergänzenden Fragebogen gefertigt, mit dem unter anderem den Selektionsmustern für die Patientenverlegungen noch genauer nachgegangen werden sollte. Es ging dabei etwa um Fragen der Pflegeaufwendigkeit oder Arbeitsfähigkeit der betroffenen Kranken. Wurde hier vielleicht zielorientiert selektiert, bei Verlegungen in Hamburgs Umlandanstalten anders als in den bekannten Tötungsanstalten der Euthanasie? Im Grunde reichte es also nicht, die Veränderungen der Selektionspraxis im Zeitverlauf zu beobachten, es war auch darauf zu achten, welche Patientengruppen zur gleichen Zeit in die unterschiedlichen Anstaltstypen verlegt wurden. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Anstaltstypen machte im übrigen nach dem Vorliegen der empirischen Ergebnisse auf einen weiteren Umstand aufmerksam. Die Typologie schien sich nämlich wieder aufzulösen, wenn man nach dem weiteren Schicksal der in die unterschiedlichen Anstalten verlegten Patienten fragte. Genauere Analysen ergaben, daß in den verschiedenen Anstaltstypen ähnlich hohe Sterberaten, wenn auch bei unterschiedlich langer Überlebensdauer, vorlagen. So starben z.B. in der Umlandanstalt Rickling bis Ende 1945 etwa 70 % der dort verbliebenen Langenhorner Patienten, und in der Privatanstalt Ilten, die ebenfalls den Umlandanstalten zuzurechnen ist, waren es über 65 %. Damit lagen diese erschreckend hohen Sterberaten nur unwesentlich unter denjenigen der in Tötungsanstalten der Euthanasie abtransportierten Kranken. Ein solches Ergebnis zeigte, daß für die Patienten die Selektion zur Verlegung, welche Umstände auch Auslöser gewesen sein mögen, fast immer zunehmendes Elend, aufs äußerste reduzierte Nahrung und Pflege und den sehr wahrscheinlichen Tod bedeutete.

Dies schließt nicht aus, daß die Motive der Anstalt Langenhorn zum Abschieben ihrer Geisteskranken sich im Verlauf des Kriegsgeschehens verändert haben mögen – von Marginalisierungsprozessen zum Zweck zusätzlicher Kostensenkung in der Psychiatrie über das von psychiatrischer Diagnostik ideologisch überformte T4-Programm bis zur endgültigen Dominanz katastrophenpolitischer Verwaltungskalküle. Aber auch hier stellte sich im Fortgang der Untersuchung immer drängender die Frage, ob das dahinter aufscheinende komplexe Gewirr von sich überlagernden Ereignisketten, vorangetrieben durch konkurrierende politische Apparate auf den unterschiedlichen staatlichen Ebenen, deren Machtbefugnisse sich dazu noch aufgrund der Kriegereignisse ständig änderten, auf die Rationalitätskalküle einiger weniger NS-Planer im psychiatrischen oder politischen Bereich rückführbar ist. Immer unabweisbarer stellte sich in bezug auf die sich überlagernden Ebenen der Entscheidungsträger der Eindruck eines technokratischen Mechanismus vielfältiger Ad-hoc-Maßnahmen ein, der oft kaum noch überschaubare Kettenreaktionen produzierte, an deren Ende sich dann häufig die in Absterbe-

## *Einführung*

und Tötungsanstalten abtransportierten Alten und Geisteskranken wiederfanden. Was dann auswärts geschah, interessierte die Verantwortlichen in Hamburg allenfalls unter dem Gesichtspunkt, ob auf diese Weise wieder genügend Raum für abzuschiebende Anstaltsinsassen zur Verfügung gestellt werden konnte.

Angesichts solcher Verdrängungslogik, die die Alten und Geisteskranken höher bewerteten Zielen opferte aufgrund des Platzbedarfs etwa für ausländische Arbeiter oder für somatisch Kranke, stellte sich schließlich für die Autoren dann doch explizit die Frage, ob die bisherigen Erklärungsmodelle zur Genese und Durchführung der NS-Euthanasie die tatsächlich abgelaufenen Geschehnisse wirklich abbilden oder ob diese nicht vielmehr den programmatischen Äußerungen einiger herausgehobener NS-Verantwortlicher aufsitzen. Die unterschiedlichen Auffassungen hierzu wurden nicht geglättet, sie sind direkt oder indirekt aus den vorliegenden Texten ablesbar.

Hier soll auf diese Kontroverse nur hingewiesen werden. In seinem zusammenfassenden Kapitel über die »Spätzeit der Euthanasie« folgt einer der Autoren ausdrücklich jener bereits angesprochenen Erklärungslinie, die hinter den Morden an Anstaltsinsassen die planvolle »Ausmerze« nicht mehr verwertbarer Arbeitskraft, eine Kosten-Nutzen-Abwägung im Sinne einer von den Nationalsozialisten nicht nur anvisierten, sondern auch konsequent umgesetzten »Endlösung der sozialen Frage« am Werke sieht. Speziell in bezug auf die Geisteskranken habe diese Strategie die Heilung der Therapiefähigen und die Vernichtung der Unheilbaren eingeschlossen.

Wenn auch nicht zu übersehen ist, daß derartig mörderische Zielsetzungen sich tatsächlich den programmatischen Äußerungen der NS-Verantwortlichen etwa in Politik, Partei und Psychiatrie entnehmen lassen, wird von einem zweiten Autor die Erklärungskraft eines solchen Paradigmas für die dann tatsächlich abgelaufenen Geschehnisse angezweifelt. Er registriert das im Vollzug der Euthanasie-Geschehnisse sich pilzartig ausdehnende Geflecht technokratischer Ad-hoc-Lösungen und bestreitet schon deshalb die Planmäßigkeit der Selektionen im Sinne einer gesellschaftssanitären Utopie. Dies schließt nicht aus, das auf den unterschiedlichen Ebenen der Entscheidungsträger ökonomische Argumente vielfach eine die Euthanasie-Vorgänge vorantreibende Rolle spielten, so das immer wieder anzutreffende Motiv der Kostensenkung im Anstaltswesen, so das Motiv der Bereitstellung von Krankenhausraum für angeblich vordringlichere Zwecke. Die Frage ist aber, ob solche Motive die Überschreitung der Schwelle zum Mord zureichend erklären und ob sie eine umfassende Planung des Geschehens hinreichend plausibel machen. Gegen letzteres spricht im übrigen auch, daß im Hinblick auf die Selektionsentscheidungen für die abzuschiebenden Patientengruppen eine im



Kriegsverlauf zunehmende Flexibilisierung der Merkmalskataloge zu beobachten ist.<sup>18</sup> Immer öfter hatten nämlich diejenigen Kranken, die nur irgendwie störten, dem Diktat der Schaffung von Bettplätzen für somatisch Kranke zu weichen. Selektionskriterien konnten sich dann gewissermaßen frei flottierend an den unterschiedlichsten Patientenmerkmalen festmachen: der mangelnden Arbeitsfähigkeit oder dem zu hohen Pflegeaufwand, der ehemaligen Straffälligkeit oder dem zu hohen Alter, der sexuellen Abweichung oder dem hilflosen Herumirren nach einem Bombenangriff.

Es ist daher nach dieser zweiten Auffassung sehr zweifelhaft, ob eine solche durch Negativkataloge immer unschärfer gesteuerte Aussonderungsmechanik sich in ihren Selektionsroutinen auf das Kriterium ökonomischer Verwertbarkeit reduzieren läßt. Diesseits aller unbestreitbar zu erkennenden Planungshybris wurde vielmehr zunehmend offensichtlich, was sich jedenfalls in Hamburg schon während der ersten Phase der Euthanasie andeutete, daß nämlich einerseits zunehmend alle Patientengruppen für den Abtransport in den Tod infrage kamen und daß andererseits diese Ausweitung der Verlegungen situationsbedingt aufgrund akuter Handlungszwänge vor Ort umgesetzt wurde. An der angeblichen Rationalität einer solchen Praxis, die vielleicht angemessener durch Begriffe wie Willkür und Terror gekennzeichnet ist, läßt sich mithin zweifeln, und da sie sich vor dem Hintergrund äußerst eingeschränkter regionaler Entscheidungshorizonte vollzog, ist auch schwer zu sehen, wie sich all dies zu einem gesamtstaatlichen Programm einer Reinigung des Volkskörpers im nationalsozialistischen Sinn zusammenfügen läßt.

Folgt man nun dieser hier nur knapp skizzierten zweiten Deutungslineie,<sup>19</sup> so stellen sich eine Reihe von Problemen im Hinblick auf die Erklärung der Vernichtungspolitik während des Nationalsozialismus neu. Schien nämlich mit der These, es habe sich bei den Anstaltsmorden um kaltblütige Kosten-Nutzen-Kalküle gehandelt, das Problem des Verlustes ethischer Dimensionen allein auf ökonomische Standards der an Effizienzkriterien orientierten Gesellschaftsplanungen rückführbar zu sein, so würde mit der Übernahme der alternativen Perspektive an die Erforschung der tatsächlichen Abläufe im Zusammenhang mit der NS-Euthanasie erneut jene zentrale Herausforderung herantreten, die in der Frage gipfelt: Warum wurde gemordet?<sup>20</sup> Könnte es sein, daß den sich ökonomisch gebärdenden Planungen und Handlungsvollzügen tieferreichende gesellschaftliche Prozesse der Aussonderung und Tötung von Menschengruppen zugrunde liegen? Und weiter: Die an Ökonomisierungsstrategien orientierten Paradigmen folgen meist einer Forschungslinie, die wenige Hauptverantwortliche in Politik, Verwaltung und Wissenschaft für die Mordprogramme dingfest machen will. So soll etwa Hitlers Begleitarzt Karl Brandt Initiator für die zweite Phase der Euthanasie gewesen sein.<sup>21</sup>

## *Einführung*

Diese Sichtweise verstellt aber leicht den Blick dafür, daß es eine Vielzahl eigenmächtig handelnder Akteure z.B. in den regionalen Verwaltungen und Anstalten gab, die ihre Entscheidungen auch ohne Vorgaben zentralstaatlicher Stellen durchsetzten, allein vor dem Hintergrund, daß sich das Töten als technokratische Problemlösung etabliert hatte. Möglicherweise waren deshalb die allfälligen willkürlichen Akte und terroristischen Vorgehensweisen gar nicht so rational, wie es eine Wissenschaft vermutet, die um ihrer eigenen methodologischen Voraussetzungen willen auf der prinzipiellen Einsehbarkeit von Handlungen bestehen muß.<sup>22</sup> Dan Diner hat in diesem Zusammenhang den Begriff der Gegenrationalität eingeführt, um zu verdeutlichen, wie sehr die Beschaffenheit der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik, von der die Euthanasiemorde nur einen Teil darstellen, die rationalen Beziehungen zwischen den Gruppen der Täter und der Opfer aufgehoben hat und aufgrund dieser besonderen Struktur eine adäquate rationale historische Aufarbeitung zutiefst behindert, wenn nicht gar unmöglich gemacht worden ist.<sup>23</sup>

Es sind die Kontroversen um derartige Fragen, vor denen die Projektgruppe zur Erforschung des Schicksals der psychisch Kranken in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn am Ende ihrer Arbeit steht. Hier öffnen sich möglicherweise Blickrichtungen auf die Entwicklungspfade moderner Industriegesellschaften, die die ihnen zugrundeliegenden symbolischen Ordnungen insgesamt, ihren »kulturellen Code« und die dadurch erzwungenen Pathologien wie etwa die Konstruktion von Opfergruppen betreffen<sup>24</sup> und vor denen das Auge des Zeitgenossen erschrocken zurückweichen möchte. Was das Fassungsvermögen jedes einzelnen übersteigt, wäre vielleicht nur in einer gemeinsamen Anstrengung des Begreifens zu ertragen.

Die Arbeit der Projektgruppe hat vielfache Unterstützung und Ermutigung erfahren. Dafür ist zu danken. Dieser Dank richtet sich an die Mitarbeiter und Verwaltungen der staatlichen Archive in Koblenz, Freiburg, Hamburg, Hannover, Wiesbaden und im polnischen Szczecin sowie der Archive der Staatsanwaltschaften in Frankfurt/Main, Hamburg, Hannover und Lüneburg. Zu danken ist auch den Vertretern der angeschriebenen und besuchten Anstalten, die bereitwillig Auskünfte erteilten und Materialien zur Verfügung stellten. Ebenso fruchtbar war die Zusammenarbeit mit andernorts tätigen Euthanasie-Forschungsgruppen, vor allem denjenigen an der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin, an der Fachhochschule in Frankfurt/Main sowie am Universitätskrankenhaus in Hamburg-Eppendorf. Weiterführende Informationen erhielt das Projekt auch von wissenschaftlichen Mitarbeitern in verschiedenen Institutionen, insbesondere dem Karl-Sudhoff-Institut in Leipzig, dem Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes in Wien und der Dokumentationsstelle des Vereins zur Erforschung der nationalsozialisti-

schen Gesundheits- und Sozialpolitik in Hamburg. Von den vielen Einzelpersonen, die dankenswerterweise hilfreiche Auskünfte erteilten, müssen insbesondere genannt werden Götz Aly, Klaus Bästlein, Hendrik van den Bussche, Peter Delius, Michael Hubenstorf, Harald Jenner, Joachim Klieme, Dietrich Kuhlbrodt sowie Jozef Radzicki(+). An den Forschungsarbeiten, vor allem der Datenerhebung, waren zusätzlich beteiligt Roland Jurth, Ilonka Rusch und Klaus Torborg. Die Register wurden erstellt von Frau Irene Roch. Nicht zuletzt gilt besonderer Dank Frau Hildegard Billhardt, die mit nimmermüdem Einsatz nicht nur die Aufgaben der Textfassung und -korrektur versah, sondern darüber hinaus vielfältige Hilfestellung bei der Beschaffung und Bearbeitung des wissenschaftlichen Materials leistete.

*Hamburg, im Januar 1993*  
*Peter von Rönn, Klaus Böhme, Uwe Lohalm*

Anmerkungen

- 1 Vgl. Kuhlbrodt, Dietrich, »Verlegt nach ... und getötet«. Die Anstaltstötungen in Hamburg, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 156 ff., hier S. 160.
- 2 Vgl. Schmidt, Gerhard, Selektion in der Heilanstalt 1939-1945, Stuttgart 1965, Neuauflage Frankfurt/Main 1983.
- 3 Vgl. Mitscherlich, Alexander und Fred Mielke (Hrsg.), Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation, Heidelberg 1947, und Platen-Hallermund, Alice, Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der deutschen Ärztekommision beim amerikanischen Militärgericht, Frankfurt/Main 1948.
- 4 Vgl. u.a. Honolka, Bert, Die Kreuzelschreiber. Ärzte ohne Gewissen. Euthanasie im Dritten Reich, Hamburg 1961; Hase, Hans-Christoph (Hrsg.), Evangelische Dokumente zur Ermordung der »unheilbar Kranken« unter nationalsozialistischer Herrschaft in den Jahren 1939-1945. Im Auftrag der Inneren Mission – Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Stuttgart 1965; Ehrhardt, Helmut, Euthanasie und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens, Stuttgart 1965; die bereits erwähnte Studie von Gerhard Schmidt, a.a.O., Stuttgart 1965; sowie Dörner, Klaus, Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 15, 1967, S. 121 ff.
- 5 Beck, Christoph, Sozialdarwinismus - Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im »Dritten Reich« - und heute, Bonn 1992, vgl. auch die Auswahlbibliographie in: Frei, Norbert (Hrsg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 309 ff.
- 6 Vgl. dazu Schierbaum, Clausjürgen, Aussondern des »Unwerten«. Anmerkungen zur nationalsozialistischen »Euthanasie«-Politik im Spiegel der Forschung, in: Neue Politische Literatur 32, 1987, S. 220 ff.
- 7 Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1983 und öfter; ders. (Hrsg.), Dokumente zur »Euthanasie«, Frankfurt/Main 1985; ders., Was sie taten - Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt/Main 1986.
- 8 Vgl. u.a. Blasius, Dirk, Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt/Main 1980; ders., Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie, Bonn 1986; ders., Das Ende der Humanität. Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit, in: Pehle, Walter H. (Hrsg.), Der historische Ort des Nationalsozialismus. Annäherungen, Frankfurt/Main 1990, S. 47 ff.
- 9 Lifton, Robert Jay, Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988.
- 10 Bock, Gisela, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986, und Schmuhl, Hans-Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens«, 1890-1945, Göttingen 1987.
- 11 Roth, Karl Heinz und Götz Aly, Das »Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken«. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941, in: Roth, Karl Heinz (Hrsg.), Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe«, Berlin 1984, S. 101 ff.; Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1, Berlin 1985, S. 9 ff., ders., Der saubere und der schmutzige Fortschritt, in: Reform und Gewissen. »Euthanasie« im Dienst des Fortschritts, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 2, Berlin 1985, S. 9 ff., und unter Fortentwicklung des Paradigmas Dörner, Klaus, Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder: die Soziale Frage: Entstehung, Medizinisierung, NS-Endlösung, heute, morgen, Gütersloh 1988.
- 12 Vgl. dazu u.a. Medizin im Nationalsozialismus, München 1988; Bock, Gisela, Krankenmord, Judenmord und nationalsozialistische Rassenpolitik: Überlegungen zu einigen neueren Forschungshypothesen, in: Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.), Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne, Hamburg 1991, S. 285 ff.; Frei, Norbert (Hrsg.), a.a.O.
- 13 Vgl. Frei, Norbert, Der Führerstaat. Nationalsozialistische Herrschaft 1933 bis 1945, München 1987, S. 146.

## Anmerkungen

- 14 Vgl. Peukert, Detlev, *Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde. Anpassung, Ausmerze und Aufbegehren unter dem Nationalsozialismus*, Köln 1982, S. 218.
- 15 Die am 1. April 1936 im Zuge der Neuordnung der Versorgung psychiatrischer Patienten in Hamburg gegründete Psychiatrische und Nervenambulanz der Hansischen Universität war zwar ursprünglich zur alleinigen Aufnahmeanstalt bestimmt worden, konnte aber diese Monopolstellung nie ganz durchsetzen und hatte sie dann einige Jahre auch offiziell nicht inne. Sie hatte den ausdrücklichen Auftrag, die Patienten nach heilbaren und unheilbaren Kranken zu selektieren. Vgl. Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, *Die Psychiatrische und Nervenambulanz und ihre Patienten*, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), *Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«*, Berlin-Hamburg 1989, S. 289 ff.
- 16 Vgl. Lohalm, Uwe, *Die Wohlfahrtskrise 1930-1933. Vom ökonomischen Notprogramm zur rassenhygienischen Neubestimmung*, in: Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.), a.a.O., S. 193 ff.
- 17 Hinzu kommt, daß bestimmte von der Euthanasie betroffene Patientengruppen durch die an den Verlegungsorten orientierten Recherchen nicht angemessen zugeordnet werden können. Dazu gehören u.a. die in Langenhorn eingelieferten Kinder, von denen ein Teil in der dort eingerichteten Kinderfachabteilung ermordet wurde, sowie die jüdischen Patienten, von denen viele in einem ersten größeren Transport schon im September 1940 in die Tötungseinrichtung des Zuchthauses Brandenburg eingeliefert wurden. Obwohl die Recherchen zu diesen Opfergruppen der Euthanasie schon weit gediehen waren, konnten sie aus Zeit- und Personalmangel für die Dokumentation nicht mehr abschließend aufgearbeitet werden. Dies gilt bedauerlicherweise auch für die Transporte in die Tötungsanstalt Tegenhof bei Gnesen, die bezeichnenderweise nur kurze Zeit nach dem sogenannten Stopp der Euthanasie vom August 1941 erfolgten. Der mit der Untersuchung dieser Transporte beauftragte Mitarbeiter, der im Projekt auch andere Aufgaben wahrnahm, konnte seine Arbeit im Rahmen seiner befristeten Beschäftigung nicht beenden.
- 18 Dem widerspricht Michael Wunder mit seinen Ausführungen. Es ist hier jedoch nicht der Ort, auf die damit verbundenen Probleme der Auswahl und Interpretation der entsprechenden Daten einzugehen.
- 19 Vgl. hierzu ausführlicher von Rönn, Peter, *Auf der Suche nach einem anderen Paradigma. Überlegungen zum Verlauf der NS-«Euthanasie» am Beispiel der Anstalt Langenhorn*, in: *Recht und Psychiatrie*, 9/1991, S. 50 ff.
- 20 Vgl. dazu den instruktiven Aufsatz von: Köhler, Ernst, *Das Morden theoretisch eingebettet. Zur Wissenschaftskritik der »Hamburger Schule«*, in: Schneider, Wolfgang (Hrsg.), *»Vernichtungspolitik«*, Hamburg 1991, S. 89 ff.
- 21 Ute Daub bemerkt in einer Fußnote ihres Aufsatzes: *»Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus« – die letzte Phase der »Euthanasie« in Frankfurt am Main*, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 2/1992, S. 39 ff., Peter von Rönn komme zu dem in der deutschen Forschungsliteratur einzigartigen Schluß, bei der *»Aktion Brandt«* habe es sich nicht um ein eigenständiges Euthanasie-Projekt gehandelt (S. 57). Allerdings gibt sie, die diese Auffassung bestreitet, seinen Argumentationsgang in jeder Hinsicht unzutreffend wieder. Worum es einzig und allein geht, ist, daß bisher nirgends aufgrund von Quellen der Nachweis geführt wurde, daß Karl Brandt Hauptinitiator und -organisator der zweiten Phase der Euthanasie gewesen ist, wie neuerdings immer wieder geschrieben wird. Vgl. von Rönn, Peter, a.a.O., S. 52 f.
- 22 Vgl. zur Entfaltung dieses Arguments den Aufsatz von Reemtsma, Jan Philipp, *Terrorratio – Überlegungen zum Zusammenhang von Terror, Rationalität und Vernichtungspolitik*, in: Schneider, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 135 ff.
- 23 Vgl. Diner, Dan, *Historisches Verstehen und Gegenrationalität. Der Judenrat als erkenntnistheoretische Warte*, in: Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.), a.a.O., S. 307 ff.
- 24 Vgl. zu diesem Zusammenhang die Überlegungen in: Eder, Klaus, *Die Vergesellschaftung der Natur. Studien zur sozialen Evolution der praktischen Vernunft*, Frankfurt/Main 1988. Welche zentrale Rolle im übrigen die Opferrhetorik im Hitler-Mythos von Beginn an spielte, zeigt Joseph P. Stern in seiner Studie: *Hitler. Der Führer und das Volk*, München 1981, S. 27 ff.





Peter von Rönn

# I. DIE ENTWICKLUNG DER ANSTALT LANGENHORN IN DER ZEIT DES NATIONALSOZIALISMUS

## 1. Langenhorn in den dreißiger Jahren – Kostensenkung und Reduktion von Lebenschancen

### Die Vorgeschichte – Entwicklung, Sparmaßnahmen und Wirtschaftskrise

Die Entstehung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn geht zurück auf den Versuch Hamburgs, für die überfüllte Zentralanstalt der Stadt, die Irrenanstalt Friedrichsberg, Entlastung zu schaffen. Bei seiner Gründung im Jahr 1893 konnte Langenhorn, nahe der Stadtgrenze inmitten einer 75 ha großen Tannenkoppel errichtet, gerade 200 Geisteskranke in den ersten vier Pavillons aufnehmen. Man beschränkte sich auf ruhige und arbeitsfähige chronisch Kranke, die in Landwirtschaft und Werkstatt, Küche und Nähstube Beschäftigung fanden, denn noch verstand sich die Anstalt »als detachierte Kolonie einer Zentralanstalt, [...] eine Irrenkolonie im engeren Sinn«. <sup>1</sup> »Landwirtschaftliche Kolonie für Geisteskranke«, so die Gründungsbezeichnung, blieb Langenhorn aber nicht lange. Schon vor der Jahrhundertwende nahm die Anstalt alle Kategorien von Geisteskranken auf, wurde selbständige Vollanstalt und trug daraufhin die Bezeichnung »Irrenanstalt«. Bis zum Ersten Weltkrieg wurde Langenhorn in drei großen Bauabschnitten auf einen Bestand von 1680 Betten ausgeweitet, womit die Kapazität Friedrichsbergs bereits übertroffen war.

Der Krieg bedeutete eine Zäsur in der Entwicklung der Anstalt Langenhorn. Einerseits wurde die Expansion beendet, zu einer schon geplanten neuerlichen Erweiterung auf über 2.000 Bettplätze kam es nicht mehr. Andererseits aber sah sich die Anstalt mit Vorgängen konfrontiert, deren Verarbeitung folgenreich werden sollte. Sie lassen sich in Zahlen

## Langenhorn im Nationalsozialismus

ausdrücken: Hatte Langenhorn bei Kriegsausbruch über 1.800 Kranke beherbergt, so waren es bei Kriegsende nur noch rund 1.300. Die Statistik enthüllt auch die Gründe für diesen Rückgang: In den letzten Vorkriegsjahren waren etwa 100 Patienten pro Jahr in der Anstalt gestorben, im Kriegsjahr 1916 hatte sich diese Zahl verdoppelt, und ein Jahr darauf hatte sie sich sogar verfünffacht (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Krankenbestand und Todesfälle in der Anstalt Langenhorn \*

Jahr	Bestand am 1.1.			Todesfälle			Prozent vom Bestand am 1.1.**
	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	
1913	875	777	1.652	73	27	100	6,05
1914	972	860	1.832	70	44	114	6,22
1915	1.026	925	1.951	97	61	158	8,10
1916	998	953	1.951	131	77	208	10,66
1917	963	955	1.918	308	192	500	26,06
1918	659	769	1.428	130	160	290	20,31
1919***	636	716	1.352	67	113	180	13,31
1920***	555	566	1.121	12	28	40	3,57

\* ohne Zugänge und sonstige Abgänge

\*\* der Durchschnittsbestand des jeweiligen Jahres ist meist niedriger

\*\*\* nur Psychiatrie

Berechnet nach: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik

Ursache des Massensterbens war die katastrophale Versorgungslage Langenhorns, wie aus den immer dringlicher werdenden Eingaben des ärztlichen Direktors Prof. Theodor Neuberger deutlich wird. So schrieb er dem Bürgermeister Schröder am 5. Juni 1917 u.a.: »Bei der Ernährung der Kranken und des Personals haben wir uns bis zu einer Grenze Einschränkungen auferlegt, die ohne beträchtliche Schädigung der Anstaltsinsassen nicht überschritten werden kann. Das Körpergewicht der Patienten hat durchgängig in außerordentlich hohem Grade abgenommen.«<sup>2</sup> Am 30. Juni wandte er sich dann mit dem Vermerk »SOFORT, Eilt sehr!« an das Kriegsversorgungsamt: »Seit Wochen sind wir ohne Zuweisung von Kartoffeln geblieben, so daß wir unseren Kranken und Angestellten nur Dörrüben, Sauerrüben, vermengt mit etwas Mehl, geben konnten. Da auch weiterhin unsere dringenden Forderungen um Zuweisung von Hülsenfrüchten, Teigwaren usw. unberücksichtigt blieben, so mußten auch die Abend- und Diätsuppen nur aus Mehl hergestellt werden. Wir befinden uns heute tatsächlich vor einem Nichts [...]. Die Erregung bei unseren Kranken und unserem Personal hat eine derartige Höhe erreicht, daß

die baldige Zuteilung von Brot an die Anstalt gefordert werden muß.«<sup>3</sup>

Ende des Jahres wollte das Medizinalamt dann wissen, ob die in den Todesbescheinigungen der Anstalt als Todesursache häufiger angegebene Herzschwäche durch Unterernährung zu erklären sei. Langenhorn antwortete: »In den deutschen Irrenanstalten, auch in Friedrichsberg und Langenhorn, hat die Zahl der Sterbefälle in den beiden letzten Kriegsjahren erheblich zugenommen. Abgesehen davon, daß bei der mangelhaften Verpflegung und der durch sie bedingten geschwächten Körperkonstitution Patienten, die an Lungenaffektionen erkranken, leichter ihrer Krankheit und Paralytiker rascher dem organischen Hirnleiden erliegen, macht sich infolge der dürftigen Ernährungsverhältnisse ein stärkeres Aufblühen der Lungentuberkulose bemerkbar [...]. Weiter treten bei älteren Pflinglingen, und namentlich bei geistig stumpfen an Dementia praecox leidenden Anstaltsinsassen oft die Erscheinungen des sog. Kriegsoedems auf. Die Kranken zeigen fahle Gesichtsfarbe bei leicht gedunsenem Aussehen und oedematöse Schwellung an den Beinen, vereinzelt Transsudat in den Pleurahöhlen, ohne daß Erkrankungen des Herzens oder der Nieren nachzuweisen wären. Bei derartigen Fällen, die hier als durch Unterernährung bedingt aufgefaßt werden, haben wir als Todesursache Herzschwäche angegeben.«<sup>4</sup>

Die unmittelbare Folge dieser Entleerung Langenhorns durch das Hungersterben seiner Patienten war, daß die Anstalt nach Kriegsende zu ihrer Auslastung eine Abteilung für Lungenkranke einrichtete und zwei Häuser für Waisenkinder zur Verfügung stellte. Mittelbar aber produzierten solche Kriegserfahrungen einen ideologischen Unterstrom in den Institutionen des Gesundheitswesens, der unter strukturell ähnlichen, wenn auch politisch gewandelten Bedingungen zwei Jahrzehnte später an die Oberfläche treten sollte. Dr. Helmuth Rautenberg, Dezernent im Hamburger Hauptgesundheitsamt während der NS-Zeit, hat auf diese Ursprünge psychiatrischer Verirrungen hingewiesen: »Erstmalig habe ich von Euthanasiebestrebungen ausgangs des ersten Weltkriegs gehört, als nach den schweren Kriegsjahren die Ernährungslage katastrophal wurde und die Anstalten voll Geisteskranker lagen. Es wurde damals die Frage ventilert, lebensunwertes Leben als unnötige Esser auszulöschen.«<sup>5</sup>

In der Tat wurden die Erfahrungen des psychiatrischen Hungersterbens in verstreuten Publikationen bald mit systematisierter Destruktivität verarbeitet, etwa in der Schrift des Juristen Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche zur »Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens« von 1920. Die konkrete Gesundheitspolitik aber schlug aufgrund der demokratischen Veränderungen zunächst einmal einen anderen Pfad ein. So kam es in Hamburg nach den ersten freien Wahlen 1919 zu einem umfassenden Gesetzes- und Maßnahmenbündel, das dazu diente, die Situation der Kranken zu verbessern. Dies galt sowohl für ihre Versor-

gungslage wie auch für ihre Rechte.<sup>6</sup> Die Sterberate in Langenhorn normalisierte sich immerhin erst 1920. Als sich dann allerdings Mitte der zwanziger Jahre in den inzwischen zu »Staatskrankenanstalten« umbenannten »Irrenanstalten« die Probleme erneut verschärften, wurden sie mit Mitteln bekämpft, die eine symptomatische Entwicklung einleiteten. In den beiden Hamburger Anstalten war nämlich die Zahl der Geisteskranken wieder rapide angestiegen. Von 2.056 im Jahre 1919 hatte sich ihr Bestand bis zum Jahr 1927 auf 3.613 erhöht, in Langenhorn allein von 1.123 auf 1.781 (vgl. Tabelle 2).

*Tabelle 2: Bestand in Hamburgs Staatskrankenanstalten nach dem Ersten Weltkrieg*

Jahr	Krankenbestand am 31.12. d.J.		
	Friedrichsberg	Langenhorn *	Zusammen
1919	933	1.123	2.056
1920	1.086	1.144	2.230
1921	1.219	1.197	2.416
1922	1.410	1.207	2.617
1923	1.547	1.254	2.801
1924	1.639	1.393	3.032
1925	1.789	1.535	3.324
1926	1.827	1.719	3.546
1927	1.832	1.781	3.613
1928	1.895	1.965**	3.860
1929	1.785	2.143***	3.928

\* nur Geisteskranke

\*\* einschl. 50 in Lemgo

\*\*\* einschl. 50 in Lemgo und 50 in Lübeck

Quelle: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik

Die Unterbringungsmöglichkeiten waren erschöpft, in Friedrichsberg lagen die Patienten aus Raummangel auf Liegestühlen, Langenhorn konnte Aufnahme gesuchten nur noch in dringenden Fällen nachkommen.<sup>7</sup> In dieser Situation wichen die Hamburger Behörden von ihrer bisherigen Linie einer vergleichsweise aufwendigen gesundheitspolitischen Versorgung ab. Bezeichnend dafür war, daß sie den Bau einer dringend benötigten dritten Heilanstalt in der Stadt zu vermeiden suchten und stattdessen mit der Anstalt Lübeck-Strecknitz über einen dort zu errichtenden Erweiterungsbau für 300 bis 400 Hamburger Geisteskranke verhandelten. Es ging dabei um finanzielle Überlegungen. Zwar errechnete man sich keinen direkten Vorteil aus der Höhe der Pflegekosten, die vielmehr dem Hamburger Kostgeldsatz angeglichen werden sollten, wohl aber aus den »äußerst niedrigen« Gesamtkosten von 2.686.045 RM, die daraus resul-

tierten, daß »die vorhandenen Zentraleinrichtungen auch für den vergrößerten Betrieb verwendet werden können«. <sup>8</sup> Diese »eigentlich dritte hamburgische Irrenanstalt«, <sup>9</sup> die nach Zustimmung der Hamburger Bürgerschaft bis Ende September 1931 im fernen Lübeck errichtet wurde, leitete aber eine Praxis ein, bei der der Rotstift die Geisteskrankenfürsorge diktierte und die für die betroffenen Patienten zunehmend gravierende Folgen hatte.

In einem Ausschußbericht über den Senatsantrag hatte man sich über diese Folgen noch hinwegzutrösten gesucht, indem man meinte: »Die Überführung chronischer Kranker in die Lübecker Anstalt werde nicht auf Schwierigkeiten stoßen, da ein großer Teil derselben ohne Angehörige dastehe, den Kranken selber aber der Aufenthaltsort gleichgültig sei. Zudem bewirke die Verlegung für die Kranken heilsamen Wechsel der drangvollen Enge der Hamburger Anstalt mit einer schönen Umgebung und ihrer Beschäftigung mit leichter Garten- und Feldarbeit, die erfahrungsgemäß auf die Kranken günstig wirke.« <sup>10</sup> Daß man so aber eine Selektionspraxis ermöglicht hatte, die sich immer mehr zu einer Abschiebep Praxis unerwünschter Patienten entwickelte, wollte oder konnte man aus Freude über den gelungenen finanzpolitischen Coup nicht sehen. Nach Fertigstellung der wuchtigen Klinkerbauten wurden im Oktober 1930 die ersten 278 Langenhorner Patienten nach Strecknitz verlegt. Die Lübecker Anstaltsleitung stellte fest, daß »die schwierigsten, dauernd heilanstaltsbedürftigen Geisteskranken des hamburgischen Staatsgebiets von der Gesundheitsbehörde überführt« <sup>11</sup> worden seien. In einem weiteren Vermerk heißt es, daß man ursprünglich von der Überweisung von Bettlägerigen und Siechen ausgegangen sei, daß dann aber darüber hinaus auch unruhige Patienten zugeführt wurden. <sup>12</sup>

Inzwischen trafen die Folgen der Weltwirtschaftskrise das außenhandelsorientierte Hamburg immer schwerer. <sup>13</sup> Fortan wurden deshalb die Richtlinien der Gesundheitspolitik immer eindimensionaler von den Vorgaben der Finanzdeputation sowie der ebenfalls am Primat der Kostenreduktion orientierten Wohlfahrtsbehörde, die für rund 90 % der Anstaltsinsassen die Aufwendungen zu tragen hatte, bestimmt (vgl. Tabelle 3). Schon am 23. Juli 1929 richtete der Präsident der Wohlfahrtsbehörde, Oskar Martini, einen dringenden Appell an seinen Kollegen in der Gesundheitsbehörde Prof. Pfeiffer: »Der Haushaltsplan der Wohlfahrtsbehörde ist zurzeit mit nicht weniger als 7 Millionen RM für Irren- und Idiotenpflege belastet. Das ist ein so ungeheuerlicher Betrag, daß die Wohlfahrtsbehörde an einer Senkung dieser Kosten auf jedem irgendwie vertretbaren Wege (z.B. auch durch die offene Irrenpflege, durch Überführung geeigneter Fälle in Bewahrungsanstalten usw.) das stärkste Interesse hat.« <sup>14</sup>

Die restriktive finanzpolitische Strategie, die im Fall Strecknitz noch ein

einmaliger Sündenfall schien, wurde chronisch. Der Vertrag mit dieser Außenanstalt gab sogar den Anlaß für eine erbitterte Auseinandersetzung zwischen Wohlfahrts- und Gesundheitsbehörde, da ja die dortigen Pflegekosten an die Hamburger Sätze gekoppelt waren. Nur durch Senkung der nach einhelliger Meinung zu hohen Ausgaben in den Hamburger Anstalten ließen sich auch die Zahlungen an Strecknitz reduzieren. Der seit 1931 immer heftiger geführte Streit bezog nun auch die Hamburger Wohlfahrtsanstalten ein, die mit ihren gegenüber den Anstalten der Gesundheitsbehörde um über die Hälfte niedrigeren Pflegesätzen als leuchtendes Vorbild der Sparsamkeit hingestellt wurden. Da nützte es dem ärztlichen Direktor Langenhorns, Prof. Gerhard Schäfer, kaum etwas, auf die wenig personalintensive Arbeit in den Wohlfahrtsanstalten hinzuweisen, wo anstelle krankenpflegerischer Betreuung oft ein einziger Insasse die Aufsicht über einen ganzen Saal seniler Kranker übernehme.<sup>15</sup> Da man zu Kostensenkungen keine Alternative sehen konnte, wurden die inhaltlichen Auseinandersetzungen durch ideologische Metaphern zu Lasten der Kranken aufgeladen. Zunehmend war jetzt von »vielfach geistig und körperlich Minderwertigen« und »chronisch Unterwertigen« die Rede,<sup>16</sup> die besser in Verwahranstalten unterzubringen seien. Auch wenn die Gesundheitsverwaltung die Wohlfahrtsbehörde verdächtigte, nach »Machterweiterung« zu streben mit dem Ziel, eine »Wohlfahrtsgesundheitsbehörde« zu errichten,<sup>17</sup> sie mußte sich etwas einfallen lassen, sollte Langenhorn nicht, wie schon erwogen wurde, in eine »billige Pflegeanstalt [...] der Wohlfahrtsbehörde«<sup>18</sup> umgewandelt werden.

Schon 1931 wurde deshalb ein ganzes Bündel von Maßnahmen zur Kostenreduktion in Langenhorn auf den Weg gebracht. Es reichte von der Auflösung der Inneren Abteilung und ihrer Ersetzung durch eine billige Pflegeabteilung für Geisteskranke über den Versuch, eine bessere Ausnutzung durch Erhöhung der Belegzahlen zu erzielen, bis zum Absenken der Personal- und Sachausgaben. In die Pflegeabteilung für rund vierhundert Patienten, die aufgrund eines Abkommens mit der Wohlfahrtsbehörde vom 6. Juni 1931 eingerichtet wurde, hat man auch 228 Patienten aus dem Versorgungsheim Farmsen eingewiesen.<sup>19</sup> Die Gesamtausgaben Langenhorns sanken drastisch, von 7,20 RM pro Person und Tag im Jahr 1928 auf 4,81 RM im Jahr 1932.<sup>20</sup> Die Anstalt kürzte vor allem im Bereich der Sachausgaben, und dies nicht nur durch den Stopp von Instandsetzungsarbeiten,<sup>21</sup> sondern vor allem durch Einsparungen bei Nahrungsmitteln. So sanken hier die Ausgaben pro Person und Tag von 1,39 RM Ende 1929 auf unter die Hälfte bis zum Ende des Jahres 1932, nämlich etwa 0,60 RM.<sup>22</sup> Die Folge war u.a., daß Langenhorn schon seit 1931 Überschüsse erwirtschaftete.

Das Ziel der höheren Belegung aber wurde nur kurzfristig erreicht. Einschließlich der Außenanstalt Strecknitz stieg der Krankenbestand

Langenhorns von 2.238 im März 1930 auf 2.339 im März des folgenden Jahres, sank dann aber schon wieder auf 2.197 im Mai 1932 (vgl. Tabelle 3). Von den 2.260 Betten der Anstalt Langenhorn waren von 1931 bis 1933 nur etwa 1.900 belegt. Dies konnte auch gar nicht anders sein, weil das Paket zur Kostenreduktion auch Abkommen einschloß, die die Zahl der Aufnahmen jener Patienten, die durch die Wohlfahrtsbehörde unterstützt wurden, »auf ein Mindestmaß herabzudrücken«<sup>23</sup> beabsichtigten. Zu diesen Vereinbarungen mit der Wohlfahrtsbehörde, von Juni bis August 1931 geschlossen, gehörte u.a. die Drosselung von Aufnahmen mittels strikter Kontrolle der Wohlfahrtspatienten durch die Vertrauensärzte, die Aufgabe von Entziehungskuren für Rauschgiftsüchtige sowie die Abschottung gegenüber Ausländern.<sup>24</sup> Stolz verkündete die Gesundheitsbehörde 1932: »Das Sinken der Aufnahmeziffer ist umso bemerkenswerter, als nach den bestehenden Erfahrungen gerade die Zeiten wirtschaftlicher Nöte eine erhöhte Einweisung von Kranken bringen. Umso höher ist der Erfolg zu bewerten, der es gerade in dieser Zeit erreicht, daß die Aufnahmeziffer zurückging.«<sup>25</sup>

Tabelle 3: Krankenbestand in Langenhorn bis in die Krisenjahre der Weimarer Republik

Datum	Krankenbestand *	davon für Rechnung der Wohlfahrtsbehörde	Prozent des Bestandes
31.3.1928	2.067	1.939	93,80
31.3.1929	2.178	2.004	93,30
31.3.1930	2.238	2.063	92,15
31.3.1931	2.339	2.200	94,06
31.5.1932	2.197	2.086	94,80

\* Psychiatrie einschließlich Strecknitz

Quelle: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15, Errichtung, Erweiterung, Organisation der Anstalt.

Auf welche Betroffenenengruppe das geänderte Aufnahmeverfahren vor allem zielte, hat der Präsident der Wohlfahrtsbehörde deutlich gesagt: »Diese Änderung sollte sich nicht auf das Aufnahmeverfahren von Geisteskranken beziehen, sondern auf die Aufnahme der an der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehenden Minderwertigen sowie geistig Siechen. Es wird anerkannt, daß durch die scharfen Kontrollmaßnahmen der Wohlfahrtsbehörde, wonach in der Regel eine vertrauensärztliche Vorprüfung vor der Einweisung stattfindet, in der letzten Zeit nach dieser Richtung hin eine erhebliche Besserung eingetreten ist. Es wird aber für erforderlich gehalten, diese Frage weiter zu prüfen, da auch heute noch eine Anzahl von Fällen, in denen eine Unterbringung in einer Wohlfahrtsanstalt sowohl vom ärztlichen wie fürsorgerischen Gesichtspunkt richtiger wäre als in einer Staatskrankenanstalt, vorliegt.«<sup>26</sup>

Tatsächlich dürfte es zu einer mit Zahlen schwer meßbaren Umschichtung der Klientel von Wohlfahrts- und psychiatrischen Anstalten gekommen sein. Einerseits betonten die Staatskrankenanstalten, »daß die Kranken bei der Aufnahme immer mehr gesiebt werden und nur die schweren Fälle Aufnahme finden«,<sup>27</sup> andererseits stellten sich die Versorgungsanstalten auch angesichts der ökonomischen Krisenlage auf eine geänderte Zusammensetzung ihrer Insassenpopulation ein. Sie rechneten mit einem »Rückgang der Zugänge in der Siechen- und Altersfürsorge« durch »die hohe Bewertung der baren Rentnereinkommen seitens der Familienangehörigen« sowie mit einer Zunahme jener Fälle, »bei denen Asozialität, Unwirtschaftlichkeit und die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten in der offenen Fürsorge ausschlaggebend waren«, sowie »der dauernd bettlägerigen stark pflegebedürftigen alten Siechen bzw. chronisch Kranken«.<sup>28</sup>

Zwischen dem Versuch, die Belegungszahlen der Pflegeanstalten zu erhöhen, und den entgegengesetzten Anstrengungen, die Zahl der Wohlfahrtspatienten zu senken, war es zu einem auf Antrieb schwer erkennbaren Zielkonflikt gekommen. Die Leidtragenden waren die Hilfsbedürftigen, die entweder gar nicht aufgenommen oder in die billigen Pflegeabteilungen der Staatskrankenanstalten bzw. in die noch billigeren Verwahranstalten der Wohlfahrtsbehörde abgeschoben wurden.

Der Physikus der Gesundheitsbehörde Dr. Holm hat diesen Konflikt benannt und zugleich die Konsequenzen gezogen. Nach dem Inkrafttreten der Maßnahmen, deren Umfang der Finanzdeputation immer noch nicht ausreichte, stellte er am 29. April 1932 fest: »Für den Staat (nicht für die Wohlfahrtsbehörde, womit irrtümlicherweise immer gerechnet werde) bedeute die volle Ausnutzung der beiden Irrenanstalten bis auf den letzten Platz das Optimum der sparsamen Wirtschaft, welches nicht erreicht werden könne durch weitere Auskämmung der beiden Anstalten zwecks Verlegung und Erweiterung der Wohlfahrtsanstalten. Eine grundlegende Änderung im Sinne weiterer Einsparung könne nur erzielt werden, wenn es möglich sei, eine ganze Anstalt zu schließen, das sei aber bis auf weiteres völlig ausgeschlossen, weil 1.200 Geisteskranke für diese Anstalt zuviel vorhanden seien.«<sup>29</sup>

Nicht genug also damit, daß man begonnen hatte, Kranke in außerhamburgische Anstalten abzuschieben, nicht genug damit, daß man Patienten innerhalb der Stadt in billigere und schlechter ausgestattete Pflegeinstitutionen verlegte, am Horizont tauchte der Plan auf, eine ganze Anstalt zu schließen. Was in der historischen Regionalforschung bisher für ein kennzeichnendes Resultat nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gehalten wurde, die Auflösung der Anstalt Friedrichsberg nämlich, erweist sich als logische Konsequenz eines Zielkonflikts der vorrangig an Kostensenkungen orientierten Wohlfahrtsplaner gegen Ende der Weimarer Republik.



Das Konzept war schon 1931 ausformuliert und enthielt unter dem Titel »Anregungen« unter anderem folgende Überlegungen: »Über kurz oder lang wird doch die Frage spruchreif, ob Friedrichsberg bestehen bleiben soll, denn eine so große Anzahl Geisteskranker mitten in der Stadt zu beherbergen, wird unter dem Gesichtspunkt der Allgemeinsicherheit und der damit verbundenen notwendigen Aufwendungen für die Dauer nicht tragbar sein [...]. Es unterliegt keinem Zweifel, daß Friedrichsberg als Irrenanstalt in der heutigen Zeit zu teuer arbeitet. Dies hat seine Ursache in dem zum größten Teil überalterten Baustil und der Unmöglichkeit weitgehendste Beschäftigungstherapie betreiben zu können. Die Unmöglichkeit, Beschäftigungstherapie wie Langenhorn zu betreiben, ist die Ursache der Häufung von Wachsaalpatienten.«<sup>30</sup> Es schließt sich der Gedanke an, Friedrichsberg in eine Universitäts-Nervenklinik umzuwandeln, und dann heißt es: »Nach der Herausnahme der Dauerkranken aus Friedrichsberg wird der Bevölkerung gegenüber der Nachweis erbracht werden können, daß Friedrichsberg seines früheren Charakters entkleidet ist; hierbei wäre zu erwägen, ob nicht eine Umbenennung der Anstalt das zweckmäßigste wäre, vielleicht in »Universitäts-Nervenklinik am Eilbecktal oder an der Eilbeck.«<sup>31</sup> Im Hamburg der Weimarer Republik blieben diese Pläne noch in der Schublade, kurz danach gab es für ihre Durchsetzung keine Barrieren mehr. Die Nationalsozialisten bauten sie in ihr Herrschaftskonzept ein, nur noch etwas unsicher in der Frage, was denn aus Friedrichsberg werden sollte. Der schon ins Gespräch gebrachte neue Name »Eilbecktal« aber tauchte wieder auf, als die NS-Machthaber die Lebenschancen vieler weiterer Hamburger Geisteskranker drastisch eingeschränkt hatten.

### **Langenhorn zu Beginn des NS - Regimes**

Mit der legalen Einsetzung des NS-Senats in Hamburg am 8. März 1933 kam es zu einschneidenden institutionellen und personellen Veränderungen, die unter anderem die reibungslose Durchsetzung staatlicher Maßnahmen und die Effektivierung der Verwaltung zum Ziel hatten. Die Gesundheitsbehörde leitete fortan der »alte Kämpfer« Dr. Friedrich Offerdinger. Aufgrund des Landesverwaltungsgesetzes vom 14. September 1933 und der am 29. September folgenden ersten Verordnung zu seiner Ausführung wurden die Exekutivorgane in fünf Verwaltungszweigen mit je einem Senator zusammengefaßt, die Gesundheits- und Fürsorgebehörde zu einer sogenannten Mittelbehörde vereinigt und der Inneren Verwaltung unterstellt. Ebenfalls am 29. September wurden die Wahlen zu den gesetzlichen Betriebsvertretungen bis auf weiteres ausgesetzt.<sup>32</sup>

In der Staatskrankenanstalt Langenhorn machten sich die Veränderungen sehr schnell vor allem durch massiven politischen Druck auf

das Personal bemerkbar. So erreichte die Anstalt schon am 31. März ein Schreiben Ofterdingers, das dieser einer zwei Tage zuvor ergangenen Verfügung des Senats beilegte, in der es u.a. hieß: »Der Senat verbietet unter Hinweis auf die Verordnung des Reichspräsidenten zum Schutz von Volk und Staat vom 28. Februar 1933 allen Beamten, Angestellten und Arbeitern des Hamburgischen Staates sowie der hamburgischen Stadt- und Landgemeinden, einer marxistischen Partei oder deren Nebenorganisationen anzugehören oder diese Parteien und Nebenorganisationen auf andere Weise zu unterstützen.«<sup>33</sup> Per Unterschrift hatten alle Mitarbeiter der Anstalt von diesem Verbot Kenntnis zu nehmen, das konkret vor allem SPD-Mitgliedschaften betraf.

Dies belegt auch der sich verschärfende Zugriff aufgrund des kurz darauf erlassenen »Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums« vom 7. April 1933 und seiner Durchführungsverordnungen. Die Beschäftigten der Anstalt hatten daraufhin einen Fragebogen auszufüllen, in dem sie auch nach Mitgliedschaften in Parteien und Organisationen befragt wurden. In politisch zweifelhaften Fällen gingen diese der Behörde vorgelegten Fragebögen im August an die Anstalt zurück mit der Aufforderung zu »eingehenden Stellungnahmen«. Solche Stellungnahmen hatten dann Mitarbeiter auf allen Stufen der Anstaltshierarchie – von der Verwaltungsspitze bis zu den unmittelbaren Kollegen – abzugeben, was ganz nebenbei ein Klima gegenseitiger Verdächtigung und Bespitzelung erzeugen mußte. Bezeichnenderweise fielen diese Gutachten denn auch sehr unterschiedlich aus, die Skala reichte von hilflos wirkenden Beschwichtigungen bis zu absurden Unterstellungen.

Im Fall eines Wäschereiarbeiters urteilte etwa der dann selbst von den Säuberungen betroffene Verwaltungsdirektor Max Schubert u.a.<sup>34</sup>: »Die Anstaltsdirektion kommt um die Tatsache, daß K. 21 Jahre der S.P.D. angehört hat, nicht herum. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß K. wegen seiner geistigen Beschränktheit dem jetzigen Staate wirklich nicht mehr gefährlich werden kann. Da K. bereits 58 Jahre alt ist und da er infolge seiner geistigen Beschaffenheit im freien Erwerbsleben eine Arbeit kaum wieder erhalten wird, dürfte günstigenfalls die Frage einer Ruhelohngewährung noch einmal zu ventilieren sein, umsomehr, da K. nach den Äußerungen seiner Vorgesetzten und Mitarbeiter trotz seiner 21jährigen Zugehörigkeit zur S.P.D. im Betrieb niemals hetzerisch usw. aufgetreten ist. K. steht seit dem Jahre 1906 im Dienste der Anstalt.«

Der Verwaltungsoberinspektor, ebenfalls zu K. befragt, versuchte eine andere Strategie: »Wenn ich s.Zt. K. das Zeugnis ausstellte, daß er politisch einwandfrei sei, so tat ich das mit voller Überlegung, da mir seit langem bekannt war, daß er unter dem Druck der damaligen Verhältnisse nur gezwungen in die sozialdemokratische Partei eingetreten war und sich jedesmal ärgerte, wenn er Beiträge zahlen mußte. Demzufolge stellte

er auch sofort, als dieser Druck beseitigt war, seine Beitragszahlungen ein und trat gleichzeitig aus der Partei aus. K. wird seiner ganzen Einstellung und geistigen Beschaffenheit nach niemals gegen den neuen Staat anarbeiten und auch nicht arbeiten können, da er erstens gar nicht in der Lage dazu ist und zweitens im Grunde genommen national gesonnen ist; das habe ich in vielen Unterhaltungen, die ich in all den Jahren mit ihm hatte, immer wieder feststellen können.«

Der Gutachter verwies auf die beigefügten Aussagen zahlreicher Mitarbeiter, wobei er aber den Bericht des offensichtlich erst kurz zuvor eingesetzten Betriebsratsvorsitzenden unterschlug. Hier wehte nämlich schon der neue Geist, der auch vor offensichtlichen Geschichtsfälschungen nicht zurückschreckte, wenn es hieß: »Zu der Angelegenheit K. möchte ich mich dahingehend äußern, daß man doch wohl nicht gut sagen kann, daß K. nur unter dem Druck der damaligen Verhältnisse der S.P.D. beigetreten ist. Es wurde doch im Jahre 1912 [sic!] bestimmt kein Druck ausgeübt, der S.P.D. beizutreten, im Gegenteil, die Mitgliedschaft bei der genannten Organisation wurde nach dem Gesetz bestraft, weil die S.P.D. seinerzeit verboten war [sic!].« Und weiter über K.: Daß er aber »im Grunde national gesonnen ist, verneine ich absolut, denn ein Mensch, der 21 Jahre der S.P.D. angehörte, kann dieselbe Zeit nicht schon national eingestellt gewesen sein, denn dazu gehört eine besondere Fähigkeit, die er nicht hat.«

Zahlreiche Stellungnahmen dieser Art mußten angefertigt werden, die Verdächtigungen betrafen alle Abteilungen und Tätigkeiten, von der Gemüseputzerin über den Verwaltungsgehilfen bis zum Magazinarbeiter. Es kam zu Entlassungen, in seltenen Fällen dann auch zu Wiedereinstellungen, aber nur mit dem Ziel, die Betroffenen daraufhin in den Ruhestand zu versetzen. Wesentlicher Zweck dieser Einbindung so vieler Mitarbeiter in ein System der Bespitzelung und Ausforschung, so wurde indirekt formuliert, war, »Agitation« und »Hetzreden« zu unterbinden, Widerstand im Keim zu ersticken. Die Versuche, wenigstens alte Mitarbeiter zu schützen, gerieten dabei manchmal unfreiwillig komisch, so etwa bei der Beurteilung eines Angestellten, der seit 1900 in der Anstalt arbeitete: »Seinem Wesen und Charakter nach ist er als Angehöriger einer alten in Langenhorn jahrzehntelang ansässigen Familie national eingestellt und im Umgang mit ihm spürt man, daß er nationalsozialistisch veranlagt ist.« Oder in einem anderen Fall: »Seiner ganzen Einstellung nach neigt er nach meinen durch den jahrelangen täglichen Verkehr mit ihm gemachten Feststellungen meiner Meinung nach mehr nach rechts als nach links.«

Denunziationen aber fanden in solchem Umfeld nahrhaften Boden, so z.B., als der Führer der Nationalsozialistischen Betriebszellenorganisation (NSBO) eines Tages ein Schreiben erhielt, in dem die Mitglieder des

zurückgetretenen alten Langenhorner Betriebsrats bezichtigt wurden, aufgrund verwandtschaftlicher Beziehungen zu einem ehemaligen SPD-Senator ihre Stellungen erhalten und sich in der Anstalt durch »hetzerische Gesinnung« hervorgetan zu haben. Der schon erwähnte neue Betriebsratsvorsitzende stellte sofort Ermittlungen an, konnte dann zwar die Verdächtigungen nicht bestätigen, wurde aber auf andere Weise fündig. Es sollten sich nämlich noch Verwandte des abgesetzten Betriebsratsvorsitzenden in der Anstalt befinden. So fand er über einen Pfleger heraus: »Verwandschaft indirekt, B.'s Frau ist die Schwester von M.'s Schwager [...]. M. ist nicht Mitglied der S.P.D., hat sich aber in das eiserne Buch eingetragen.«<sup>35</sup> Nachfolgende Säuberungswellen gingen noch über den Kreis der in der Anstalt Tätigen hinaus und erfaßten auch ehemalige Arbeiter und Angestellte Langenhorns. So erreichte die Anstalt ein Schreiben der Gesundheitsbehörde vom 13. September 1933, in dem es u.a. hieß: »In der Anlage wird ein Verzeichnis über die in den Ruhestand versetzten Angestellten und Arbeiter mit dem Ersuchen übersandt, die Liste zu prüfen und der Gesundheitsbehörde diejenigen Personen bis zum 20. ds. Mts. namhaft zu machen, von denen bekannt ist, daß sie sich kommunistisch betätigt haben. Die Verzeichnisse sind zurückzusenden.«<sup>36</sup> Im übrigen scheinen alle ehemaligen Beamten, Angestellten und Arbeiter Langenhorns, die sich im Ruhestand befanden, erfaßt worden zu sein. So existiert etwa ein ausgefüllter Fragebogen des am 1. Februar 1924 pensionierten ärztlichen Direktors Prof. Neuberger, in dem dieser seine Mitgliedschaft in der DNVP angab. Ferner wurde nochmals am 7. Dezember 1933 von der Finanzverwaltung bei der Gesundheits- und Fürsorgebehörde in bezug auf aus politischen Gründen entlassene Mitarbeiter oder sogar deren Hinterbliebene nachgesetzt. Es scheint auch dabei um Fragen politischer Betätigung gegangen zu sein.

Bei so gründlicher und umfassender Gesinnungsschnüffelei, die für nicht wenige unmittelbar, für andere, die sich verdächtigt fühlten, zumindest potentiell mit erheblichen materiellen Verlusten verbunden war, verwundert es dann nicht mehr, wenn viele Mitarbeiter ihre Treue zum neuen Staat auch nach außen bekunden wollten. Als die Hamburger Volkshochschule den ganzen September 1933 hindurch einen großangelegten »Sonderlehrgang über Nationalsozialismus für die Arbeiter, Beamten und Angestellten des hamburgischen Staats« in den Räumen der Universität veranstalten wollte, meldete Langenhorn so viele Interessierte, daß die Vorträge wiederholt werden mußten.<sup>37</sup> Neben den sowieso Überzeugten scheinen es aber gerade aufgrund ihrer politischen Vergangenheit Gefährdete gewesen zu sein, die solche Gelegenheiten benutzen wollten, ihre Untadeligkeit zur Schau zu stellen. So hieß es z.B. in der Beurteilung eines ehemaligen SPD-Mitgliedes: »Daß er im neuen nationalen Staat mitzuwirken willens ist, glaube ich daraus entnehmen zu können, daß er sich

durch Teilnahme an dem Lehrkursus über Nationalsozialismus mit dessen Ideen vertraut machen möchte.«<sup>38</sup>

In diese Zeit fiel auch eine für die weitere Entwicklung Langenhorns bedeutende Personalie, die mit den vorausgegangenen Säuberungen in unmittelbarem Zusammenhang stand. Am 21. Juli 1933 war nämlich in der Gesundheitsbehörde ein Sonderkommissar Hanko eingestellt worden, der daraufhin, wie es in einer Nachkriegsakte heißt, »in Kommissionen der Gesundheitsbehörde zur Durchführung des damali[gen] Reichsgesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. 4. 1933 als absolut vertrauenswürdigen Mitglied der NSDAP mitgewirkt« hatte.<sup>39</sup> Solche Sonderkommissare der Partei wurden in den Behörden tätig, um Vernehmungen und Untersuchungen durchzuführen und die Entfernung politisch und rassistisch mißliebiger Beamter und Angestellter zu überwachen.<sup>40</sup> Der solchermaßen zu Verdiensten gekommene Kommissar Dr. Gerhard Hanko, seit 1. Oktober 1930 Mitglied der NSDAP und persönlicher Vertrauter des Leiters der Gesundheitsbehörde Dr. Ofterdinger, wurde, ohne eine Beamtenlaufbahn absolviert zu haben, am 1. Oktober 1933 Verwaltungsdirektor Langenhorns, zunächst auf Basis eines Privatdienstvertrages. Im Mai des folgenden Jahres wurde er ins Beamtenverhältnis überführt. Aufgrund seiner vorausgegangenen Tätigkeit wird man den Schluß ziehen dürfen, daß er für die Entfernung jenes Mannes gesorgt hat, dessen herausgehobene Position er dann selbst einnehmen konnte. Denn der bisherige Langenhornener Verwaltungsleiter Max Schubert wurde im Oktober 1933 als Mitglied der SPD und der Eisernen Front entlassen, »weil er keine Gewähr dafür bietet, für den nationalen Staat rückhaltlos einzutreten«.<sup>41</sup>

Die Veränderungen der Gesundheitspolitik machten sich in den Anstalten bald auch durch Maßnahmen bemerkbar, die für die Kranken unmittelbare und zum Teil drastische Folgen hatten. Dazu gehörte etwa die Verordnung über Änderung von Vorschriften über das Irrenwesen vom 21. Februar 1934.<sup>42</sup> Es ging dabei um eine Neuordnung des Aufnahmeverfahrens von Geisteskranken in den Staatskrankenanstalten, die ebenfalls schon anläßlich der Sparüberlegungen zu Beginn der dreißiger Jahre diskutiert worden war. Hatte man nämlich mit der Verordnung, betr. das Irrenwesen, vom 1. Juni 1900 die Möglichkeit geschaffen, Geisteskranke bei Auffälligwerden sofort in die Anstalt aufzunehmen, so war doch zumindest der Versuch eines rechtlichen Schutzes gegen unberechtigte Einweisungen eingebaut worden. Die Polizeibehörde mußte nämlich die nachträgliche Untersuchung des Kranken durch einen Physikus veranlassen, der durch sein Gutachten die Aufnahme zu bestätigen hatte. Dieser Schutz entfiel seit Februar 1934, weil die Pflicht zur Stellungnahme durch einen Amtsarzt aufgehoben wurde.

Im Jahr zuvor war es schon zur Verabschiedung jener beiden grundle-

genden NS-Gesetze gekommen, deren Auswirkungen auf die Betroffenen unabsehbar waren. Am selben Tag, dem 14. Juli 1933, wurde in Berlin sowohl das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« wie auch das »Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« beschlossen. Ersteres trat Anfang Januar 1934 in Kraft, letzteres schon im November 1933. Die erbbiologische Verklammerung beider Gesetze zeigte sich etwa in der Unterstellung, es könne »gar kein Zweifel daran bestehen, daß auch die Anlagen zum Verbrecher erblich bedingt sind«. <sup>43</sup> In der Hamburger Verordnung zur Durchführung des »Gewohnheitsverbrecher«-Gesetzes vom 9. März 1934 wurde nun Langenhorn als Aufnahmeanstalt für die nach § 42 b und § 42 c StGB verurteilten Personen bestimmt. <sup>44</sup> Nach ihrer Strafverbüßung hatten sie sich hier in einer arbeitserzieherischen Nachhaft, zumeist zwei Jahre lang, zu bewähren. Natürlich bestand im Fall des »Mißlingens« solcher Auflagen – z.B. bei Arbeitsverweigerung oder Aufsässigkeit gegen Schikanen – immer die Möglichkeit, die Häftlinge zu psychiatrisieren. <sup>45</sup>

Zweifellos noch schwerwiegender aber waren die Folgen des Sterilisationsgesetzes für die davon betroffenen Patienten. Noch im Dezember 1933, also kurz vor Inkrafttreten des Gesetzes, wurde in Langenhorn mit den Planungen zum Umbau der Unfallstation in einen Operationsraum für Sterilisierungen begonnen. Fertiggestellt wurde er nach einigen Änderungen am 12. April 1934. <sup>46</sup> Kurz zuvor, am 9. März 1934, waren die »Vernehmungen« der Langenhorner Patienten vor dem Erbgesundheitsgericht angelaufen. <sup>47</sup> Dieses Gericht, aus einem Amtsrichter, einem beamteten und einem approbierten Arzt zusammengesetzt, begab sich in die jeweiligen Anstalten, anfangs ausschließlich nach Langenhorn, und führte seine Sitzungen in atemberaubendem Tempo durch. In jeweils einer Viertelstunde wurden drei Patienten gehört, so daß man in den ersten Monaten auf diese Weise pro Termin etwa 30 Kranke abfertigen konnte. Hinzu kam noch, daß auch die Anstalten der öffentlichen Fürsorge wie etwa Farmsen die von dem Gesetz betroffenen Insassen für die vorgesehenen sechs Wochen nach Langenhorn einwiesen, ein Zeitraum, der lang genug schien, das ärztliche Gutachten zu erstellen, die Prozedur des Gerichtstermins durchzuführen und daraufhin den Eingriff vornehmen zu lassen. Da aber die Zwangsoperation oft in anderen Krankenhäusern durchgeführt wurde, etwa in den Allgemeinen Krankenhäusern Eppendorf und Barmbek, bei Strafgefangenen auch im Zentrallazarett und bei fluchtverdächtigen Personen im Hafenkrankenhaus, reichte der Sechs-Wochen-Zeitraum oft nicht aus, und es kam deshalb zunehmend zu organisatorischen und finanziellen Problemen. Einer Liste ist zu entnehmen, daß der Aufenthalt der Farmsener Insassen, für die eine Sterilisation vorgesehen war, außerhalb dieser Arbeitsanstalt von zehn bis zu 204 Tagen dauerte. So fanden die Sitzungen des Erbgesundheitsgerichts in Langenhorn immer

öfter statt, zeitweilig jede Woche, bis ab August 1934 dazu übergegangen wurde, Termine auch in den anderen davon betroffenen Anstalten und Heimen, z.B. Alsterdorf, Friedrichsberg, Oberaltenallee, Farmsen, abzuhalten. Die Unterlagen zeigen, daß auch Langenhornere Ärzte wie Prof. Dr. Körte und vor allem der Abteilungsarzt Dr. Lua als Beisitzer an diesen Verfahren teilnahmen.

Zumindest das Sterilisationsgesetz stieß in der durchweg konservativen Ärzteschaft der Hamburger Anstalten auf breite Zustimmung. So leistete der ärztliche Direktor Langenhorns, Prof. Gerhard Schäfer, der schon 1933 an der Staatsmedizinischen Akademie in Berlin an einem Lehrkursus für Erblehre und Rassenhygiene teilgenommen hatte,<sup>48</sup> propagandistische Schützenhilfe in einem Artikel des Ärzteblatts für Hamburg und Schleswig-Holstein mit dem unverfänglichen Titel: »Über einige Aufgaben des Arztes bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«. <sup>49</sup> Er gab darin den Ärzten Ratschläge, wie die Akzeptanzprobleme des Zwangseingriffs bei Patienten und Familienmitgliedern zu überwinden seien. Die vorgeschlagenen Argumente enthielten eine unentwirrbare Mischung aus Beruhigung (z.B. die juristisch geregelte Verfahrensweise) und Drohung (z.B. den Hinweis auf dauernden Anstaltsaufenthalt bei Entfallen der Sterilisation) und gipfelten in einem Exkurs in die Untiefen einer alle Formen von Abweichung genetisch herleitenden Erblehre: »Einer der häufigsten [Einwände] ist der, daß der Kranke doch garnicht erbkrank sei, unter allen Vorfahren sei kein Fall von Geisteskrankheit zu finden. Da muß denn der Arzt sich über das Wesen der Erbkrankheit verbreitern, muß verständlich zu machen suchen, daß bei Eltern und anderen Blutsverwandten sich die krankhafte Anlage nicht offen zu zeigen braucht, sondern daß sie bei scheinbar ganz Gesunden versteckt bestehen und durch sie weitergegeben werden kann (Schizophrenie, Bluterkrankheit), daß sie nicht voll entwickelt zu sein braucht, sondern nur andeutungsweise in einer Form, die kaum vom Gesunden abweicht, sich bemerkbar machen kann (leichte Fälle von manisch-depressivem Irresein), daß Epilepsie sich nicht in häufig wiederholten Anfällen zu zeigen braucht, sondern die Anlage dazu schon bei dem Vorliegen gewisser Wesenseigenheiten vorhanden sein kann (epileptischer Charakter) und daß nicht Intelligenz und Wissen allein, sondern auch u.U. sittliche Vorstellungen und Willensrichtungen den Maßstab für geistige Gesundheit abgeben können (angeborene Schwachsinnsformen).« <sup>50</sup>

Der Verweis auf den zirkulären Charakter solcher Argumentation ist müßig,<sup>51</sup> ermöglichte doch gerade die tautologische Beweisführung den Einschluß immer weiterer Bevölkerungsgruppen, wie der kaum verborgene Übergang vom angeborenen zum sog. moralischen Schwachsinn, und damit zum Psychopathen, Asozialen, Gemeinschaftsfremden usw. belegt.<sup>52</sup> Die Stoßrichtung, die vorläufig noch auf die körperliche Unver-

schrtheit und die Reproduktionsfähigkeit einer unbegrenzten Zahl sozial Schwacher ziele, wird hier keimhaft deutlich, ebenso auch die Rolle des Arztes dabei, die Prof. Schäfer anscheinend mit der Sterilisationspraxis noch nicht für umfassend genug angelegt hielt. So hieß es am Schluß des Artikels: »[...] es gibt für unser Volk keinen Weg zur Höhe, der nicht über die Ausmerze ginge; daß er vorsichtig beschritten werden muß und daß er allein noch nicht weit genug den Anstieg hinaufführt, ist selbstverständlich.«<sup>53</sup>

Die nächste Etappe erbhygienischer Maßnahmen wurde schon Ende des Jahres 1934 eingeleitet. Sie erreichte Langenhorn in Form eines Schreibens des Reichsgesundheitsamtes vom 17. November, in dem es u.a. hieß: »Um die weitere Durchführung der neuen nationalsozialistischen Gesetze mit erbbiologischen Zielen zu sichern, wird eine karteimäßige Erfassung der erbkranken Sippen zu einem dringenden Erfordernis. Für eine reichseinheitliche Durchführung der hierzu erforderlichen Ermittlungen hat das Reichsgesundheitsamt die Vorarbeiten aufgenommen und eine erbbiologische Karteikarte entworfen.«<sup>54</sup> Die Brauchbarkeit dieser Karteikarte sollte nun durch eine Probeerhebung ermittelt werden, bei der man sich der Unterlagen der bisher sterilisierten Anstaltsinsassen bedienen wollte. Ziel war die erbbiologische Erfassung nicht nur aller Personen, die nach den diffusen und intuitiven Definitionen der Erblehre minderwertig waren, sondern auch ihrer »Sippen«. Ein solchermaßen kaum zu begrenzendes Erfassungssystem sollte sich sowohl in einer örtlichen wie einer reichsweiten Erbgesundheitskartei niederschlagen.

Der stellvertretende ärztliche Direktor Langenhorns, Prof. Heinrich Körtke, der für den kurz zuvor ausgeschiedenen Prof. Schäfer<sup>55</sup> die kommissarische ärztliche Leitung der Anstalt übernommen hatte, gab die Aufforderung zur Probeerhebung zusammen mit der Anleitung zur Ausfüllung der erbbiologischen Karteikarte an seine Abteilungsärzte weiter. In dieser Aufforderung wurde zugleich die Anzahl der von März bis Anfang Dezember allein in Langenhorn angefertigten Sterilisationsgutachten genannt, wenn es u.a. hieß: »Die Anstalt hat ca. 570 Sterilisationsgutachten über Patienten erstattet, die sich zum größten Teil noch hier in Behandlung befinden. Für die bereits Entlassenen (Farmseiner) usw. fertigen die Herren das Karteiblatt aus, die das Gutachten erstattet haben. Es wird nicht verkannt, daß die sorgfältige Ausfüllung der Karteikarten eine Belastung für jeden Herrn bedeutet, aber an Hand der Krankengeschichten und Personalakten dürfte die Durchführung nicht allzu schwer sein. Neben der Karteikarte, die dem Reichsgesundheitsamt übersandt wird, sind noch zwei Durchschläge je 1 für die Krankengeschichte und für unsere Statistik zu fertigen.«<sup>56</sup>

So wurden die Daten der bisher sterilisierten Geisteskranken zum Ausgangspunkt eines allumfassenden Kontroll- und Sortiersystems, das un-



ter dem Deckmantel der »Volksgesundheit« den schon von Prof. Schäfer avisierten »Anstieg« zur »Höhe« über die »Ausmerze« bürokratisch weiter vorantreiben sollte. Dies wird mit wünschenswerter Klarheit deutlich aus einem weiteren Schreiben des Reichsgesundheitsamtes vom 15. Februar 1935 an die Amtsärzte. Der Rassenhygieniker Hans Reiter, Präsident dieses Amtes, schrieb: »Den Ansprüchen der neuen nationalsozialistischen Gesetzgebung mit erbbiologischer Zielsetzung werden die Amtsärzte auf die Dauer nur gerecht werden können, wenn ihnen eine erbbiologische Kartei zur Erfassung der negativen Auslese (Erbkranke, sonstige Geisteskranke, Asoziale einschließlich der Kriminellen und Fürsorgezöglinge, dauernd Fürsorgebedürftige) zur Verfügung steht.«<sup>57</sup> Er sprach dann den geplanten Aufbau von örtlicher und zentraler Reichskartei an und den bisherigen Entwurf der dafür vorgesehenen Karteikarte. »Dieser Entwurf wird zur Zeit auf Anordnung des Herrn Reichs- und Preußischen Ministers des Innern in einer Probeerhebung auf seine praktische Brauchbarkeit vor allem in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten geprüft. Das bisherige Ergebnis der *Probeerhebung* berechtigt zu dem Schluß, daß die vorgeschlagene Karteikarte für den genannten Zweck brauchbar ist, nachdem auf Grund von Beratungen mit Sachverständigen inzwischen eine Vereinfachung der Fragestellungen vorgenommen worden ist.«<sup>58</sup>

Hamburg hat die Berliner Planungen aktiv und zielstrebig umgesetzt. Aus der erbbiologischen Bestandsaufnahme wurde die umfassende Kartei des »Gesundheitspaßarchivs«, die schon im Juni 1935 die Daten von 300.000 Einwohnern der damaligen 1,2 Millionen-Stadt registriert hatte. Mitte 1938 hatte sich die Erfassung schon auf 1 Million Bewohner Hamburgs ausgedehnt.<sup>59</sup> Die diffusen Annahmen der Erbmedizin verflochten sich mit der Kontroll- und Sammelwut staatlicher Instanzen zu einem wuchernden System der Erfassung zur »Ausmerze«.

### Die Konstruktion marginalisierter Patientengruppen

Nachdem der Behördenapparat organisatorisch gestrafft und personell von unliebsamen Mitarbeitern gereinigt, das Anstaltspersonal durch politischen Druck angepaßt und das Patientenrecht eingeschränkt worden war, ging man in Hamburg auf zwei Wegen gegen die Anstaltsinsassen vor. Nur etwa einen Monat nach der ersten Sitzung des Erbgesundheitsgerichts in Langenhorn beauftragte Reichsstatthalter Karl Kaufmann die Gesundheits- und Fürsorgebehörde mit der Vorlage eines Plans zur Auflösung der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. Neben dem Angriff auf die Reproduktionsfähigkeit erfolgte damit der Angriff auf die Lebensbedingungen der psychisch Kranken. Es muß schon erstaunen, wie jetzt die unterschiedlichen Motive der NS-Verantwortlichen zusammentrafen, um

auf Kosten der Geisteskranken die Durchsetzung eines Plans zu ermöglichen, der zwar zum Ende der Weimarer Republik geradezu »logisch« aus einem Zielkonflikt auf dem Feld sozialpolitischer Sparmaßnahmen entwickelt worden war, dessen instrumentelle Rationalität sich aber immerhin noch am Widerstand der Anstaltsärzte gebrochen hatte.

Nun aber hatten sich die Kräfte neu geordnet, die Argumente für die Umsetzung des Plans erhielten zusätzliche Nahrung, die Gegner waren durch die faktische Übernahme des rassenhygienischen Paradigmas, z.B. bei der Zwangssterilisation, geschwächt. »Aufartung« und »Ausmerze« hatte jetzt ja auch der ärztliche Leiter Langenhorns, Prof. Schäfer, der sich in früheren Verhandlungen gegen eine Verschlechterung der Lebensbedingungen seiner Kranken gewandt hatte, als Leitlinien der Psychiatriepolitik anerkannt. Wichtiger aber war wohl der Schub neuer Motive, der für die Auflösung Friedrichsbergs sprach. Der Reichsstatthalter vor allem wollte aus der Umwandlung der Anstalt prestigekräftigen Gewinn ziehen, wie genau, war ihm selbst nicht einmal ganz klar. Programmatisch hieß es nur zu Beginn der Darstellung des »Friedrichsberg-Langenhorners Plans« durch Gesundheitssenator Ofterdinger, »die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg mit ihren schönen Parkanlagen künftig nicht geisteskranken Menschen zur Verfügung zu halten, sondern sie solchen Volksgenossen zu eröffnen, die einen geistigen und körperlichen Gewinn von einem Aufenthalt in diesen schönen Anlagen haben würden.«<sup>60</sup> Kaufmann dachte vage an ein Erholungsheim oder »Arbeiterkrankenhaus«, Ofterdinger fiel zunächst nur ein Waisenhaus ein, dem Innensenator Richter ein Altersheim.<sup>61</sup>

Daneben spielten aber weiterhin fiskalische Überlegungen eine dominierende Rolle, wie sich an den verschiedenen Stufen der Durchführung des Plans, die weitgehend durch zusätzliche Einsparungen bestimmt waren, ablesen läßt. Darüber hinaus aber hatte man mit dem durch die Sterilisationspraxis etablierten Paradigma ein Argument, das die Auflösung einer ganzen Anstalt leichter akzeptierbar machte. So hieß es in dem Bericht Ofterdingers u.a.: »Reiflicher Überlegungen bedurfte auch das kostspielige Unternehmen, den überwiegenden Teil der Insassen der Anstalt Friedrichsberg in notwendige Neubauten in Langenhorn zu überführen. Ob in einer Zeit nach Inkrafttreten eines Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses noch umfangreiche Neubauten für Irrenanstalten vertreten werden konnten, sollte gründlich bedacht sein.«<sup>62</sup> Die Durchsetzung des »Friedrichsberg-Langenhorners Plans«, nach dessen Abschluß sich so viele Geisteskranken in radikal verschlechterten Lebensbedingungen wiederfanden, war also möglich geworden durch eine Überschneidung von Überlegungen auf verschiedenen Politikfeldern, die sich im Ziel der »Ausmerze« einig wußten, weil mögliche Gegenkräfte zuvor zum Verstummen gebracht oder zumindest entscheidend geschwächt

waren. Dies ist vielleicht ein Beispiel dafür, wie sich die symbolische Gestalt des Rassenparadigmas der Rationalität des Ökonomischen auslieferte und so ihre kulturelle Herkunft fast unkenntlich machte.<sup>63</sup>

Kennzeichnend für diese Entwicklung war, daß die konservativen Verfechter einer kompromißlosen Sparpolitik auf sozialpolitischem Feld, der Präsident der Wohlfahrtsbehörde Oskar Martini sowie der Leiter der staatlichen Wohlfahrtsanstalten Georg Steigertahl, auch während des Nationalsozialismus in ihren Ämtern weiterarbeiten konnten. Hingegen gab es in der Gesundheitsbehörde wie auch in der Leitung der Staatskrankenanstalten eine Reihe von Neubesetzungen. So wurde der bisherige ärztliche Leiter Langenhorns, Prof. Dr. Gerhard Schäfer, wie es heißt, »zwangsweise« zum 1. Oktober 1934 entlassen.<sup>64</sup> Diese Pensionierung erscheint aufgrund seiner Befürwortung der Zwangssterilisationen und der Unterstützung ideologischer Versatzstücke der Rassenhygiene zunächst unerklärlich, zumal an seine Stelle in einem bis 1943 dauernden Provisorium kommissarisch sein Stellvertreter Prof. Körtke, etwa gleichaltrig und politisch wohl ähnlich orientiert, trat. Seine Entfernung macht eigentlich nur Sinn, wenn man ihr zeitliches Zusammenfallen mit dem Beginn der Durchführung des »Friedrichsberg-Langenhorners Plans« bedenkt. Schäfer hatte sich ja schon zu Beginn der dreißiger Jahre gegen die Sparvorstellungen der Wohlfahrtsbehörde zu stemmen gesucht. Möglicherweise konnte er der radikalen Ökonomisierung der Psychiatriepolitik im NS-Regime nicht folgen. Wie dem auch sei, machtpolitisch war spätestens seit 1934 eine zumindest vorläufig konsensuelle Achse Fürsorgebehörde (Martini) – Gesundheitsbehörde (Ofterdinger) – Staatskrankenanstalt Langenhorn (Hanko) etabliert, die bei der Durchsetzung gegen die Interessen der Patienten gerichteter Maßnahmen kaum Widerstand befürchten mußte.

Als der Präsident der Gesundheits- und Fürsorgebehörde Ofterdinger im Mai 1935 Langenhorn besuchte, umriß er, wie es in einem Zeitungsbericht hieß, »in großen Zügen den Plan der Neugestaltung des hamburgischen Irrenwesens.«<sup>65</sup> Anlässlich der bereits angelaufenen Räumung Friedrichsbergs verkündete er: »Diesem ganz von nationalsozialistischem Geist getragenen Reformwerk liege vor allem der Gedanke zugrunde, die Schäden der falsch betriebenen Sozialpolitik der Nachkriegszeit restlos zu beseitigen und auch im Irrenwesen unbedingte Sparsamkeit und spartanische Einfachheit zur Anwendung zu bringen. Mit dem unmöglichen Zustand, daß die Erhaltung oder Bewahrung eines unheilbaren Geisteskranken teurer sei für den Staat als die Erhaltung und Ertüchtigung eines gesunden, vollwertigen erwerbslosen Volksgenossen, werde man aufräumen. Man werde nur das Notwendige erhalten, den Luxus aber beseitigen.«<sup>66</sup>

Auf dieser Linie möglichst kostengünstiger Verwahrung radikalisierte

sich das Räumungskonzept Friedrichsberg während seines Vollzugs über mehrere Etappen. War Offerdinger in seinen ersten Überlegungen davon ausgegangen, etwa 1.500 Patienten in noch zu errichtende Neubauten nach Langenhorn zu verlegen, während 300 Kranke einer ebenfalls noch zu schaffenden psychiatrischen Klinik zugeführt werden sollten, entschied er sich schon bald anders. Seine Behörde legte am 19. September 1934 einen Plan vor, der neben einer Verlegung von rund 250 Patienten nach Strecknitz nun eine Abschiebung von 650 Patienten in die billigen Wohlfahrtsanstalten vorsah, während der Rest von 600 Geisteskranken »in ein zu schaffendes Barackenlager« in Langenhorn eingewiesen werden sollte.<sup>67</sup> Damit glaubte man, zwei Sparziele zugleich zu erreichen, nämlich die Senkung sowohl der Kosten für Um- und Neubauten wie auch der laufenden Pflegekosten. Wie es hieß, »würden aus der verbilligten Unterbringung eines beträchtlichen Teils der Insassen der Staatsirrenanstalten in den Wohlfahrtsanstalten und auch in der billiger als Friedrichsberg wirtschaftenden Anstalt Langenhorn laufende Ersparnisse eintreten. Unzweifelhaft war durch eine engere Zusammenlegung der Geisteskranken, insbesondere in der Anstalt Langenhorn, [...] eine Verbilligung der Irrenpflege zu erreichen; soweit sie den unheilbaren Geisteskranken betraf, war sie auch unbedenklich.«<sup>68</sup>

Dieses Konzept, am 7. Oktober vom Senat beschlossen, führte auf den ersten Blick zu einer Dichotomisierung der Geisteskranken in heilbare, die in der neuen Universitätsklinik »unter größtmöglichem Einsatz ärztlicher Betreuung behandelt werden« sollten,<sup>69</sup> und unheilbare, bei denen die »Behandlungsweise von Krankenpflege auf Verwahrung«<sup>70</sup> umzustellen war.

»Die ärztliche Betreuung dieser Kranken«, so steht es in Offerdingers Bericht, »soll auf ein vertretbares Mindestmaß herabgesetzt werden.«<sup>71</sup> Dabei ist aber nicht zu übersehen, daß schon auf dieser Planungsstufe für einen erheblichen Teil der von den Verlegungen betroffenen Geisteskranken billige Abschiebeinstitutionen vorgesehen waren, in denen sich die Versorgungslage, die ärztliche Betreuung, aber auch die Möglichkeit sozialer Kontakte erheblich verschlechtern mußten. Im Planungsbericht hieß es noch unverfänglich: »Da ein gewisser Teil der Patienten in den Irrenanstalten, insbesondere die leichter Kranken, manchen Insassentypen der Wohlfahrtsanstalten ähnelte, entschloß sich die Behörde, eine Verlegung der leichter Geisteskranken (Arbeitsfähigen wie Nichtarbeitsfähigen) in die staatlichen Wohlfahrtsanstalten in Aussicht zu nehmen.«<sup>72</sup> Tatsächlich waren es dann zunächst Alte und Sieche, die mit einem Barackenlager auf dem Gelände des Versorgungsheimes Averhoffstraße zufrieden sein mußten.<sup>73</sup>

Auf der Grundlage dieser Planungsstufe wurden bis Anfang 1935 210 Friedrichsberger Patienten nach Langenhorn, 100 nach Lübeck-

Strecknitz, 190 in die Wohlfahrtsanstalten und schließlich auch 170 in die Alsterdorfer Anstalten verlegt.<sup>74</sup> Die Plätze in den evangelischen Alsterdorfer Anstalten waren frei geworden, weil der Landeshauptmann Schleswig-Holsteins begonnen hatte, auch in seinem Amtsbereich das »Irenwesen« umzugestalten. Seine Maßnahmen zielten u.a. darauf, die preußischen Patienten aus privaten und kirchlichen Heimen herauszunehmen und in staatlichen Anstalten enger zusammenzulegen, und so hatten nicht nur die Alsterdorfer Anstalten Pfleglinge abgegeben, sondern z.B. auch das ebenfalls evangelische Heim Anscharhöhe und das Privatheim Eichenkamp, beide in der Nähe der damaligen Hamburger Stadtgrenzen gelegen.<sup>75</sup>

Immer auf Kostensenkungen erpicht, sah die Gesundheitsbehörde nun die Chance, auch noch die für Langenhorn vorgesehenen Baracken einzusparen und durch Verlegung von Geisteskranken nach Anscharhöhe, Eichenkamp und Alsterdorf die Pflegekosten weiter zu senken. Der »Friedrichsberg-Langenhorn Plan« wurde erneut geändert und am 16. April 1935 beschlossen, nach Eichenkamp und Anscharhöhe je 100 Patienten, in die Alsterdorfer Anstalten weitere 80, nach Langenhorn weitere 120 sowie in die Wohlfahrtsanstalten noch 410 Kranke zu verlegen.<sup>76</sup> Für die zunächst auf dem Gelände der Anstalt Friedrichsberg einzurichtende psychiatrische Universitätsklinik blieb es bei 300 Patienten. Bei diesem Planungsstand, dem der Senat acht Tage später zustimmte, wurde mit einer jährlichen Ersparnis von 956.000 RM gerechnet, ungerechnet die Einsparungen durch den Wegfall der Neubauten. So konnte man sich zugleich vornehmen, für die psychiatrische Klinik einen Ordinarius zu berufen und auf dem Gelände des Universitätskrankenhauses mit den Planungen für den Neubau zu beginnen. Damit sollte nun das von Ofterdinger vorangetriebene psychiatrische Modernisierungskonzept mit seiner »aktiven Therapie« für »Behandlungswürdige« zum Zuge kommen.<sup>77</sup>

Ende April besichtigten Prof. Körtke und Verwaltungsdirektor Hanko die Heime Anscharhöhe und Eichenkamp. Sie legten einen Pflegesatz von 2,50 RM bzw. 2,55 RM fest, der also gegenüber dem Langenhorn Pflegesatz von 5,00 RM nur etwa halb so hoch lag, und besprachen die Modalitäten der Verlegungen. Im wesentlichen wollte man angesichts des niedrigen und wenig geschulten Personalbestands »ruhige« Patienten verlegen, worunter vor allem »alte bettlägerige und sieche Frauen« zu verstehen waren.<sup>78</sup> Als in den Sommermonaten des Jahres 1935 dann auch noch der Verein für Innere Mission in Schleswig-Holstein anfragte, »ob er nicht ebenfalls Geisteskranke aus Hamburg zugewiesen erhalten könne, da auch er in seinen Anstalten Platz für die Unterbringung von Geisteskranken erhalten habe«, <sup>79</sup> schloß die Gesundheits- und Fürsorgebehörde sogleich, am 31. August, einen Vertrag, der die Aufnahme von 180 »ruhigen« bis »halbruhigen« Patienten in der Anstalt Rickling vorsah.

Wieder hatte man bei einem Pflegesatz von 2,80 RM erheblich an laufenden Kosten eingespart.<sup>80</sup> Allerdings, eine direkte ärztliche Versorgung gab es für diese drei schleswig-holsteinischen Heime und Anstalten gar nicht mehr, sie sollte von Langenhorn aus wahrgenommen werden.

Als Ende 1935 die Durchführung des »Friedrichsberg-Langenhorners Plans« abgeschlossen war, befanden sich in der psychiatrischen Universitätsklinik auf dem Gelände der Anstalt Friedrichsberg, die ein Jahr zuvor noch 1.741 Geisteskranke beherbergt hatte, nur noch 277 Patienten sowie zusätzlich 78 arbeitsfähige Kranke. In einem monströsen Ringtausch zwischen Friedrichsberg, Langenhorn, den Versorgungsheimen und Umlandanstalten waren in mehr als 60 Transporten 1.800 Geisteskranke hin- und hergeschoben worden. Dabei störte nicht, daß die Sterblichkeitsziffer der Friedrichsberger Patienten um 30 % höher lag als im Jahr zuvor,<sup>81</sup> im Gegenteil, die wesentlich verschlechterte Versorgungslage der meisten betroffenen Kranken war ja Programm, und was schließlich allein zählte, war die Einsparung von jährlich 1,2 Millionen RM an Verpflegungskosten. Sie »ergibt sich aus den wesentlich geringer gewordenen Verpflegungssätzen, welche das Fürsorgewesen an die Wohlfahrtsanstalten und die Privatanstalten zu zahlen hat«.<sup>82</sup>

Die Konsequenzen zeigten sich für die Betroffenen in einer drastischen Reduktion von Lebenschancen. Rund 1.350 Patienten waren aus Friedrichsberg verlegt worden, etwa genau so viele fanden sich nun in billigen Abschiebeanstalten wieder und waren im Wortsinn »marginalisiert«: rund 500 in Versorgungsheimen, etwa 270 in Alsterdorf, 180 in Rickling, je 100 in Eichenkamp und Anscharhöhe, zusätzliche 150 in Strecknitz. Die Anstalt Langenhorn selbst, die nun »zur letzten Aufnahmestation«<sup>83</sup> für »nichtbehandlungswürdige« Geisteskranke in Hamburg wurde, hatte 696 Geisteskranke aus Friedrichsberg aufgenommen und 446 an andere Anstalten abgegeben.<sup>84</sup> Weitere Bauten konnten dennoch entfallen, man hatte die Unterbringung zusätzlicher Patienten durch engere Belegung erreicht.

Damit war auch das Hindernis auf elegante Weise beseitigt, das bei den ersten Überlegungen zur Auflösung der Anstalt Friedrichsberg Ratlosigkeit erzeugt hatte: wohin nämlich mit 1.200 überzähligen Geisteskranken.<sup>85</sup> Indem man sich immer weniger an den Interessen und Bedürfnissen der Kranken orientierte, produzierte man einen zusätzlichen, schlecht betreuten und halb vergessenen Patiententypus, und man schuf damit ein Muster zur Lösung gesundheitspolitischer und sozialer Problemlagen, dessen Ausweitungen und Folgewirkungen in den Kriegsjahren und damit seiner Vernetzung mit dem dann einsetzenden Euthanasie-Programm nachzuspüren sein wird.

Zu diesem Muster gehörte bald nicht nur die Installation eines Kranzes billiger Außen- und Umlandanstalten, in die das überlastete Langen-

horn zumeist lästige, weil »nutzlose« Verwahrfälle weiter abschob,<sup>86</sup> sondern auch der jetzt erfolgende Aufbau einer psychiatrischen Universitätsklinik. Mit dem vorerst kommissarischen Leiter und bisherigen Leipziger Privatdozenten Hans Bürger-Prinz wurde die Restklinik in Friedrichsberg nämlich am 1. April 1936 als »Psychiatrische und Nervenklinik der Han-sischen Universität« (PNK) neu eröffnet.<sup>87</sup> Fortan sollte die finanziell und personell bestens ausgestattete Klinik, die für ihre 300 Betten allein 13 Arztstellen und 157 Stellen für Pflegekräfte zur Verfügung hatte,<sup>88</sup> nicht nur das Therapiemonopol für psychisch Kranke innehaben, sondern als diagnostizierende und selektierende Institution die »Behandlungsunwür-digen« nach Langenhorn weiterverlegen. Zu dieser Funktion als »psy-chiatrischer Schleusenbetrieb«<sup>89</sup> gehörte auch die Übernahme des Auf-nahmemonopols für Hamburger Geistesranke.

Seit Ausgang des 19. Jahrhunderts hatte sich die Regelung der Auf-nahmen für Geistesranke wechselvoll gestaltet. Besaß zunächst die An-stalt Friedrichsberg das Aufnahmemonopol, so erhielt ab 11. November 1927 auch Langenhorn einen kleinen Aufnahmebezirk, der vor allem um-liegende Siedlungen einschloß.<sup>90</sup> Mit der Räumung Friedrichsbergs wur-de nicht nur der Aufnahmebezirk Langenhorns laut Verfügung vom 16. Februar 1935 zusätzlich auf sämtliche Stadtbezirke rechts der Alster aus-gedeht, die Anstalt hatte auch Patienten aus dem Hafenkrankehaus und dem Untersuchungsgefängnis direkt aufzunehmen.<sup>91</sup> Kurz nach dem Dienstantritt von Bürger-Prinz, am 18. Mai 1936, wurde diese Regelung wieder aufgehoben und der PNK das Aufnahmemonopol zugewiesen, mit Ausnahme der Strafgefangenen, die weiterhin direkt nach Langenhorn verlegt werden konnten.<sup>92</sup> Mit dieser Anordnung hatte sich die Univer-sitätsklinik das Recht auf Aussonderung der »behandlungswürdigen« Geistesranke gesichert. Im wesentlichen sollte es während der NS-Zeit bei dieser Regelung bleiben, sieht man von der Zuteilung eines kleinen Aufnahmebezirks für Langenhorn am 30. April 1938 ab, der aus in der Nähe der Anstalt gelegenen Siedlungen bestand, die durch die Eingemeindungen der Stadt Hamburg 1937 zugefallen waren.<sup>93</sup> Gesundheits-senator Offerdinger hat das Aufnahmemonopol der PNK, jetzt auch einschließlich der 1938 Langenhorn zugeschlagenen Siedlungen, am 25. Februar 1942 ausdrücklich bekräftigt.<sup>94</sup> Dies geschah, kurz bevor im Sommer 1942 nach langwierigen Auseinandersetzungen die PNK auch räumlich in das Universitätskrankehaus in Eppendorf eingegliedert wurde. Mit dieser Struktur, die alle psychiatrischen Bewahrfälle Hamburgs Langenhorn zuwies, ergab sich für die funktional zunehmend überfor-derte Anstalt die Notwendigkeit erneuter Selektionen. Diagnostische Kri-terien wurden dabei immer mehr durch psychiatrierferne ersetzt.

### **Zwischen Abschieben und Therapie: Langenhorn als Arbeitsanstalt**

Im Zuge der Durchführung des »Friedrichsberg-Langenhorn-Planes« hatte sich die Zahl der Insassen Langenhorns von 2.063 am 18. Dezember 1934 auf 2.355 am 12. November 1935 erhöht. Die Zunahme um knapp 300 Patienten war zu zwei Drittel durch engere Belegung aufgefangen worden, wie das Anwachsen des Gesamtbettenbestandes innerhalb eines Jahres um 200 auf 2.528 Betten zum Ende des Jahres 1935 zeigt.<sup>95</sup>

Dies war aber nicht die einzige Verschlechterung in der Unterbringung und Versorgung der Patienten in Langenhorn. So setzte Verwaltungsdirektor Hanko in einer Besprechung am 18. Juni 1934 Sparmaßnahmen bei der Patientenverpflegung durch.<sup>96</sup> Um die Kosten für Nahrungsmittel zu senken, wurden Beilagen gekürzt, Nachtische und Vorsuppen teilweise gestrichen, wesentlich häufiger Eintopf statt Braten und Gemüse ausgegeben und der Sonntagskuchen weggelassen.<sup>97</sup> Darüber hinaus sollte die Beilage häufig durch Gemüse aus der eigenen Landwirtschaft ersetzt werden. Wichtig war wohl auch, wie weiter aus der Besprechung vom 18. Juni hervorgeht, daß die Stationen aufgrund der Verknappung beschlossen, die Essenrationen selektiv auszuteilen, »die Portionen je nach Eigenart der Patienten (guter Arbeiter, stärkerer Esser) größer und kleiner zu verabfolgen.«<sup>98</sup> Einsparungen wurden zumindest auch bei den Arbeitszulagen der Insassen und am Bekleidungssetat vorgenommen.<sup>99</sup>

Zu den Kürzungsmaßnahmen bei den Sachausgaben gehörte auch, und dies schon seit den Krisenjahren der Weimarer Republik, daß Gebäudeinvestitionen praktisch ganz unterlassen wurden. »In den Jahren von 1930 bis 1933 waren dann größere Instandsetzungsarbeiten, wegen der damaligen Zeit wirtschaftlichen Niederganges und in Anbetracht der seinerzeit für richtig gehaltenen Methoden zu ihrer Abwendung, wahrscheinlich ebenfalls nicht möglich. Während der Jahre 1933 bis 1945 war man, entsprechend den damaligen Auffassungen über die Maßnahmen für Geisteskrankte offenbar bemüht, die Ausgaben der Anstalt auf ein Minimum zu beschränken. Aus dieser Anschauung heraus wurden sogar die für Gebäudeinstandhaltung und für andere der Erhaltung staatlicher Vermögenssubstanz zur Verfügung gestellten Mittel oftmals nicht ausgenutzt, sondern zurückgegeben.«<sup>100</sup>

So verwundert es nicht, wenn die in der Endphase Weimars schon erheblich zusammengestrichenen Kosten der Anstalt in den Vorkriegsjahren noch einmal von 4,53 RM pro Tag und Patient im Jahr 1933 bis auf 3,75 RM im Jahr 1938 sanken.<sup>101</sup> Etwa mit denselben prozentualen Anteilen verringerten sich die Ausgaben für Nahrungsmittel von knapp 0,60 RM 1933 auf 0,49 RM 1938. Diese sanken auch zu Beginn des Krieges weiter, während die Gesamtausgaben, wohl wegen der Einrichtung eines Hilfskrankenhauses, wieder stiegen.<sup>102</sup>



Die genannten Einschränkungen dürften vor allem durch den neuen Verwaltungsleiter Hanko vorangetrieben worden sein, der sich damit gegenüber der im wesentlichen unverändert gebliebenen Ärzteschaft durchsetzen konnte. Das kann man der schon erwähnten Mitteilung Dr. Knigges entnehmen, dessen positive Beurteilung der Langenhorner Abteilungsärzte allerdings weitgehend aus dem Versuch, eine Verteidigungslinie gegenüber einer Nachkriegsbeschwerde aufzubauen, zu verstehen sein dürfte: »Eine nennenswerte Änderung in der Unterbringung und Pflege der Patienten in Langenhorn trat bis Mitte 1934 zunächst nicht ein. Mit dem Dienstantritt des Verwaltungsdirektors Dr. Hanko, der als energischer Vertreter des ›neuen Geistes‹ nach Langenhorn kam, wurden allerdings bestimmte Neuerungen und Sparmaßnahmen eingeführt. Die ärztliche Betreuung und Behandlung der Geisteskranken ist sowohl vor wie nach 1933 von einem unbedingt humanen und wohlwollend erzieherischen Geiste getragen gewesen. Der beste und sicherste Garant für diesen Geist war schon das vorgeschrittene Alter der meisten Ärzte. Wenn sich die vorwiegend konservative medizinische Grundhaltung des Ärztekollegiums gegenüber den z.T. überspannten Ideen und Forderungen der Verwaltung nicht immer durchsetzen konnte, so lag das daran, daß der Verwaltungsleiter im Zweifelsfall seine engen persönlichen Beziehungen zur Gesundheitsverwaltung in die Waagschale zu werfen hatte.«<sup>103</sup> Daran ist so viel richtig, daß alle Abteilungsärzte, die auch zu Kriegsbeginn noch in Langenhorn arbeiteten, zwischen 1876 und 1882 geboren worden waren, der leitende Oberarzt und faktische ärztliche Leiter Langenhorn schon 1874.<sup>104</sup> Zu Beginn der NS-Herrschaft waren sie also im Durchschnitt 55 Jahre alt. Hinzu kommt, daß sie in dieser Anstalt längst verwurzelt gewesen sein dürften, hatten sie doch ihren Dienst dort zumeist schon vor Jahrzehnten, nämlich zwischen 1907 und 1920, angetreten.<sup>105</sup>

Dennoch zeigte die Entwicklung, daß der Arzt allenfalls »Inbegriff einer ohnmächtigen Aufklärung« ist,<sup>106</sup> wenn er nicht gar an der Definition des »Bösen« mitwirkt. Ersteres wurde ja schon daran deutlich, daß Prof. Schäfer seinen Dienst als ärztlichen Leiter 1934 quittieren mußte, letzteres zeigte sich etwa schon bald daran, daß der Apologet einer vorgeblich »humanen« Ärzteschaft, Dr. Knigge, dann 1937 in die NSDAP eintrat<sup>107</sup> und anschließend eine konsequente NS-Karriere einschlug.<sup>108</sup> Festzuhalten bleibt, daß das ärztliche Personal Langenhorns den Vorgaben aus Politik und Verwaltung kaum je ernstzunehmenden Widerstand entgegengesetzt hat. Als z.B. aus der Bürokratie der Anstoß kam, Langenhorn aufzulösen und fernab von Hamburg eine Mammutanstalt zu errichten, haben die Ärzte sich schließlich willig in das hybride Projekt hineinziehen lassen.<sup>109</sup>

Hinzu kam, daß nach der Auflösung Friedrichsbergs drei Ärzte dieser Anstalt Langenhorn zugewiesen wurden, die teils aufgrund ihrer per-

sönlichen Defizite und Absonderlichkeiten, teils aufgrund ihrer theoretischen bzw. ideologischen Präferenzen wenig geeignet waren, externen Anordnungen Gegenwehr zu bieten. Der eine, Dr. Friedrich Kerl, war im Ersten Weltkrieg so schwer erkrankt, daß er bis zu seinem Eintritt als Assistenzarzt in Friedrichsberg 1934 nicht praktiziert hatte. Er soll auch in Langenhorn noch schwer körperlich leidend gewesen sein.<sup>110</sup> Der zweite, Dr. Wilhelm Lange-Eichbaum, ebenfalls nicht frei von erkennbaren persönlichen Problemen und Abhängigkeiten<sup>111</sup> und zeitweilig dem ärztlichen Dienst in Berliner Bohème-Kreisen ausgewichen, war 1936 als 61jähriger Assistenzarzt nach Langenhorn übergewechselt. Seine Veröffentlichungen, etwa »Genie, Irrsinn und Ruhm« oder »Nietzsches Krankheit und Wirkung«, kreisten um das Thema »Genie als Problem«.<sup>112</sup>

Ein besonders schillernder Charakter war Prof. Ernst Rittershaus. Er hatte sich 1933 nach seiner Anmeldung zum Eintritt in die NSDAP durch allerlei prozessuale Querelen seiner bisherigen Mitgliedschaft in einer Loge entledigt, weil er ihre »jüdisch-freimaurerischen Zusammenhänge« erkannt habe,<sup>113</sup> und war dabei, eine in ihren Verästelungen heute kaum noch nachvollziehbare, wenn auch für die damalige Zeit nicht untypische Rassentheorie zu entwerfen, in der er Konstitution, Rassetypen und Psychopathologie höchst spekulativ kombinierte.<sup>114</sup> Solche Präferenzen trieben ihn in der Öffentlichkeit zum Kampf gegen den »Kultur bolschewismus« an, in seinem engeren Wirkungskreis fiel er aber in erster Linie durch Streitereien mit seinen Kollegen, später auch mit Bürger-Prinz, auf. Nach der Ablehnung seines Gesuchs im Jahre 1936, sich als 55jähriger in den Ruhestand versetzen zu lassen, mußte er in Langenhorn Dienst tun. Immerhin wurde er, der vor und nach diesem Wechsel häufig wegen Krankheit ausfiel, als leitender Oberarzt den langjährigen Abteilungsärzten der Männerseite vorgeordnet. Zudem verfügte Senator Ofterdinger: »Ich behalte mir vor, Herrn Prof. Rittershaus in der Zukunft mit der Durchführung von Sonderaufgaben zu betrauen. Bei derartigen Sonderaufgaben unterstelle ich mir Herrn Prof. Rittershaus unmittelbar.«<sup>115</sup>

Welche »Sonderaufgabe« Ofterdinger im Auge hatte, wurde bald darauf deutlich. Sie involvierte Rittershaus direkt in das erb- und rassenhygienische NS-Programm. In den Hamburger Anstalten und Versorgungsheimen war nämlich ebenfalls 1936 »mit den Arbeiten zur erbbiologischen Bestandsaufnahme begonnen worden«,<sup>116</sup> offensichtlich nach erfolgreichem Abschluß der auch in Langenhorn durchgeführten Probeerhebungen.<sup>117</sup> Nach Klärung einiger Zuständigkeitsfragen wurde dann um die Jahreswende 1936/37 Ernst Rittershaus zum Hamburger Landesobmann für die erbbiologische Bestandsaufnahme ernannt, sein Stellvertreter wurde der ebenfalls nach Langenhorn übergewechselte Dr. Lange.<sup>118</sup>

Die Rassentheorien von Rittershaus mit ihrem ausufernden Klassifika-

tionssystem, in dem von fälischer und nordischer, baskischer und mongolischer Rasse die Rede war, aber auch von der verderblichen Rassenmischung des Judentums und vom »Adel« der nordischen Rasse, dürften in ihrer zeitbedingten Verbissenheit allerdings wenig mit den nationalsozialistischen Zielvorstellungen gemein gehabt haben, und es ist zudem auch wenig über die Tätigkeit des Landesobmanns in seinem neuen Arbeitsfeld bekannt. Es existiert aber eine bemerkenswerte Stellungnahme von Rittershaus aus dem Jahr 1937, in der er die auf erbbiologischem Feld zu erwartenden Aufgaben statistisch hochrechnete. Er kam dabei insgesamt auf 5.355.000 zu erfassende »Sippenangehörige« von Geisteskranken allein auf Hamburger Gebiet, von denen damals allerdings nur noch 1.355.000 Personen erreichbar gewesen sein dürften. Auch hier kündigte sich also ein monströses Projekt an, wenn Rittershaus schlußfolgerte: »Erforderlich wären dazu über 4.000.000 Arbeitsstunden, – für etwa 10 Ärzte, die daneben noch ihren eigentlichen Dienst tun sollen! Dazu käme noch die gesamte Büroarbeit. Noch nicht berücksichtigt sind dabei die jährlichen Neuaufnahmen, weit über 2.000 mit 100.000 Sippenangehörigen.«<sup>119</sup>

Allerdings ist fraglich, ob der Landesobmann angesichts seiner Prognose, daß »die ganze Arbeit [...] viele Hunderte von Jahren dauern« würde,<sup>120</sup> bei seiner Erfassung der Anstaltsinsassen sehr weit gekommen ist. Allein die Umstellung des Gesundheitspaßarchivs auf die Reichseinheitskartei seit dem 1. April 1938 erforderte einen zusätzlichen Arbeitsaufwand, für den ein Bedarf von 66 Arbeitsjahren errechnet wurde.<sup>121</sup> Zwar findet man auch heute noch Langenhorner Krankenakten, in denen Unterstreichungen von Krankenblatt-Eintragungen aus der Vorkriegszeit auf eine Durchsicht in bezug auf Patientenmerkmale hinweisen. Der Beginn des Zweiten Weltkrieges aber brachte neue Personalprobleme, wie sich etwa an Dr. Rittershaus selbst zeigt, der am 1. September 1939 zum Sicherheitshilfsdienst versetzt wurde.<sup>122</sup> Zwar wurde die Erfassung von »Erbkranken« fortgesetzt, wenn auch die Umstellung auf die Reichseinheitskartei nie zum Abschluß kam, aber schon 1942 wurden die Sippenakten nicht weitergeführt. Eine weitere Einschränkung brachten die schweren Bombenangriffe von 1943 mit der Zerstörung eines Teils der Wohnortkartei. Immerhin ist festzuhalten, daß die Erbkartei noch über das Kriegsende hinaus weitergeführt worden ist.<sup>123</sup> Wenn also auch die umfassende Erbbestandsaufnahme im Sinne von Dr. Rittershaus angesichts der Kriegsereignisse kaum durchgeführt werden konnte, bleibt doch zu fragen, was denn Ärzte mit derartigen Präferenzen, die sich auch noch erbbiologischen NS-Projekten zur Verfügung stellten, dem »neuen Geist« eines Dr. Hanko wirkungsvoll entgegensetzen konnten.

Solche ideologisch-politischen Wahlverwandschaften führten dazu, daß ein möglichst niedriges Kostenniveau für Anstaltsinsassen die ge-

meinsame Plattform für Ärzte und Verwalter war, von der bei den strukturellen Veränderungen in Langenhorn ausgegangen wurde. Die Qualität dieser Veränderungen ist allerdings nur unzureichend beschrieben, wenn man sich an der durch das Modernisierungskonzept Offerdingers vorgegebenen Dichotomie Therapie oder Bewahren orientiert. Einige Aspekte der weiteren Entwicklung Langenhorns und darüber hinaus der regionalen Psychiatriepolitik geraten unter dieser Perspektive wohl aus dem Blickfeld. Sie müssen auch beachtet werden, wenn man die Hamburger Besonderheiten des Euthanasie-Geschehens während des Krieges verstehen will. Selektionsprozesse spielten ja nicht nur eine Rolle bei der Auswahl der Langenhorn zunächst von der Anstalt Friedrichsberg, dann von der Psychiatrischen und Nervenlinik zugeführten Patienten. Vieles spricht dafür, daß Langenhorn nach der Etablierung von billigen Abschiebeinstitutionen die zunächst ihr zugewiesenen Kranken weiter nach Kriterien der Nützlichkeit gesiebt und die »Unbrauchbaren« nach außen verlegt hat. So intervenierte schon 1935 der Verwaltungsdirektor, als die Selektion in die Umlandanstalten nicht nach seinen Vorstellungen verlief: »Für die Verlegung nach Ansharhöhe und Rellingen sollen Patientinnen ausgesucht worden sein, die in der Nähstube und in der Kartoffelschälküche beschäftigt sind. Die Anstalt kann auf diese Patientinnen nicht verzichten und ich bitte eine Änderung vorzunehmen.« Die leitende Oberschwester notierte daraufhin. »Es sind keine arbeitende Kranke von der II. Frauenstation zur Verlegung vorgesehen.«<sup>124</sup>

Dieser durch die Installation von Abschiebeanstalten zusätzlich eingebaute Filter der Patientenselektion war es, der Hanko die Chance gab, seine später auch programmatisch geäußerten Vorstellungen einer nach betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkülen operierenden Anstalt tendenziell in die Tat umzusetzen. Das Legitimationsproblem des Anstaltswesens, das die Psychiater durch »Aufartung« und »Ausmerze«, durch »aktive Therapie« einerseits, erbhgienische Maßnahmen von der Sterilisation bis zur Euthanasie andererseits, lösen wollten, stellte sich für den Verwaltungsmann anders. Er wollte das Kostenproblem organisatorisch in den Griff bekommen.

So war ihm kein Rechenexempel zu abstrus, den finanziellen Aufwand für die Patientenverwahrung zu demonstrieren. Als ein Redakteur des Hamburger Anzeigers ihn zum Jahresende 1936 in Langenhorn aufsuchte, rechnete Hanko ihm vor, daß die Kosten für einen Patienten, der sich nun schon 56 Jahre lang in Anstaltsverwahrung befand, sich auf 138.000 RM aufsummiert hätten. Als der Redakteur dies anläßlich einer Leserbeschwerde noch einmal bestätigt wissen wollte, beschäftigte Hanko sogar einen Fachmathematiker, der auf die zuvor gemachte Rechnung noch einmal Zinsen und Zinseszinsen aufschlug und nun gar auf eine Summe von 240.795 RM kam. Hanko dazu: »Die im Augenblick ge-

nannte Zahl konnte selbstverständlich nur ein roher Überschlag sein, während die tatsächlichen Ergebnisse wesentlich krasser sind. Ein evtl. gemachter Einwurf, eine Zins- und Zinseszinsberechnung müßte außer Ansatz bleiben, ist von vornherein damit zu entkräften, daß wir selbstverständlich unsere ganzen Anlagen und Unterhaltungskosten verzinsen müssen. [...] Interesse wird es vielleicht bei Ihnen finden, wenn ich Ihnen sage, daß wir etwa 80 Patienten haben, die von 25 Jahre ab bis 56 Jahre hier liegen und dem Staat bei ungefährer Schätzung – ich will mich ganz vorsichtig ausdrücken – 7-8 Millionen gekostet haben dürften. [...] Wenn Sie weiter bedenken, daß die zunehmende Überalterung unseres Volkes Anstalten wie unsere zunächst noch auf lange Zeit füllen werden, können Sie sich ein ungefähres Bild machen, was diese abgelagerten Fälle den Finanzen des Reiches für Lasten aufbürden.« Um das ganze Ausmaß der Verschwendung deutlich zu machen, ließ er seinen expansiven Blick gern über das gesamte Reich schweifen, und so ergänzte er noch: »Wir leben hier in Langenhorn nicht auf einer einsamen Insel, sondern es gibt außer uns 144 Anstalten der öffentlichen Hand von 100 bis 3600 Betten.«<sup>125</sup>

Argumentationsmuster mit der Tendenz zur Ausweitung waren ja an sich nichts Neues: Bei den Psychiatern fanden sie sich in der schwammigen Festlegung der von Erbkrankheiten betroffenen Bevölkerungsgruppen<sup>126</sup> oder bei den von der erbbiologischen Bestandsaufnahme zu erfassenden »Sippenangehörigen«, analog ging nun Hanko auf ökonomischem Feld vor. Besonders fatal wurde seine Argumentation, als er die »Judenfrage in den Heil- und Pflegeanstalten«<sup>127</sup> zu einem Ökonomieproblem hochzurechnen suchte. Sieht man nämlich genauer hin, so wird deutlich, daß hier der Versuch, »Symbolisches« auf »Ökonomisches« zu reduzieren, gründlich gescheitert ist und die ganze Kostenrechnung eine einzige Infamie darstellt, die sich der rhetorischen Krücke eines windigen Zahlenspiels bedient.

Hanko errechnete für Langenhorn bei 2.600 Insassen insgesamt einen Anteil von 60 jüdischen Patienten, mithin von 2 1/4 %. Da die Ausgaben für diese wenigen Patienten ihm selbst wohl nicht recht überzeugend vorkamen, fiel ihm weiter ein: »Zu den angegebenen Kosten [...] kommen selbstverständlich noch diejenigen, die infolge der neueren Gesetzgebung vom Reich zu tragen sind. Von den oben aufgeführten Frauen wurden 2 sterilisiert, von den Männern 15 sowie einer kastriert. Es sind also zusätzlich noch erhebliche Kosten durch Operation und Krankenhausaufenthalt entstanden.«<sup>128</sup> Nicht genug damit, daß er staatliche Zwangsmaßnahmen den Betroffenen zurechnete, Hanko verschränkte auch wieder die regionale Perspektive mit dem gesamten Reich, wenn er schrieb: »Es wäre eine dankenswerte Aufgabe, die gleichen Berechnungen in allen deutschen Heil- und Pflegeanstalten anzustellen. Ich gehe davon aus, daß wie in Langenhorn überall 2 1/4 v.H. Insassen Juden sind. Das

würden, auf 124.000 Bettplätze übertragen, 2.792 geistesranke Juden sein. Diese Zahl, abgerundet auf die Langenhorne Bettplätze – 2.600 zur Zeit belegt –, würde also den Inhalt an Patienten einer der größten deutschen Irrenanstalten des Altreichs ausmachen.«<sup>129</sup> Für die Lösung dieses durch Rechenricks erzeugten Problems sah Hanco nur zwei Wege, entweder die jüdische Gemeinde müsse für ihre Patienten mit einem jährlichen Betrag von 5 Millionen RM selbst aufkommen, ein Weg, der dann ja auch eingeschlagen wurde, oder aber, für die jüdischen Patienten sei eine eigene Anstalt, eine Art Reservat zur Landkultivierung, zu errichten. »Es könnte den Juden dann unbenommen sein, sich auf diesem Reservat selbst zu ernähren.«<sup>130</sup>

Das Modell der Selbstversorgung, wenn vielleicht auch nicht mit derartig kolonialistischen Konnotationen versehen, schwebte Hanco als Lösung für die Legitimationsprobleme des Anstaltswesens überhaupt vor. Der Verwaltungsdirektor war nämlich zumindest insofern Realist und zog sich damit auch die Feindschaft der Psychiater noch nach Anlaufen des Euthanasie-Programms zu, als er an die Lösung der »Irrenfrage« durch eine therapeutische Modernisierungsstrategie nicht glaubte. Noch 1943 schrieb er über die Geistesranke: »Es ist und bleibt ein wohl für immer unlösliches Mysterium, dem weder mit physikalischen noch mit chemikalischen Mitteln je beizukommen sein wird. Die Geistesranke wird immer eins der unlöslichen Lebensrätsel bleiben, wie der Beginn des Lebens, überhaupt wie der Tod.« Deshalb zog er den Schluß: »Die Meinung, die man noch in ganz jüngster Zeit vertrat, daß mehr oder weniger Heil- und Pflegeanstalten in künftigen Jahrzehnten überflüssig seien, erweist sich gerade in dem jetzigen harten Ringen des gewaltigen Völkerrkrieges als irrig.«<sup>131</sup> Dies war gegen die Psychiatrie-Planer aus der T4-Zentrale gesprochen, und diese Auffassung hatte Hanco offensichtlich seit Beginn seiner Tätigkeit in Langenhorn vertreten.

Zwischen Heilen und Bewahren verfolgte er deshalb, immer die Kostenfrage im Blick, gewissermaßen einen dritten Weg. Eine nach NS-Maßstäben straff durchorganisierte Arbeitsanstalt sollte den anhaltenden Druck von der Geistesrankefürsorge nehmen, und so führte er neben den schon bestehenden Arbeitsmöglichkeiten in Landwirtschaft und Anstaltsbetrieb eine Reihe von Neuerungen ein: von der Seidenraupenzucht über Experimente mit Spinnrädern bis zu einem Großversuch im Flachsanbau.<sup>132</sup> Das Ziel war, durch Masseneinsatz von Geistesranke bei Arbeiten »primitiver Art« und gleichzeitig geringem Aufwand an Aufsichtspersonal »einmal die Anstaltsbedürfnisse weitgehendst zu decken und zum Teil die einzelnen Erzeugnisse weit darüber hinaus zuerst den Krankenhäusern zuzuführen«.<sup>133</sup> Den Aufbau eines »Musterwirtschaftsbetriebes«, – und Langenhorn hat in der Tat bis zum Kriegsausbruch finanziell Überschüsse erzielt<sup>134</sup> – hat Hanco zu komplettieren gesucht

durch ein neues Verhältnis zwischen »Führung« und »Gefolgschaft«, wobei er in seinem Rückblick von 1943 in erster Linie den anscheinend großzügigen Ausbau von Sportanlagen zur körperlichen Ertüchtigung hervorhob. Stolz wies er dabei auf die große Zahl von SA- und Reichssportabzeichen hin, die von den Langenhornern errungen worden seien.<sup>135</sup> Die Konsequenz war, daß Langenhorn bei der Durchsetzung dieser Linie auf die Arbeitsfähigkeit seiner Patienten den größten Wert legte. So vermerkte rückblickend der kommissarische Nachfolger Hankos, Stadtoberinspektor Franz Freese, 1943: »Die Beschäftigung der Anstaltspfleglinge in 39 [das behördeninterne Kürzel für die Anstalt Langenhorn] ist seit der Machtübernahme bedeutend gesteigert worden. Von der Arbeit ausgenommen sind nur bettlägerige und widerspenstige Kranke. [...] Es wird alles getan, um die Arbeitskräfte der Patienten voll auszunutzen.«<sup>136</sup>

Da konnte es denn auch vorkommen, daß im Gefolgschaftsgeist gedrillte Pfleger gegenüber Patienten, die in der Kolonnenarbeit irgendwelchen Anordnungen nicht nachkommen konnten, handgreiflich wurden. Daß mindestens in einem Haus Patienten permanenten Mißhandlungen ausgesetzt waren, war so bekannt, daß Angehörige versuchten, ihre Kranken von dort zu verlegen.<sup>137</sup> Es bedurfte schon besonders groben Fehlverhaltens, wenn solche Vorfälle überhaupt an die Öffentlichkeit kamen. »Es ist mir als leitender Oberarzt des Öfteren bekannt geworden, daß in M.Hs.5 Patienten von Pflegern geschlagen worden sind. Es sind daraufhin mehrfach Versetzungen von Pflegern in andere Häuser erfolgt, jedoch keine ernstere Bestrafung. Gerichtliche Bestrafungen überhaupt nicht. Ich habe den Eindruck, als ob die Oberpfleger sich stets scheuten, derartige Pfleger zu melden und hörte von anderen Kollegen, daß der betr. Oberpfleger dafür seit Jahren bekannt ist, daß er solche Sachen nicht zu melden oder zu vertuschen pflegt.«<sup>138</sup> Überliefert sind derartige Tätlichkeiten auch nur deshalb, weil ein Pfleger gegenüber einem Patienten, der sich bei der Feldarbeit etwas abseits begeben hatte, offensichtlich zu weit gegangen war, als er den Kranken mit den Stiefeln lebensgefährlich in die Rippen und in die Augen getreten hatte. Dazu ein Protokoll des Vorfalls: »Nachtragen möchte ich noch, daß Patient H. stark geistig geschwächt ist, aber gutmütig und harmlos. Er ist körperlich sehr hilflos und hätte bei der Art seiner Erkrankung, die häufig mit erhöhter Brüchigkeit der Knochen verbunden ist, auch schon bei geringfügigen Mißhandlungen unter Umständen leicht auch Knochenbrüche davontragen können, die möglicherweise seinen Tod herbeigeführt hätten. [...] Der Kranke ist auf keinen Fall gewalttätig, möglich ist allerdings, daß er, namentlich bei ungeschickter Behandlung, einmal etwas passive Resistenz leistet.«<sup>139</sup> Bemerkenswert ist immerhin, daß es hier erstmals zu einer Gerichtsverhandlung kam und der betroffene Pfleger eine dreiwöchige Gefängnisstrafe mit Bewährung erhielt.

Durch eine Überschneidung verschiedener regionaler Ereignisse in den letzten Vorkriegsjahren spitzte sich die Lage der geisteskranken Anstaltsinsassen weiter zu. Einmal führte die Erweiterung Hamburgs durch die Eingemeindung zusätzlicher Stadtteile zu einer neuerlichen Erhöhung der Aufnahmezahlen, zum anderen wurde in Schleswig-Holstein die Schließung der Anstalt Strecknitz erwogen, so daß man überlegen mußte, wo die dortigen Hamburger Patienten untergebracht werden konnten. Wieweit mindestens die Sozialbehörde bei diesen Überlegungen zu gehen bereit war, zeigte sich daran, daß sie ernsthaft mit weit entfernt liegenden, westfälischen Anstalten in Verhandlungen trat, um sich das lästige Problem vom Hals zu schaffen.<sup>140</sup> Als auch die Alternative eines Neubaus erwogen wurde, war es wieder Senator Martini, der mit den gleichen Argumenten wie vor 1933<sup>141</sup> die Bremse zog: »Bei allen neuen Bauvorhaben für Geisteskranke wird u.E. die denkbar wirtschaftlichste Form der Bauausführung gewählt werden müssen. Der Fürsorgehaushalt der Hansestadt Hamburg ist ohnehin bei einer Ausgabe mit mehr als 8.000.000,— RM für die Unterbringung von Geisteskranken außerordentlich hoch belastet. Die Summe übertrifft bei weitem das, was für Zwecke vorbeugender und aufbauender Fürsorge im Haushaltsplan der Behörde zur Verfügung steht.«<sup>142</sup> Im übrigen herrschte mit den Vorstellungen des Langenhorner Verwaltungsdirektors weiterhin Übereinstimmung, wenn Martini schrieb: »Mit der Gesundheitsbehörde bin ich der Meinung, daß die Wirtschaftlichkeit der Anstalten gesteigert werden kann, wenn die Geisteskranken in noch größerem Maße arbeitstherapeutisch angesetzt werden können, um den Lebensmittel- und sonstigen Bedarf der Anstalt möglichst weitgehend mit den Kräften der Kranken zu schaffen.«<sup>143</sup> »Arbeitstherapie« kristallisierte sich immer mehr als Mittel heraus, den Legitimationsbedarf des Anstaltwesens durch Kostensenkung und Arbeitseinsatz zu lösen.

Auch wenn es dann zur Auflösung der Außenanstalt in Strecknitz vorerst nicht kam, blieb ein durch die Eingemeindungen entstandenes Problem. Mit der Übernahme zusätzlicher Stadtteile hatte »Groß-Hamburg« nun auch für rund 1.600 weitere Geisteskranke zu sorgen, die bisher den Provinzen Schleswig-Holstein und Ost-Hannover zugehört hatten.<sup>144</sup> Natürlich bestand behördlicherseits das größte Interesse daran, diese Kranken in ihren bisherigen Anstalten zu belassen, weil auch dort niedrigere Pflegesätze verlangt wurden. Ungefähr zur gleichen Zeit betrug der durchschnittliche Pflegesatz in den vorher schon von Langenhorn belegten Umlandanstalten nur 2,85 RM, also wenig mehr als die Hälfte des Langenhorner Satzes von 500 RM.<sup>145</sup> Eine Folge war, daß sich der Kranz der hamburgischen Außenanstalten, von Schleswig über Neustadt bis Lüneburg und Ilten, quasi automatisch beträchtlich ausgeweitet hatte. Auch die dort untergebrachten Patienten dürften in das Euthanasie-Geschehen einbezogen worden sein, wir wissen nichts über sie.<sup>146</sup>



Langenhorn aber schien durch die Folgen der Ausdehnung des Hamburger Stadtgebietes nun endültig überfordert. 1938 mußte der Bettenbestand auf 2.663, 1939 sogar auf 2.748 erhöht werden,<sup>147</sup> andererseits wurden der Anstalt durch die Besiedlung seines Umlandes landwirtschaftliche Flächen genommen. Das Konzept des Verwaltungsdirektors Hanko drohte zu scheitern. Deshalb finden sich schon im März 1938 Überlegungen der Gesundheitsbehörde, »durch Ankauf eines geeigneten Gutes für die Zukunft Erweiterungsmöglichkeiten« zu schaffen.<sup>148</sup> In den folgenden Monaten verdichteten sich diese Überlegungen zu dem Gedanken einer »Verlegung der Langenhorner Anstalten«.<sup>149</sup> Am 24. Mai beauftragte Ofterdinger Dr. Hanko, sich nach einem geeigneten Gut umzusehen, schon am folgenden Tag erschien eine Suchanzeige im »Hamburger Fremdenblatt«. Nach der Besichtigung mehrerer Angebote legte sich der Gesundheitssenator auf das 75 km östlich von Hamburg in Mecklenburg gelegene Gut Düssin fest. »Es ist ein vollkommen geschlossenes, isoliert gelegenes Gut von ca. 4.000 Morgen, davon ca. 1.250 Mrg. Acker, 1.350 Mrg. Wiesen und Weiden, 1.200 Mrg. Wald. [...] Die Gebäude bestehen in einem massiven Wohnhaus (ca. 25 Zimmer), in gutem Zustand befindlichen Wirtschaftsgebäuden, Landarbeiterhäusern und Schnitterkasernen für etwa 300 Leute.«<sup>150</sup> Nicht nur könnten sofort 300 arbeitsfähige Patienten dorthin übergesiedelt werden, man hätte auch Platz und Arbeitsmöglichkeiten für eventuell aus den Umlandanstalten zu verlegende Patienten sowie für Geisteskranke aus der völlig überfüllten Anstalt Langenhorn. Natürlich rechnete man auch wieder mit einer Kostenersparnis, denn es sei »mit Bestimmtheit damit zu rechnen, daß die Unterbringungsmöglichkeiten sich billiger gestalten, als es bisher in Langenhorn, Neustadt und Strecknitz der Fall war und die landwirtschaftliche Erzeugung einen wesentlich höheren Ertrag ergeben wird, da der Boden bedeutend besser als der Langenhorner ist, die Arbeit der Geisteskranken also sich lohnender gestalten wird, um damit dem Ziel der Selbsterhaltung durch Eigenerzeugung möglichst nahe zu kommen«.<sup>151</sup> Hanko, die wohl treibende Kraft bei diesem Vorhaben, errechnete sogleich Pflegekosten von nur noch 2,97 RM, und so kam es am 1. Dezember 1938 zur Übernahme des Gutes.

Zum erstenmal gab es jetzt wieder Unstimmigkeiten zwischen Sozial- und Gesundheitsbehörde, weil der Leiter der Wohlfahrtsanstalten, Georg Steigertahl, einen Konkurrenzkampf um die arbeitsfähigen Anstaltsinsassen befürchtete. Zweifellos war es so, daß die Gesundheitsbehörde und vor allem der Verwaltungsdirektor Langenhorns Großes im Sinn hatten. Wie etwa Hankos 1941 zu Papier gebrachte Überlegungen zeigen, wirtschaftete das deutsche Irrenwesen mit seiner Vielzahl von Anstalten nach seiner Ansicht nicht effektiv genug. Deshalb entwarf er einen Plan zur Reorganisation des Anstaltswesens. In einem ersten Schritt sei-

nes Drei-Stufen-Plans wollte er die Klein- und Kleinst-Anstalten vollständig beseitigen, danach sei die Zahl der Anstalten von ursprünglich 186 weiter auf nur noch 80 zu senken, bis dann in einem dritten Anlauf diese noch verbliebenen Anstalten auf 40 Groß-Anstalten reduziert werden könnten. Diese »schwierigste Etappe zur Grundumformung des deutschen Irrenwesens wäre [...] das Ziel, auf 2 Millionen Einwohner eine Groß-Anstalt von 4.000, unter Umständen 5.000 Betten zu schaffen«. <sup>152</sup>

30 Jahre veranschlagte Hanko für die Umsetzung dieses Plans zur Errichtung von Mammutanstalten. Wieder ging es um die Ausbeutung der Arbeitskraft von Patienten mit dem Ziel der »Eigenversorgung«. Diese radikale Ökonomisierung des Anstaltswesens aber führte nach den Vorstellungen der ärztlichen Planer im Umfeld der T4-Zentrale, die Hankos Pläne entschieden ablehnten, <sup>153</sup> auf den falschen Pfad, sie fürchteten um ihr Modernisierungskonzept und damit um die Legitimation der Psychiatrie als Heilkunst. Und in puncto »Effektivität« schlossen sie weiterhin die Möglichkeit der durch den Stopp von 1941 nur unterbrochenen Euthanasie ein.

Düssin aber war der frühe Versuchsballon zur Umsetzung der Hankoschen Pläne, und so begann man kurz nach dem Ankauf mit der Verlegung von knapp achtzig arbeitsfähigen Patienten. Allerdings sollten »es nicht die besten Arbeitskräfte sein, weil Langenhorn so lange wie möglich rentabel erhalten werden muß«. <sup>154</sup> Nach dem Bau von zwei Frauen- und zwei Männer-Baracken zu je 50 Betten Mitte 1939 wurden weitere 120 Patientinnen und Patienten auf das Gut verlegt, bis sich im Herbst desselben Jahres 220 Geistesranke dort befanden. Die Stimmung auf dem isolierten Gelände muß schlecht gewesen sein. Es gab vielerlei Querelen zwischen Angestellten und Kranken, – auch aufgrund sexueller Belästigungen und damit verbundenem Austausch von Verwaltungspersonen –, die Motivation der Patienten war wegen der strengen Bewachung und des seltenen Urlaubs niedrig, es kam zu Protesten aus der Bevölkerung, die Geistesranke in ihrer ländlichen Umgebung nicht dulden wollten. Ein Patient nahm sich das Leben, nachdem der Verwaltungs-Inspektor ihn mit seiner Flinte bedroht und geäußert hatte, er würde jeden niederschießen, der ihm zu nahe trete. <sup>155</sup>

Der tristen Wirklichkeit aber standen hochfliegende Pläne gegenüber. Nicht umsonst hatte man sich für ein Gut von 4.000 Morgen entschieden, denn, so Hanko, der anscheinend auch 1943 noch an seine Pläne glaubte, eine »Heil- und Pflgeanstalt muß mit soviel Ländereien ausgestattet werden, daß die Morgenanzahl Land übereinstimmt mit der Bettenanzahl, also Morgen gleich Patient«. Nur dieser Schlüssel gewährleiste eine »weitgehendste eigene Versorgung«. <sup>156</sup> Und so hieß es denn anläßlich einer Besichtigung Düssins kurz vor dem Hamburger Zuschlag: »Das arrondierte, völlig abgeschlossene Gelände bietet Möglichkeit bis

zu 4.000 Bettplätze unterzubringen, d.h. die gesamten in Hamburg anwesenden Geisteskranken aller Kategorien können unter einheitlicher Betreuung unter erheblicher Senkung des jetzt bestehenden Kostgeldsatzes untergebracht werden.«<sup>157</sup> Von diesem Plan zur Auflösung Langenhorns und der ersatzweisen Errichtung einer ländlichen Mammutanstalt ließ die Gesundheitsbehörde trotz aller Schwierigkeiten auch nach Kriegsbeginn nicht ab. Im Gegenteil, sie forcierte jetzt das Projekt und drängte Langenhorn Ende November 1939, detaillierte Zahlenangaben über die Größe der unterschiedlichen Gruppen von Geisteskranken zu machen, die in Düssin unterzubringen seien, und dabei von 4.800 zu verlegenden Anstaltsinsassen auszugehen. In Langenhorn scheint man sich gegen die völlige Umorientierung in der Psychiatriepolitik nicht gewehrt zu haben, denn schon Anfang Januar 1940 wurde »nach eingehender Beratung der Verwaltung mit den Ärzten der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn« ein Plan auf der Grundlage der genannten Vorgaben abgeliefert.<sup>158</sup>

Daß es dann doch nicht zur Realisierung des Plans kam, lag nicht an Hamburg. Vielmehr hatte der Gauleiter von Mecklenburg die Errichtung einer derartigen Großanstalt auf seinem Gebiet nach einer Reihe von Gesprächen abgelehnt.<sup>159</sup> Die neu entstandene Lage aber führte nicht zur Aufgabe des Gutes. Düssin wurde am 1. September 1940 von der Hamburger Sozialverwaltung übernommen. Fortan wurden die dortigen Baracken vorwiegend mit rund 200 alten und siechen Insassen der Versorgungsheime belegt. Der Traum von einer Großanstalt war allerdings ausgeträumt, der Initiator des Projekts, Gerhard Hanko, befand sich inzwischen bereits bei der Wehrmacht. So dürfte denn vor allem Hamburgs Reichsstatthalter sich noch etwas vom Fortbestand des Gutes im Besitz der Stadt versprochen haben. Schon Anfang 1939 hatte Kaufmann dem dortigen Förster mitgeteilt, »daß auf dem vom Hamburger Staat gekauften Gut Düssin in Zukunft von mir das Jagdrecht ausgeübt wird«,<sup>160</sup> und Mitte 1941 sorgte er auch für eine angemessene Einrichtung der von ihm genutzten Räumlichkeiten. In einem Vermerk heißt es, das Herrenhaus des Gutes Düssin »wird auf besondere Anweisungen des Herrn Reichsstatthalters hin ausgestattet. [...] Ich bitte, diese Teile aus dem Judengut zu beschaffen und mir zuzuleiten, damit ich sie nach Düssin weiterleiten kann«. <sup>161</sup>

## 2. Langenhorn im Krieg – Katastrophenplanung und Euthanasie

### Vom Kriegsbeginn zur Aktion T4

In der Hamburger Psychiatriepolitik schienen sich die eingespielten Strategien seit Kriegsbeginn zunächst nur quantitativ auszuweiten. Am 21. Januar 1940 berichtete Stadtinspektor Freese, der im Krieg als Stellvertreter des Verwaltungsdirektors die Geschäfte der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn leitete, seiner vorgesetzten Behörde über die Verlegungsmaßnahmen der Anstalt seit diesem Zeitpunkt. Aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Gesundheitsverwaltung und dem Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein waren »bei Ausbruch des Krieges 220 Männer und 80 Frauen nach Rickling verlegt« worden. Zu ihrer Versorgung hatte Langenhorn 15 Pfleger und sechs Schwestern zur Verfügung gestellt.<sup>162</sup> Aus zwei Transportlisten geht genauer hervor, daß am 28. August 1939 150 Männer, am 31. August 50 Frauen, am 5. September 20 Männer und 30 Frauen sowie am 19. September 50 Männer zusätzlich nach Rickling abgeschoben worden waren,<sup>163</sup> so daß jetzt schon über 600 Langenhorner Kranke in dieser Umlandanstalt<sup>164</sup> verwahrt wurden.

Die Ursache für diesen plötzlichen Exodus ist unschwer zu finden, wenn man sich den Bettenbestand Langenhorns in diesem Jahr ansieht. Dieser war nämlich auf die Rekordhöhe von 2.748 Betten angestiegen, was aber die Platzprobleme im psychiatrischen Bereich nicht löste, denn schon jetzt mußten 389 Betten für Hilfskrankenhauszwecke abgezweigt werden.<sup>165</sup> Die Marginalisierung der Geisteskranken durch Abschieben wurde mit Kriegsbeginn also aufgrund eines zusätzlichen Faktors verschärft, der im weiteren Verlauf des Krieges eine immer entscheidendere Rolle spielen sollte – körperkranke Patienten verdrängten die psychisch Kranken. Die tatsächlichen Selektionsprozesse, die sich aus der Verknüpfung der beiden Filtermechanismen – dem psychiatrieinternen des Abschiebens unbrauchbarer Kranker und dem der Verdrängung Geisteskranker durch somatisch Kranke – ergaben, sind Gegenstand der Einzelstudien zu den jeweiligen Verlegungsanstalten.<sup>166</sup>

In immer stärkerem Maß wurden also ursprünglich reaktive Sparkonzepte zu einer bewußt gehandhabten Strategie umgebogen, die allein schon durch den zunehmenden Umfang der Patientenverlegungen in Anstalten des Umlands zur Hinnahme erhöhter Risiken pflegerischer und medizinischer Vernachlässigung führen mußte, dies erst recht unter

Kriegsbedingungen. Dennoch scheinen in Langenhorn selbst zunächst die Kontinuitäten überwogen zu haben: Die Zahl der in der Psychiatrie arbeitenden Ärzte verringerte sich kaum – von 15 auf 13 mit Kriegsbeginn, wovon zwei zur Wehrmacht eingezogen wurden;<sup>167</sup> der bisher die ärztliche Leitung stellvertretend ausübende Prof. Dr. Körte tat dies mittels eines »besonderen Dienstvertrages« im Angestelltenverhältnis auch über sein 65. Lebensjahr hinaus, wohl weil sich für seine Nachfolge »geeignete Kräfte« im Heeresdienst befanden;<sup>168</sup> und schließlich erfolgte im ersten Halbjahr 1940 »nur« ein weiterer Abtransport, wieder nach Rickling.

Sehr früh kündigte sich nun aber auch die Möglichkeit einer Verschränkung dieser Verlegungspraxis mit jener ersten Phase der NS-Euthanasie, der sogenannten Aktion T4, an, in deren Verlauf bis Ende August 1941 reichsweit über 70.000 Patienten psychiatrischer Einrichtungen in Tötungsanstalten abtransportiert und durch Giftgas ermordet wurden. Als die Hansestadt am 27. September 1939 ein vom 21. September datiertes Schreiben erreichte, mit dem Reichsgesundheitsführer Conti die »Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten« einleitete, mochte man dort allerdings noch an eine reine Planungsmaßnahme glauben. Conti schrieb: »Zum Zwecke der Erfassung sämtlicher im Reichsgebiet befindlichen Anstalten, in denen Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige *nicht nur vorübergehend* verwahrt werden, ersuche ich, mir *bis zum 15. Oktober 1939* ein Verzeichnis der im dortigen Bezirk vorhandenen Heil- und Pflegeanstalten aller Art herzureichen. Zu melden sind alle in Frage kommenden Anstalten, gleichgültig, ob es sich um öffentliche, gemeinnützige, caritative oder private Einrichtungen handelt. Es sind darüber hinaus auch solche Anstalten mitaufzunehmen, die an sich anderen Zwecken dienen (z.B. Siechenheime, Sanatorien), die aber in besonderen Abteilungen oder dergleichen eine gewisse Anzahl von gutartigen Schwachsinnigen, Epileptikern, anderen Geisteskranken oder an seniler Verblödung leidende Personen nicht nur vorübergehend verwahren.«<sup>169</sup>

Daß es nicht allein um die Erfassung der Anstalten und ihrer Bettenzahl ging, zeigte klar die Formulierung: »Ich beabsichtige, den in Frage kommenden Anstalten allgemeine Fragebogen über den Betrieb der Anstalt sowie auch Einzelfragebogen über die vorhandenen Patienten zugehen zu lassen.«<sup>170</sup> Damit war also die Meldebogen-Aktion noch vor der auf den Kriegsbeginn rückdatierten Euthanasie-Ermächtigung Hitlers vom Oktober 1939 eingeleitet.

Die von Senator Offerdinger an die vier Hamburger Gesundheitsämter weitergeleitete Aufforderung Contis wurde in der ersten Oktober-Woche beantwortet, so daß die Hansestadt die Liste der Hamburger Heil- und Pflegeanstalten, Versorgungsheime und kirchlichen Anstalten am 14.

Oktober dem Reichsinnenministerium zuschicken konnte. Diese Liste, die zehn Anstalten umfaßte, enthielt allein die den genannten Personenkreis betreffenden Bettplätze. So wurden etwa für die Arbeitsanstalt Farmsen statt der von dort rückgemeldeten 1.605 Bettplätze in der Liste nur 529 angegeben. Für Langenhorn allerdings wurde mit 2.725 Plätzen in etwa die Gesamtzahl seiner Betten genannt.<sup>171</sup>

Nur vier Tage später, am 18. Oktober, wurde Dr. Kurt Struve »Hals über Kopf« zum zweitmächtigsten Mann in die Gesundheitsverwaltung Hamburgs berufen, ein Mann, der sich zuvor durch vielfältige Verwaltungserfahrungen ausgewiesen hatte. Seine Aufgabe war es, die Arbeit in dieser Behörde und den ihr angeschlossenen Anstalten und Betrieben neu zu organisieren und zu straffen. Die in diesem Zusammenhang geschaffene Allgemeine Abteilung faßte nach der am 1. März 1940 in Kraft getretenen Geschäftsordnung die fünf Sachgebiete der allgemeinen Verwaltung zusammen und wurde so die »maßgebliche sachbearbeitende Zentralstelle der Gesundheitsverwaltung, die von allen übrigen Dienststellen bei der Bearbeitung entsprechender Angelegenheiten beteiligt sein muß«. <sup>172</sup> An ihre Spitze trat Obersenatsrat Dr. Struve selbst.

Die Karriere des wohl engsten Mitarbeiters von Gesundheitssenator Ofterdinger hatte in der Weimarer Republik begonnen; und sie setzte sich auch nach dem Ende des NS-Regimes, nur wenige Jahre unterbrochen, mit führenden Positionen im Hamburger Behördenapparat fort. Sechs Jahre, von 1929 bis 1935, war der 1902 geborene Kurt Struve in der Wohlfahrtsbehörde tätig gewesen, bis er als Referent in der kurzzeitig zusammengefaßten Gesundheits- und Fürsorgebehörde den ersten direkten beruflichen Kontakt zu Senator Ofterdinger bekam. Ein Jahr später hat man ihn für wenige Monate als Syndikus an die Hamburger Universität, wie er meinte, strafversetzt. Im Oktober 1936 kehrte er aber schon in den Behördenapparat zurück, diesmal als Referent in der Liegenschaftsverwaltung der Finanzverwaltung, bearbeitete dann als Referent im Rathaus Kultur- und Schulangelegenheiten und war schließlich für zwei Jahre, bis zum Juni 1939, Leiter der Jugend- und Fürsorgeabteilung des Landbezirks Hamburg. Bevor er mit der Neuorganisation der Gesundheitsverwaltung begann, leitete er, inzwischen zum Obersenatsrat befördert, einige Monate die Allgemeine Abteilung in der Bauverwaltung.<sup>173</sup>

Was aber diese Neuorganisation bezweckte und welche Funktion in diesem Rahmen Dr. Struve während des Krieges einnahm, wird aus dessen späteren Vernehmungen deutlich. Er sei, so sagte er aus, 1939 in die Gesundheitsverwaltung versetzt worden »wegen ihrer verwaltungsmäßigen Schwäche«. »Die vorhandenen leitenden Beamten waren schwächliche Persönlichkeiten; der Leiter der Betriebs- und Wirtschaftsabteilung z.B., der Oberverwaltungsdirektor Timcke, – dem Beruf nach Exportkaufmann – war ein persönlicher Freund des Senator Ofterdingers aus

der NS-Kampfzeit. Meine Aufgabe wurde es nun, im Rahmen meiner Aufsichtspflicht über alle Abteilungen der allgemeinen Verwaltung auf diese Persönlichkeiten zu schnellem aktivem Handeln einzuwirken und sie dabei auch laufend zu überwachen.«<sup>174</sup> Mit der Verabschiedung der neuen Geschäftsordnung habe er »als Leiter der allgemeinen Abteilung das Weisungsrecht in allen laufenden Verwaltungsangelegenheiten und die vorstehend erläuterte Dienstaufsicht über die leitenden Beamten der Abteilungen« ausgeübt.<sup>175</sup> Wie noch zu zeigen sein wird, hat Dr. Struve in seiner Funktion als Leiter der Allgemeinen Verwaltung der Gesundheitsbehörde in der Folge immer wieder maßgeblichen Einfluß auf eine möglichst reibungslose, effektive Bearbeitung aller Vorgänge im Rahmen des Euthanasie-Programms – also bei der Meldebogen-Aktion, bei der Aktion T4 sowie bei der Zusammenarbeit mit dem Reichsinnenministerium und der sogenannten Gemeinnützigen Krankentransportgesellschaft (Gekrat) für die späteren Verlegungen in die Tötungsanstalten der zweiten Phase der Euthanasie – genommen.

Mit der Umorganisation in der Gesundheitsverwaltung kam es auch zu einer Neugliederung des hamburgischen Hauptgesundheitsamtes und der zugehörigen Gesundheitsämter. Dies war in dem hier interessierenden Zusammenhang insofern von Bedeutung, als der gesamte Schriftverkehr zur Meldebogen-Aktion mit den übergeordneten Reichsinstanzen über eines der beiden Dezernate des Hauptgesundheitsamtes, das Dezernat 20 B, abgewickelt wurde. Eine der dortigen Abteilungen hatte nämlich »neben den kommunalen Aufgaben der gesundheitsamtlichen Tätigkeit [...] für die Staatsverwaltung die Hamburg als Staat obliegenden staatlichen Aufgaben wahrzunehmen. Um beim Reichsstatthalter für diese staatlichen Aufgaben gegenüber der Reichsregierung nicht eine besondere ärztliche Abteilung sachlich und personell einrichten zu müssen, waren diese Funktionen bei 20 B auftragsweise untergebracht.«<sup>176</sup> Geschäftsführender Leiter des Hauptgesundheitsamtes und damit Vertreter von Senator Ofterdinger in »amtsärztlichen« Angelegenheiten war Obermedizinalrat Dr. Hans Schmidt, der häufig den Schriftverkehr im Zusammenhang mit der Meldebogen-Aktion zeichnete; Leiter der Abteilung 20 B war Obermedizinalrat Dr. Helmuth Rautenberg, der von Euthanasie-Bestrebungen ja schon am Ende des Ersten Weltkriegs gehört hatte;<sup>177</sup> die den staatlichen Schriftwechsel, also auch den Fortgang der Meldebogen-Aktion, ausführende Abteilung trug in dieser Funktion die Gliederungsnummer St.V.15. Die Leitung dieser Abteilung hatte wiederum Senator Ofterdinger selbst inne.<sup>178</sup> Dr. Struve aber sah seine Aufgabe darin, Erfassung, Bearbeitung und Rücksendung der Meldebögen zu überwachen, bei Stockungen zu mahnen, Fristen zu setzen und so einen möglichst reibungslosen Ablauf zu garantieren.<sup>179</sup> Die verwaltungstechnische Besonderheit der Meldebogen-Aktion bestand also darin, daß es zwischen der

allgemeinen Gesundheitsverwaltung und bestimmten Dienststellen des Hauptgesundheitsamtes eine Arbeitsteilung gab, die auch bis in die späteren Kriegsjahre aufrecht erhalten wurde.

Wie bald deutlich wurde, gingen aber Dr. Struves Aktivitäten über bloße Kontrollaufgaben hinaus, sie verstrickten ihn spätestens in der zweiten Hälfte des Jahres 1940 immer tiefer ins Euthanasie-Programm. Mit einem auf den 30. Juni 1940 datierten Schreiben aus dem Reichsinnenministerium, das in der Abteilung St.V.15 am 27. Juli eintraf, begann in Hamburg die Erfassung der Anstalten und der geisteskranken Patienten durch Meldebögen. In diesem Schreiben wurde Bezug genommen auf die im Vorjahr aus der Hansestadt gemeldeten Anstalten, und die Leiter dieser Anstalten wurden aufgefordert, »an Hand des beiliegenden Merkblattes je einen Meldebogen 2 und die in Frage kommende Anzahl an Meldebogen 1 nach dem Stichtag vom 1. August 1940 auszufüllen und mir bis spätestens 1. September 1940 einzusenden«. In der Anlage befand sich ein Merkblatt, ein Muster der Meldebögen 1 und 2 sowie ein Ergänzungsblatt, in dem es hieß, daß für die nach dem Stichtag neu anfallenden Fälle zu meldender Kranker gleichfalls Meldebögen auszufüllen und diese jeweils zum 1. Februar bzw. 1. August jeden Jahres gesammelt einzusenden seien.<sup>180</sup> Weiter wurde mitgeteilt, daß die anstaltsbezogenen Meldebögen 2 möglichst umgehend zurückzusenden seien, die die einzelnen Patienten betreffenden Meldebögen 1 dagegen in mehreren Teilsendungen abgeschickt werden könnten.<sup>181</sup> Von den 3.320 mitgelieferten Meldebögen 1 erhielt die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn 2.000, der Rest verteilte sich auf die Versorgungsheime.<sup>182</sup>

In einer schriftlichen »Stellungnahme«, die Kurt Struve im Rahmen von Nachkriegsermittlungen verfaßte, behauptete er, auf die Leitung Langenhorns dahingehend Einfluß genommen zu haben, daß sie »in den irren Menschen in erster Linie den Kranken erkannte und nicht die Arbeitskraft für eine größtmögliche Produktivität«. <sup>183</sup> Das Umgekehrte war wohl der Fall, denn es läßt sich zeigen, mit welchen Folgen Struve in Wahrheit den Maßstab der »produktiven Arbeitsleistung« ins Zentrum der gesundheitlichen Bewertung rückte. Zwar war auch in den vom Reichsinnenministerium herausgegebenen Selektionskriterien die Rede von Patienten, die »in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u.ä.) zu beschäftigen sind«, <sup>184</sup> in Hamburg wurde die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt aber mit besonderem Nachdruck gelenkt, weil bei der Übersendung der Vordrucke an die Anstalten ein zusätzlicher, auf regionaler Ebene entworfener Fragebogen beigelegt wurde. In ihrer Anklageschrift von 1973 gegen Dr. Struve und Pastor Lensch von den Alsterdorfer Anstalten hat die Staatsanwaltschaft die allmähliche Entwicklung dieses anstaltsbezogenen Fragebogens rekonstruiert. Sie zeigte dabei, daß Dr. Struve es war, der den zunächst aus drei



Items bestehenden Entwurf entscheidend umformte. Die endgültige Fassung bestand schließlich aus fünf Kategorien von Patienten, wobei in der fünften diejenigen als »wertlos« ausgefiltert wurden, die zugleich unheilbar und unproduktiv beschäftigt waren.<sup>185</sup>

Im übrigen ging nun alles seinen bürokratischen Gang. Am 3. August 1940 wurden die Meldebögen, Merkblätter etc. an die Anstalten und Heime weitergeleitet bei gleichzeitiger Fristsetzung bis zum 20. August, die dann allerdings mangels Personals nicht eingehalten werden konnte. Der leitende Oberarzt der Staatlichen Wohlfahrtsanstalten Prof. Biemann versuchte sogar, angesichts der prekären Personallage ganz von dieser »planwirtschaftlichen Erfassung« befreit zu werden. Aus seinem Schreiben an die Gesundheitsverwaltung wird zugleich der minimale Umfang der medizinischen Versorgung in den staatlichen Heimen deutlich: »Mir stehen bei einer Gesamtzahl von ungefähr 6.000 Kranken nur 7 Ärzte zur Verfügung. Es entfallen also auf jeden Arzt ungefähr 700-800 Patienten. So wird z.B. die Farmsener Anstalt mit ca. 2.000 Insassen von nur einem Arzt versorgt, der bei dieser großen Insassenzahl nicht einmal in der Lage ist, die laufenden Arbeiten ordnungsgemäß zu erledigen.«<sup>186</sup> Das Hauptgesundheitsamt lehnte aber auch nach einem neuerlichen Vorstoß von Prof. Biemann, in dem er die Versorgungsheime von den Heil- und Pflegeanstalten abzugrenzen versuchte, dessen Ansinnen ab. Es bat lediglich am 11. September 1940 beim Reichsinnenministerium um Fristverlängerung sowohl für die Wohlfahrtsanstalten wie für die Anstalt Langenhorn, die am 26. August um Aufschub gebeten hatte.<sup>187</sup> Als neuer Stichtag wurde daraufhin der 1. Dezember festgesetzt. Aber auch bis zu diesem Tag waren in der Gesundheitsverwaltung aus Langenhorn erst 862, aus den Wohlfahrtsanstalten nur 59 Meldebögen 1 eingegangen.

Langenhorn hatte nämlich damit begonnen, von den auszufüllenden Meldebögen »Doppelstücke« anzufertigen, und forderte deshalb am 17. Oktober die Lieferung von 3.600 weiteren Fragebögen an.<sup>188</sup> Darum schrieb die Anstalt nach Ablauf der neuerlichen Frist an das Hauptgesundheitsamt: »Es sind nach voraussichtlicher Schätzung noch etwa 1000 Meldebogen 1 zu erwarten. Der Eingang der letzten Teilsendung kann mit Bestimmtheit noch nicht angegeben werden. In der Ausfertigung der Meldebogen ist eine erhebliche Unterbrechung eingetreten, weil die Übersendung der erforderlichen Formulare sich von Berlin über 1 Monat verzögerte.«<sup>189</sup> Einer Gesamtliste der abgelieferten Meldebögen 1 ist zu entnehmen, daß ungefähr zu diesem Zeitpunkt aus Langenhorn 1.263, aus den Versorgungsheimen 363 eingegangen waren.<sup>190</sup> Nachdem St.V.15 am 16. Juni 1941 nochmals die auch jetzt noch ausstehenden Meldebögen angemahnt hatte, übrigens zum wiederholten Mal unter Einschaltung von Dr. Struve, wurde dort notiert: »Herr Freese von der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn teilt auf fernm. Anfrage mit, daß noch ungefähr

150 Meldebogen ausstehen, die im Laufe des Monats Juli fertiggestellt sein werden.«<sup>191</sup> Es kam dann zunächst zur Abgabe der Meldebögen 2, aus den Wohlfahrtsanstalten am 18. Juli, aus Langenhorn am 28. Juli 1941. In einem Begleitschreiben wies Prof. Biemann auf die geringere Zahl der aus den Versorgungsheimen abgelieferter Bögen hin, die sich daraus ergab, daß inzwischen »350 Geisteskranke aus dem Bereich des Amtes für Wohlfahrtsanstalten in die Landesheilanstalt Meseritz-Obrawalde und in die Heil- und Pflegeanstalten Zwiefalten und Schussenried i/Württemberg verlegt worden sind.«<sup>192</sup> Am 11. September 1941 war in den Versorgungsheimen die Meldebogen-Aktion abgeschlossen, in Langenhorn erfolgte die Schlußsendung der ursprünglich bis 31. Juli 1940 auszufüllenden Bögen erst am 12. Juni 1942, also weit nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp.<sup>193</sup>

Mit Datum vom 19. Dezember 1942 änderte dann der inzwischen zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ernannte Dr. Linden, der im Reichsinnenministerium auch zuvor die Meldebogen-Aktion abgewickelt hatte, das Meldeverfahren. Fortan sollten die Anstalten monatliche Bestandsmeldungen liefern, der Meldebogen wurde unter anderem zum Zweck präziserer Erfassung der Arbeitsleistung umformuliert, und es sollten zukünftig in den halbjährlichen Sendungen sämtliche Anstaltsinsassen, auch rückwirkend, erfaßt werden.<sup>194</sup> Langenhorn hielt sich nicht an diese geänderte Verfahrensweise, offensichtlich aufgrund der mit der Umstrukturierung der Anstalt verbundenen Anforderungen. In kürzeren Zeitabständen schickte es noch eine Reihe kleinerer Teilsendungen, bis auch diese ausblieben. In einer Notiz des Hauptgesundheitsamtes vom 3. März 1943 heißt es: »Auch diese Melderei jedes neu Aufzunehmenden wurde neulich in der ›Einschränkungssitzung‹ von dem Verwaltungsleiter der Anstalt Lgh als eine arge Belastung bezeichnet.«<sup>195</sup> Die letzte Sendung mit vier Meldebögen 1 aus der Heil- und Pflegeanstalt ist am 26. März 1943 nach Berlin abgegangen,<sup>196</sup> also einen Tag nach Wiederaufnahme der Verlegungen einer großen Zahl Langenhorner Patienten in Tötungseinrichtungen. Am 25. März 1943 wurden aus Langenhorn nämlich erstmals Geisteskranke nach Meseritz-Obrawalde abtransportiert. Offizielles Ende der Meldebogen-Erfassung war allerdings erst der 31. August 1944, was in einem Erlaß des Reichsinnenministeriums mit dem »totalen Kriegseinsatz« begründet wurde.<sup>197</sup>

Ähnlich wie vom Beginn der Meldebogen-Aktion zunächst Staatsverwaltung bzw. Gesundheitsverwaltung in Hamburg informiert worden waren, weihten die zuständigen Berliner Instanzen zuerst den Gesundheitssenator und dessen obersten Verwaltungsbeamten in das sich anschließende Tötungsprogramm für Geisteskranke ein. Der Besuch von Hans Hefelmann und dessen Mitarbeiter Richard von Hegener – beide aus der Euthanasie-Zentrale in der »Kanzlei des Führers« und dort vor

allem zuständig für die Kindertötungen – bei Senator Ofterdinger und Kurt Struve betraf die Anstalt Langenhorn zentral. Er muß ungefähr zu jenem Zeitpunkt stattgefunden haben, als die Meldebogen-Erfassung in Hamburg eingeleitet wurde, nach Aussage Kurt Struves im Hochsommer 1940. Der Vorstoß aus Berlin muß massiv gewesen sein, er betraf eine ganze Reihe von Punkten, wie sich rekonstruieren läßt. Einmal wollten Hefelmann und von Hegener die gemeldeten Anstalten und Versorgungsheime in Augenschein nehmen, weiter informierten sie über das mehrstufige Verfahren bei der sogenannten »Sterbehilfe« für Kinder und Erwachsene, dann ging es um rechtliche Fragen, die sich aus der Führer-Ermächtigung für Bouhler und Brandt sowie aus dem »mit Rücksicht auf die Auslandspropaganda« zurückgestellten Euthanasie-Gesetz ergaben, und schließlich kamen sie auf den Kern ihres Besuches.

Nach ihren Vorstellungen sollten nämlich in der Anstalt Langenhorn Abteilungen für die Tötung sowohl von Kindern wie auch von Erwachsenen eingerichtet werden.<sup>198</sup> Dr. Ofterdinger soll sich gegen dieses Ansinnen zunächst mit dem Argument gewehrt haben, daß die räumliche Nähe der Anstalt zur Stadt derartige Vorgänge schnell bekanntmachen würde. »Senator Dr. Ofterdinger hat mir selbst erzählt«, so ein Hamburger Amtsarzt, »daß man von ihm verlangt habe, er solle Euthanasie an erwachsenen Geisteskranken in der Anstalt Langenhorn durchführen lassen. Er habe sich gegen dieses Ansinnen gestellt mit der Begründung, daß in Hamburg eine räumliche Trennung der Patienten von den Angehörigen nicht durchzuführen sei. Jeden Mittwoch und Sonntag gehe ein Pilgerzug von Angehörigen nach der Anstalt Langenhorn, und die Verbindung der Geisteskranken mit der Anstalt sei so eng, daß die Euthanasie nur Mißstimmung unter der Bevölkerung hervorrufen würde.«<sup>199</sup> Mit ähnlich pragmatischen Argumenten will auch Kurt Struve auf Senator Ofterdinger eingewirkt haben, nachdem aufgrund der dilatorischen Behandlung der Berliner Forderungen Hefelmann im Oktober erneut nach Hamburg gekommen war. Bei diesem Besuch soll er dringlich auf der Einrichtung einer Kinderfachabteilung bestanden, aber die einer Station für Erwachsenen-Euthanasie fallengelassen haben. Auch gegen diese Forderung scheint man sich nach Aussage Kurt Struves zunächst gestäubt zu haben: »[...] wegen der Ablehnung einer Kinderabteilung kam das Gespräch zwischen Ofterdinger und mir auf die vorhandenen Kinderabteilungen, wie unmöglich es sei, Euthanasie durchzuführen, wo die Eltern gegenseitig ihre Kinder beobachteten und die Aufmerksamkeit wegen auffälliger Sterblichkeit gar nicht zu verhindern sei.«<sup>200</sup>

Dr. Struve hat mehrfach ausgesagt, er habe nichts davon gewußt, daß Senator Ofterdinger dann doch Dr. Knigge von der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn mit der Errichtung einer Kinderfachabteilung in dieser Anstalt beauftragt hat. Nachdem Struve dann selbst von Dr. Knigge

informiert worden sei, soll Ofterdinger sich mit dem Hinweis auf das über mehrere Instanzen verlaufende Begutachtungsverfahren gerechtfertigt haben sowie mit der Anordnung, daß er sich für jeden Einzelfall die Entscheidung vorbehalten habe. »Gerade im Kriege gewinne die Euthanasie an lebensunfähigen Kindern infolge der verstärkten sonstigen Beanspruchung von Eltern und Pflegepersonen erhöhte menschliche Bedeutung.«<sup>201</sup> Im übrigen sei der Führererlaß der Hamburger Justiz bekannt, und in diesbezüglichen Fällen sei auf Anweisung des Reichsjustizministeriums von Strafverfolgung abzusehen. Dieser Version steht die Aussage eines Langenhorner Arztes gegenüber, wonach Dr. Knigge zwar anfangs Bedenken geäußert habe, »lebensunwerte Kinder zu vernichten«. Von seiten der Gesundheitsverwaltung seien dann aber mehrfach Einladungen an Dr. Knigge ergangen. Es sei zu gemeinsamen Essen gekommen, bei denen »insbesondere der Obersenatsrat Struve eine Rolle gespielt habe, der auch Dr. Knigge zugeredet habe, die Station zu übernehmen.«<sup>202</sup> Es soll in diesem Zusammenhang auch um die Karriere von Dr. Knigge gegangen sein. Tatsächlich nahm dann die Kinderfachabteilung in Langenhorn ihre Tätigkeit am 1. Februar 1941 auf.

Es gab aber eine Gruppe von Langenhorner Geisteskranken, die noch früher und damit als erste vom NS-Mordprogramm erfaßt wurde. Mit Erlaß vom 15. April 1940 hatte das Reichsinnenministerium die Gesundheitsverwaltung aufgefordert, »bei den mir als in Frage kommend gemeldeten Anstalten Nachfrage zu halten, wieviel Juden (getrennt nach Männern und Frauen), die an Schwachsinn oder einer Geisteskrankheit leiden, dort untergebracht sind.«<sup>203</sup> Dr. Linden drängte auf Erledigung innerhalb von drei Wochen. Die Antworten aus den Alsterdorfer Anstalten, Langenhorn und den Versorgungsheimen trafen am Ende des folgenden Monats bei St.V.15 ein, Langenhorn meldete 36 Frauen und 30 Männer.<sup>204</sup> Das Startzeichen für den Abtransport und die Tötung der jüdischen Patienten erfolgte durch ein Schreiben des Reichsinnenministeriums vom 30. August 1940, diesmal von Dr. Cropp unterzeichnet, in dem es verschleiern hieß: »Der noch immer bestehende Zustand, daß Juden mit Deutschen in Heil- und Pflegeanstalten gemeinsam untergebracht sind, kann nicht weiter hingenommen werden, da er zu Beschwerden des Pflegepersonals und von Angehörigen der Kranken Anlaß gegeben hat. Ich beabsichtige daher, (den) die in den(r) nachbezeichneten Anstalten – Anstalt untergebrachten Juden am 23. September 1940 in eine Sammelanstalt zu verlegen.«<sup>205</sup> So geschah es. Nachdem wenige Tage zuvor jüdische Patienten aus norddeutschen Heimen und Anstalten sowie aus den Hamburger Versorgungsheimen in Langenhorn zusammengezogen worden waren, ging der Transport mit 136 Frauen und Männern am genannten Datum in die Tötungsanstalt Brandenburg ab. Auch dieser Zielort wurde verschleiert, auf Nachfragen nannte man die Anstalt Cholm bei

Lublin. Die Ankunft der jüdischen Geisteskranken im ehemaligen Zuchthaus Brandenburg ist jedoch im Taschenkalender des dortigen Tötungsarztes Irmfried Eberl sorgfältig verzeichnet. Damit handelte es sich also nicht nur um den ersten Transport Hamburger Geisteskranker, sondern zugleich auch um den ersten Transport Hamburger Juden, der durch Giftgas ermordet wurde.

Die Verlegungen aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn im Jahr 1941 dürften kaum angemessen zu verstehen sein, wenn man sich auf eine pure Chronologie beschränkt. Die in diesem Jahr verstärkt einsetzenden katastrophopolitischen Maßnahmen in Hamburg verschränkten sich nämlich auf komplexe Weise mit den Abtransporten im Rahmen der Aktion T4. Betroffen waren unter anderem Krankenhäuser, staatliche und private Heime sowie staatliche und kirchliche Anstalten für Geistesranke und Behinderte. Überall wurden Insassen und Patienten verlegt oder abgeschoben, entweder innerhalb der Stadt oder nach außerhalb. Für eine Darstellung des Gesamtzusammenhangs fehlt hier der Raum, einige Beispiele sollen die gesundheits-, sozial- und katastrophopolitischen Querverbindungen zumindest andeuten.

Auffälligerweise fanden Ende März 1941 massive Verlegungen sowohl aus den Wohlfahrtsanstalten wie aus Langenhorn statt. Schon Ende Februar war der hamburgischen Sozialverwaltung vom Provinzialverband Pommern zugesagt worden, 200 Geistesranke in der Anstalt Meseritz-Obrawalde aufzunehmen.<sup>206</sup> So wurden am 25. und 26. März je 100 Männer und Frauen aus den Versorgungsheimen in die spätere Tötungsanstalt verlegt. Man muß sich daran erinnern, daß es Geistesranke gewesen waren, die nach dem Friedrichsberg-Langenhorn Plan in diese Heime abgedrängt worden waren, und es waren eben diese Geistesranke, deren fortschreitende Marginalisierung sie nun in den gewaltsamen Tod führen sollte. Spätestens im folgenden Jahr starben nämlich schon etwa 50 der verlegten Versorgungsheiminsassen, wie man dem ab 1942 vorliegenden Sterberegister des Standesamtes Meseritz-Obrawalde entnehmen kann.

Bei der Selektion gerade dieser Kranken hatte es sich keineswegs um einen Zufall gehandelt, wie ein Zitat aus der Sozialbehörde belegt: »Es handelt sich darum, die Geistesranke der Oberaltenallee nach auswärts zu verlegen, damit hier Platz für ordentliche Anstaltsinsassen geschaffen werden kann, was im Augenblick aber durch die Belegung mit Geistesranke nicht möglich ist. Die Abschiebung von Geistesranke ist also keine Maßnahme im Interesse der Geistesranke, sondern lediglich eine luftschutzbedingte Maßnahme für ordentliche Anstaltsinsassen.«<sup>207</sup> Übrigens standen diese Versorgungsheime bei der Hamburger Bevölkerung schon einige Zeit im schlechten Ruf, bloße Absterbeanstalten zu sein. Die tristen Zustände in der Großanstalt Oberaltenallee schon vor Kriegsbe-

ginn werden aus einem Vermerk von 1937 deutlich: »Der Wechsel in der Anstalt Oberaltenallee ist sehr groß. Am 10.2.37 war die Anstalt mit 1.405 Personen belegt, frei waren 46 Betten. Im Jahre 1936 waren ca. 1.000 Todesfälle in der Anstalt einschl. Averhoffstraße.«<sup>208</sup>

Ende März 1941 wurden aber auch zahlreiche Patienten aus Langenhorn verlegt, und zwar am 19. März 20 Frauen und 30 Männer nach Rickling, am 20. März 40 Frauen und 85 Männer nach Lüneburg sowie am 21. März 50 Frauen und 50 Männer nach Neustadt/Holstein. Mit Lüneburg und Neustadt waren also zu den bisher schon existierenden Abschiebeanstalten zwei weitere hinzugekommen. Mit dem Leiter der Anstalt Neustadt/Holstein Walther hatte man in der Gesundheitsverwaltung direkt verhandelt, mit Lüneburg wurde die Übernahme fernmündlich vereinbart. Der Vermerk, dem dies zu entnehmen ist, führt als Grund »Überfüllung« an.<sup>209</sup> Der katastrophenpolitische Hintergrund dieser Maßnahme wird aber aus einem Schreiben der Anstalt Langenhorn an die Betriebs- und Wirtschaftsabteilung der Gesundheitsverwaltung deutlich, wo es heißt, daß »ein weiteres Haus als Hilfskrankenhaus« eingerichtet werden mußte.<sup>210</sup>

Als Lüneburg kurz darauf aufgrund der dortigen »planwirtschaftlichen Umlagungen« zusätzlich »mehrere hundert Krankenplätze(n)« anbieten konnte, vermerkte Langenhorn auch, wem die Geisteskranken zu weichen hatten: »Die Belegung der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg erfolgte durch die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, die ihrerseits auf Veranlassung der Gesundheitsverwaltung Platz schaffen mußte für Patienten aus dem Krankenhaus St. Georg.«<sup>211</sup> Das in der Innenstadt gelegene und damit bombengefährdete Krankenhaus St. Georg begann, eine Reihe seiner Abteilungen, zunächst vor allem Infektionsabteilungen, ins am Stadtrand gelegene Langenhorn zu verlagern. Der katastrophenpolitische Rahmen führte also zu ähnlichen Maßstäben der Selektionen sowohl in den Versorgungsheimen wie in Langenhorn: Die Geisteskranken mußten »ordentlichen« Anstaltsinsassen bzw. Patienten weichen. Die Koinzidenz geht aber irritierenderweise noch weiter: Denn nicht nur die Anstaltsbewohner fanden sich in Meseritz-Obrawalde wieder, auch der Leidensweg vieler dieser jetzt aus Langenhorn abgeschobenen Kranken endete nach z.T. mehrfachen Hin- und Rückverlegungen in derselben Tötungsanstalt.<sup>212</sup>

In den nächsten Monaten nahmen die Katastrophенplanungen in Hamburg immer größere Ausmaße an, einmal als Folge der Bombenangriffe auf die Stadt vom 9. bis 12. Mai 1941, zum anderen zum Zweck der Unterbringung ausländischer Arbeitskräfte. Einen Tag, nachdem aus den Versorgungsheimen weitere 149 Insassen in die ehemaligen Zwischenanstalten der Euthanasie Zwiefalten und Schussenried verlegt worden waren,<sup>213</sup> schrieb Reichsstatthalter Karl Kaufmann nach Berlin

an Generalfeldmarschall Milch: »Der Staatssekretär Dr. Stuckart hat zugesagt, die Frage der schrittweisen Evakuierung der Alters- und Siechenheime zu prüfen, da diese Gebäude sich ganz besonders für die Unterbringung von zusätzlichen Arbeitskräften eignen. Die Betreuung dieser alten und siechen Personen bedeutet bei Luftangriffen für den Luftschutzort eine außerordentliche Belastung.«<sup>214</sup> Wahrscheinlich läßt sich dieses Schreiben, in dem alle damaligen Luftschutz- und Evakuierungsmaßnahmen angesprochen wurden, als der erste schriftlich fixierte Katastrophenplan Hamburgs ansehen.

Ebenfalls genau zu diesem Zeitpunkt, am 21. Mai 1941, hatte Kaufmann durch Verordnung das sogenannte »Amt für kriegswichtigen Einsatz« geschaffen, das unter anderem für technische und bauliche Maßnahmen im Zusammenhang mit Luftangriffen zuständig war. Eben dieses Amt legte am 23. Juni eine »Liste über Unterbringungsmöglichkeiten für ausländische Arbeiter in bisher beschlagnahmten Häusern« vor. Von dieser Beschlagnahmung bzw. Räumung von 1.800 Plätzen waren konfessionelle und Altersheime betroffen.<sup>215</sup> Wieder fällt die Parallele zu Vorgängen im Bereich der Anstalten für Geisteskranke und Behinderte auf, denn einen Tag nach Vorlage jener Liste sicherte sich die Gesundheitsverwaltung die Kompetenz über die im Rahmen der Katastrophenplanung anscheinend immer dringlicher werdende Verlegung aus unterschiedlichen Anstaltstypen. Mit Schreiben vom 24. Juni 1941 an die Sozialverwaltung ließ sich Senator Ofterdinger auch Funktionen der angeschriebenen Behörde in diesem Bereich übertragen. Es hieß dort: »Es besteht Übereinstimmung, daß die gefährdete Luftlage Hamburgs bedingt, planvoll Bettenreserven in Hamburgs Anstalten zu schaffen. Es ist daher eine Verlegung von Insassen der Wohlfahrtsanstalten, der Alsterdorfer Anstalten wie der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn nach außerhamburgischen Anstalten unvermeidbar. Die Einheitlichkeit der Verlegung soll dadurch gewahrt werden, daß sie der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn übertragen wird. Sie erklärten sich damit einverstanden, daß von meiner Verwaltung an die Anstalten Ihrer Verwaltung wie an die Alsterdorfer Anstalten herangetreten wird, welche Insassen dieser Anstalten zunächst nach Langenhorn zur Weiterverlegung nach außerhamburgischen Anstalten verbracht werden sollen. Meine entsprechenden Weisungen gegenüber den Alsterdorfer Anstalten gelten zugleich als Weisungen des Bezirksfürsorgeverbandes Hamburg – Sozialverwaltung – als Kostenträger und insofern für die Verlegung Bestimmungsberechtigter.«<sup>216</sup>

Der für die Sozialverwaltung zuständige Senator Martini notierte handschriftlich, das »Abkommen ist nachstehend richtig wiedergegeben«, und erklärte sich so mit dieser Kompetenzverlagerung einverstanden. Er hatte ohnehin genügend Probleme mit der »Unterbringung kranker und siecher Alter«, da einerseits die offene Fürsorge, andererseits

auch die überfüllten Krankenanstalten auf die Abnahme solcher Menschen drängten. Erschwerend kam in den Wohlfahrtsanstalten der Verlust von Bettplätzen hinzu: »Leider hat Amt VI eine Anzahl von Plätzen verloren, da wegen der Luftgefahr die oberen Stockwerke und leicht gebaute Baracken von Bettlägerigen geräumt werden mußten.«<sup>217</sup>

Nach der Verlegung von 22 geisteskranken Frauen und 21 geisteskranken Männer aus dem Versorgungsheim Oberaltenallee nach Langenhorn am 26. Mai 1941 sind aber weitere Abtransporte aus den Wohlfahrtsanstalten in die Heil- und Pflegeanstalt während dieses Zeitabschnitts nicht zu erkennen, und dies obwohl Langenhorn noch im August damit rechnete.<sup>218</sup> Im Gewirr der Neugründung von Institutionen, Kompetenzverlagerungen, Räumungen, Beschlagnahmungen und Verlegungen aufgrund der verstärkten Kriegsmaßnahmen muß auf dem Sektor der Wohlfahrtsanstalten eine neue Lage entstanden sein. Anders verhielt es sich in bezug auf die Alsterdorfer Anstalten. Und hier wird die enge Verzahnung der regionalen Strategien mit dem Mordprogramm der T4-Zentrale in Berlin erkennbar.

Schon Anfang des Jahres 1941, also kurz nachdem Dr. Knigge in die Errichtung einer Kinderfachabteilung in Langenhorn eingewilligt hatte, waren die Verantwortlichen der in Hamburg betroffenen Anstalten und Heime zu einer Sitzung bei Senator Ofterdinger geladen. An dem Treffen, das am 16. Januar 1941 stattfand, nahmen neben dem Gesundheitssenator und Kurt Struve Prof. Körtke und Dr. Knigge von der Anstalt Langenhorn, Prof. Biemann vom Amt für Wohlfahrtsanstalten sowie Prof. Schäfer für die Alsterdorfer Anstalten und für die Privat-Irrenanstalt Dr. Lienau teil.<sup>219</sup> Spätestens seit dieser Sitzung wußten die ärztlichen Anstaltsleiter um das Mordprogramm an Geisteskranken und seine konkrete Abwicklung. Als ein halbes Jahr später die Listen mit den im Rahmen der Aktion T4 abzutransportierenden Patienten in der Gesundheitsverwaltung eingetroffen waren, in Berlin zusammengestellt aufgrund der dort eingegangenen Meldebögen, weihten Senator Ofterdinger und Kurt Struve auch die Langenhorner Ärzte während einer Konferenz in die bevorstehenden Euthanasie-Verlegungen ein. Wohl auf Anregung Struves und auf Anordnung Ofterdingers fügten die Abteilungsärzte den Krankenakten der zur Tötung ausgewählten Patienten noch eine Kurzbeschreibung des Krankheitsbildes bei – zur schnellen Information in den Zwischen- und Tötungsanstalten. Dr. Struve sagte später hierzu: »Ich meine auch, daß ich den Senator angeregt habe, die Anstalten aufzufordern, jeder Krankenakte ein besonderes sorgfältiges Krankenbild beschreibender Art vorzuheften, um den Empfänger der Akte zu zwingen, diese Darstellung als erste zur Kenntnis zu nehmen und sie bei der weiteren Überlegung über den Fall zu berücksichtigen.«<sup>220</sup> Noch kurz vor dem Abbruch der Aktion T4 gingen dann drei Transporte aus Langenhorn in die Zwi-



schenanstalt Königslutter ab, 50 Männer am 10. Juli, 30 Frauen am 29. Juli und 75 Männer am 14. August.<sup>221</sup>

Eigentlich kam die Ermächtigung Opferdingers durch Martini vom 24. Juni erst nach der ersten dieser Euthanasie-Verlegungen so recht zum Zuge. Denn am 28. Juli und am 1. August fuhren in den Alsterdorfer Anstalten die berüchtigten Busse der Gekrat vor, um 71 Behinderte, 50 Männer und 21 Frauen, nach Langenhorn zu transportieren. Die Betroffenen waren ebenfalls aufgrund der nach Berlin geschickten Meldebögen selektiert worden. Angeblich hatte Gesundheitsminister Opferdinger Pastor Lensch von den Alsterdorfer Anstalten versichert, die 71 Insassen sollten nur deshalb nach Langenhorn verlegt werden, um die Anstalt zu entlasten und die in Langenhorn jetzt leerstehenden Betten sinnvoll zu nutzen.<sup>222</sup>

Wie bedrohlich diese Verlegung für die betroffenen Kranken tatsächlich war, wird indirekt in der Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve von 1973 vermerkt. Dort heißt es nämlich, Lensch sei mitgeteilt worden, »daß die nach Langenhorn überführten Patienten dort noch mindestens ein halbes Jahr zur Beobachtung bleiben sollten«. <sup>223</sup> Der wahre Grund der Transporte nach Langenhorn aber ist wohl die dieser Anstalt zugewiesene Funktion, die »Einheitlichkeit der Verlegung« zu garantieren, gewesen. Kurt Struve hat dieser Funktion später einen zusätzlichen Aspekt hinzugefügt, als er mutmaßte: »Wenn die Patienten aus Alsterdorf nach Langenhorn verlegt wurden, um danach weiter in eine Beobachtungsanstalt nach der Meldebogenaktion verlegt zu werden, dann könnte ich für diese Zwischenverlegung den Grund nur darin sehen, daß ein Abtransport der Patienten von Langenhorn für die Bevölkerung weniger auffällig gewesen wäre als aus der Alsterdorfer Anstalt.« <sup>224</sup> Tatsächlich blieben die Alsterdorfer Patienten nicht einmal die angeblich zugesagten sechs Monate in ihrer Verlegungsanstalt, sie bildeten einen Teil jener 203 Patienten, die am 14., 20. und 27. November aus Langenhorn in die sogenannte Gau-Heilanstalt Tiegenhof bei Gnesen verlegt wurden. Der Zielort war auch keine »Beobachtungsanstalt«, hier wurden die Verlegten vielmehr auf grausame Weise in den Tod getrieben.

Das Morden an den Hamburger Geisteskranken ging also auch unmittelbar nach dem sogenannten Euthanasie-Stopp weiter. Ein wichtiges Bindeglied war dabei jenes Abkommen zwischen Gesundheits- und Sozialverwaltung, welches Langenhorn praktisch die Funktion einer Zwischenanstalt für Versorgungsheime und kirchliche Behinderteneinrichtungen zuwies. Gerade die Verlegungen aus den Alsterdorfer Anstalten weisen zusätzlich darauf hin, daß das Abkommen vom 24. Juni 1941 Teil einer umfassenderen Räumungsplanung war. Denn mit der schon erwähnten Beschlagnahme-Aktion vom 23. Juni waren in dieser kirchlichen Institution 50 Plätze für ausländische Arbeiter reklamiert worden.<sup>225</sup>

Hier werden erneut die kaum überschaubaren Verflechtungen zwischen regionalen Kriegsmaßnahmen und zentralem Euthanasie-Programm deutlich.

### **»Latenzzeit« - der Zeitraum von Ende 1941 bis Anfang 1943**

Der Zeitraum zwischen dem offiziellen Ende der Aktion T4 und den erneuten massiven Verlegungen aus Langenhorn in Tötungsanstalten ab Anfang 1943 läßt sich als eine Phase latenter Entwicklungen beschreiben, in der überwiegend Krankenverlegungen in Hamburger Umlandanstalten stattfanden. Allerdings ist eine solche Periodisierung fragwürdig und wird dem Schicksal vieler Patienten keineswegs gerecht, einmal, wenn man an die Verlegungen in die Tötungsanstalt Tiegenhof von Ende 1941 denkt, dann, wenn man die Transporte Hamburger Geisteskranker aus Lübeck-Strecknitz nach Eichberg und Weilmünster berücksichtigt, und schließlich, wenn man die außergewöhnlichen Sterberaten auch in den Umlandanstalten zur Kenntnis nimmt. In großem Ausmaß gestorben und gemordet wurde also über alle Zeiträume des Krieges hinweg, dies darf keine Unterteilung des Euthanasie-Geschehens in Zeitabschnitte vergessen machen. Dennoch lassen sich Veränderungen in den Strategien, was den Umgang mit den Anstalten und ihren Geisteskranken betrifft, sowohl auf der Ebene der zentralen Apparate wie in den regionalen Entscheidungsprozessen Hamburgs ausmachen. Zum Teil sind sie Reflexe auf die Erfahrungen mit der Aktion T4, zum Teil weisen sie auf Zukünftiges und Schlimmeres hin. Nur dies soll der Begriff »Latenzzeit« ausdrücken.

Mit den Transporten von 150 Geisteskranken nach Ilten bei Hannover am 17. und 21. Oktober 1941 kamen die Wahrendorffschen Anstalten zu den bisher von Langenhorn in Anspruch genommenen regionalen Verlegungsanstalten als weitere Umlandanstalt hinzu. Gründe für den Bedarf an zusätzlichem Anstaltsraum lassen sich leicht finden: Einmal hatte Langenhorn der Stopp der Aktion T4 überrascht, da noch weitere Patienten für die Verlegung in die Zwischenanstalt Königslutter »eingepflanzt« gewesen waren, andererseits trafen kontinuierlich weitere körperkranke Patienten aus dem Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Langenhorn ein. Dies läßt sich etwa einem Schreiben des stellvertretenden Verwaltungsleiters Freese entnehmen, der am 4. Dezember 1941 in St. Georg eine sorgfältigere Angabe der Personalien »der nach hier verlegten Patienten« anmahnte, da sonst »eine Aktenaufbereitung und die Anforderung des Kostgeldes von Krankenkassen oder sonstigen Kostenträgern unmöglich ist«. <sup>226</sup>

Wie der Kontakt Langenhorns mit Ilten zustande kam, ist nicht bekannt. Es mag sein, daß die Anstalt Lüneburg - wie später im Fall Liebenburg - den Hinweis gab, <sup>227</sup> es mag aber auch sein, daß die schon län-

ger bestehenden Verbindungen zwischen Hamburgs Sozialverwaltung und den Wahrendorffschen Anstalten Auslöser waren. Denn von den in der Provinz Hannover gebliebenen, aber aufgrund des Groß-Hamburg-Gesetzes 1937 der Hansestadt zugefallenen 242 Patienten waren 13 in den Wahrendorffschen Anstalten untergebracht.<sup>228</sup>

Bekannt ist aber, wer die Durchführung dieser ersten Langenhorner Transporte in die damals größte deutsche Privatanstalt veranlaßt hat. Sie wurden nämlich, noch ganz im Stil der T4-Verlegungen, von der Berliner Tarnorganisation Gekrat ausgeführt, und über die daraus erwachsenen Transportkosten entwickelte sich ein Schriftwechsel, aus dem klar hervorgeht, daß Gesundheitsminister Ofterdinger diesbezügliche Abmachungen mit der Gekrat getroffen hatte.<sup>229</sup> Hamburg hat dann Folgerungen aus der überraschenden Höhe der Transportkosten gezogen. So waren in der Rechnung unter anderem zehn Fahrten von Kaufbeuren und Regensburg nach Hamburg aufgeführt, und als die Stadt Aufschluß über diese und weitere Posten verlangte, antwortete die Gekrat: »Aufgrund der Vereinbarung des Herrn Senators Dr. Ofterdinger mit unserem Herrn Siebert mußten zur Verlegung der Kranken nach Ilten 5 Pfleger aus ihrer damaligen Arbeit in Regensburg und 5 andere aus der Tätigkeit in Kaufbeuren herausgezogen und nach Hamburg beordert werden.«<sup>230</sup> Es hat den Anschein, als habe sich die Gekrat die Rückfahrt ihrer »Pfleger« aus Süddeutschland nach Berlin einschließlich Spesen gut bezahlen lassen wollen. In der Gesundheitsverwaltung schaltete sich nun wieder Kurt Struve ein und vermerkte handschriftlich: »In Zukunft wollen wir Beförderungsangebote, auch wenn sie von der Kanzlei des Führers kommen, ablehnen. Wir machen es billiger.«<sup>231</sup> Aus dieser Notiz wird nicht nur deutlich, daß Struve um den Tarncharakter der sogenannten Gemeinnützigen Kranken-Transport-G.m.b.H. wußte, sie demonstriert auch den Vorrang regionaler ökonomischer Interessen vor den Anmaßungen der Zentralinstanzen. Denn dieser Vorgang bewirkte tatsächlich, daß ein großer Teil der späteren Abtransporte aus Langenhorn nicht von der Gekrat durchgeführt wurde - mit der wichtigen Ausnahme der Verlegungen nach den Bombenangriffen Ende Juli/Anfang August 1943.

Ökonomische Eigeninteressen der beteiligten Institutionen im Zusammenhang mit den Verlegungen von Geisteskranken lassen sich immer wieder nachweisen, und sie führten im Zuge ihrer Durchsetzung zuweilen zu Konflikten. So schrieb etwa Hamburgs Sozialverwaltung Ende 1942 verwundert an die Gesundheitsverwaltung: »Die Gesundheitsverwaltung hat seit dem Jahre 1941 laufend Geisteskranke in außerhamburgische Anstalten untergebracht. Für eine große Zahl dieser Kranken muß die Sozialverwaltung den bisher für Langenhorn üblichen Kostgeldsatz weiterzahlen, obgleich diese Anstalten sonst erheblich niedrigere Kostgelder berechnen. Es handelt sich um die Anstalten Tiegenhof, Kö-

nigslutter und Ilten. Diese Anstalten berechnen für ihre Pfleglinge im Durchschnitt ein Kostgeld von RM 2,90 täglich. Es ist nicht verständlich, warum für die im Zuge der Kriegsmaßnahmen dort untergebrachten Kranken der bisherige Langenhorner Kostgeldsatz gezahlt werden muß.«<sup>232</sup> Stadt-Oberinspektor Freese antwortete kurz darauf, daß Langenhorn für jeden verlegten Patienten den zuletzt berechneten Pflegesatz, also RM 3,50 bzw. RM 5,00, auf einem Nachweis über den für den Kranken zuständigen Kostenträger vermerken mußte, und daß die Verrechnung der Pflegekosten für die Anstalten Königslutter und Tiegenhof durch die Gekrat erfolgt sei. Auf die Höhe des in den Zielanstalten erhobenen Pflegesatzes habe Langenhorn keinen Einfluß gehabt.<sup>233</sup> Mit anderen Worten, die Zentralverrechnungsstelle in Berlin verdiente an der Differenz zwischen den üblichen Pflegesätzen in Hamburg und in den Zielanstalten.

Offensichtlich machte aber nicht nur der T4-Apparat im Rahmen der Euthanasie-Maßnahmen Gewinne, auch eine regionale Institution wie die Privatanstalt Ilten kam zu unverhofften zusätzlichen Geldern. Denn im selben Schreiben heißt es weiter: »Auch die Anstalt Ilten erhebt angeblich den Kostgeldsatz von RM 5,00 für die nach dort verlegten Langenhorner Patienten. Der Höchstgeldsatz für nach Ilten zuständige [sic!] Patienten der Provinz Hannover beträgt RM 3,00 pro Tag.«<sup>234</sup> Langenhorn vermutete, daß die Vereinbarung wohl mit der Gesundheitsverwaltung getroffen worden sei. Während sich also die Gesundheitsverwaltung vorrangig am Ziel des Abschiebens Hamburger Kranker orientierte, war die Sozialverwaltung mindestens gleichrangig daran interessiert, mit den Verlegungen zugleich die Kosten zu senken.

Nachdem die Sozialverwaltung dann im Oktober 1942 vom Rechnungswesen darüber informiert worden war, daß für die 13 Hamburger Patienten, die nach den Eingemeindungen im Gefolge des Groß-Hamburg-Gesetzes in Ilten geblieben waren, nur RM 2,64 pro Person gezahlt wurde, dagegen aber für 27 Langenhorner Patienten, die seit 1941 nach Ilten gekommen waren, RM 3,50 und für 199 weitere Kranke gar RM 5,00,<sup>235</sup> wurde der Leiter der zuständigen Abteilung Anfang 1943 in Ilten vorstellig und verlangte eine Herabsetzung der Kostgelder. Die Wahrendorffschen Anstalten lenkten ein und forderten nun RM 3,40 mit dem Hinweis darauf, daß dieser Betrag auch für die von Hamburg nach Lüneburg verlegten Patienten gezahlt würde. Als die Sozialverwaltung sich auch hiermit nicht zufrieden gab und auf den für außerhamburgische Anstalten üblichen Durchschnittssatz von RM 2,90 verwies, einigte man sich schließlich auf einen Kompromiß von RM 3,00.<sup>236</sup>

Profitierte also bis dahin die Privatanstalt von den höheren als den gewohnten Kostgeldern, so zog jetzt Hamburg aus den niedrigeren als in Langenhorn üblichen Sätzen seinen Nutzen. Darüber hinaus aber schei-

nen die Warendorffschen Anstalten durch solche und andere kriegsbedingten Kalkulationen in dieser Zeit nicht schlecht verdient zu haben. Anlässlich eines Antrags auf Erhöhung der Pflegesätze zu Beginn der fünfziger Jahre fühlte sich Ilten nämlich zu einer Rechtfertigung seiner guten Finanzlage gezwungen. Die Anstalt argumentierte: »Man hat uns häufiger zu verstehen gegeben, daß wir während des Krieges sehr große Gewinne erzielt hätten. Diese Gewinne sind vorhanden gewesen. Sie waren jedoch durch folgende Tatsachen bedingt: Die ideologische Auffassung des Dritten Reiches hatte, wie ja allgemein bekannt, für die Heil- und Pflegeanstalten nichts übrig. Es war daher unmöglich, während des Krieges für eine Heil- und Pflegeanstalt irgendwelche Sonderbezug- oder Materialscheine zu erhalten. Außerdem wurde ein großer Teil des männlichen und weiblichen Pflegepersonals eingezogen. Irgend ein Ersatz für die eingezogenen Pflegekräfte wurde nicht zugewiesen, so daß auch bei den Personalkosten erhebliche Minderausgaben eintraten.«<sup>237</sup>

Man fragt sich angesichts dieser Argumentation, warum Ilten nicht auch den für diese Anstalt ungewöhnlich hohen Kostgeldsatz, der für von auswärts eingelieferte Patienten im Krieg erhoben wurde, und die demgegenüber offensichtlich schlechte Ernährung erwähnt hat.<sup>238</sup> Als Fazit bleibt, daß man durch die drastische Reduzierung der Lebenschancen von Geisteskranken Kosten einsparte und darüber hinaus sogar Profite erzielte. Funktionalistisch ausgedrückt: Die Bestandssicherung von Anstalten und staatlichen bzw. Parteiapparaten war oberste Handlungsmaxime der Funktionsträger, die Bedürfnisse der von ihnen abhängigen Kranken wurden ganz diesem Ziel untergeordnet.

Neben den direkten Verlegungen aus Langenhorn kurz nach dem Ende der Aktion T4 kam es gleichzeitig zu Weiterverlegungen von Geisteskranken, die schon früher im Rahmen der seit längerem geübten Hamburger Praxis in regionale Umlandanstalten abgeschoben worden waren. Von den 605 Patienten der Heilanstalt Lübeck-Strecknitz, die am 23. September 1941 in hessische Anstalten abtransportiert wurden, waren 395, also etwa zwei Drittel, Hamburger Pfleglinge. Zielorte waren die Anstalten Eichberg und Weilmünster. Der weitaus überwiegende Teil der dort Eingewiesenen ging elend zugrunde, auf dem Eichberg starben während der Kriegszeit 80 %, in Weilmünster 70 % der Hamburger Kranken.<sup>239</sup> Ihr Tod war zumeist die Folge von Nahrungsentzug und extremer pflegerischer Vernachlässigung.

Die Zustände auf dem Eichberg sah selbst ein so einflußreicher T4-Psychiater wie Carl Schneider als unerträglich an. An ärztlichem Personal fand er bei einem Besuch der Anstalt neben dem vielfältig beschäftigten Anstaltsarzt Walter Schmidt nur eine morphinistische Ärztin und einen für Sektionen zuständigen süchtigen Dentisten. Weiter berichtete er: »Die Anstalt ist völlig überbelegt. In einzelnen kleinen Zimmern, in de-

nen vielleicht zur Not 2 Kranke hätten untergebracht werden dürfen, lagen bis zu 5 ja 6 Kranken. Alle Stationen sind übermäßig dicht belegt. Die Kranken lagen zum Teil auf bloßen Pritschen, ja selbst auf Matratzen auf dem Fußboden, ohne daß es sich um isolierte Kranke handelte. Ein großer Teil der Patienten muß, wie es gar nicht anders sein kann bei den ärztlichen Verhältnissen, bloß auf den Stationen herumlungern. Eine Abteilung schwerstkatatoner Kranker gilt als pflegelose Abteilung. Diese Kranken waren auffallend ruhig und völlig stumpf; [mit] Ausnahme von 5 Kranken lagen sämtliche Kranke der mit etwa 40-50 Kranken belegten Abteilung dösend, schlafend zum Teil unter der Bettdecke im Bett.«<sup>240</sup>

Bedenkt man außerdem, daß einige der hier eingelieferten Strecknitzer Kranken in die Tötungsanstalt Hadamar weiterverlegt wurden, so wird wiederum jene stufenweise sich verschärfende Reduktion von Lebenschancen erkennbar, die mit dem Abschieben unbrauchbarer Geisteskranker aus Hamburg ihren Anfang nahm und aufgrund veränderter Rahmenbedingungen etwa durch die Kriegseignisse in der ursprünglichen Zielanstalt nicht endete. Die abgeschobenen Patienten waren den Verantwortlichen in Hamburg gleichgültig geworden, man dachte gar nicht daran, sie bei der Umwandlung der Heilanstalt Strecknitz zurückzuholen. Kurt Struve, der über den Vorgang eine Notiz anfertigte, wußte nicht einmal, in welche Anstalten diese Kranken weiterverlegt wurden. Denn er schrieb irrtümlich: »Die Geisteskranken werden vornehmlich nach der Bayrischen Ostmark, vielleicht auch nach Schlesien verlegt. Diese Verlegung ist eine vorübergehende.«<sup>241</sup>

In dem kaum überschaubaren Geflecht von situationsbedingten und langfristigen, regionalen und zentralstaatlichen Planungsaktivitäten kennzeichnet das Beispiel der Räumung von Strecknitz einen Wendepunkt, der mindestens zeitlich nahtlos an den Abbruch der Aktion T4 anknüpft und deshalb aller Wahrscheinlichkeit nach auch sachlich-politisch mit diesem Stopp in Verbindung steht. Auffälligerweise kam es nämlich genau am 24. August 1941, also dem Tag des sogenannten Euthanasie-Stopps, zu einer Anordnung Hitlers, die zum Ziel hatte, zusätzlichen Krankenhausraum für somatisch Kranke auf Kosten der Geisteskranken zu schaffen. Offiziell teilte dies Hitlers Begleitarzt Karl Brandt am 8. Oktober 1941 den Gauleitern mit, als er schrieb: »Der Führer hat auf Grund entstandener Notwendigkeiten am 24. August 1941 angeordnet, daß für bestimmte luftgefährdete Städte Ersatzbauten für beschädigte Krankenhäuser hergestellt oder eingerichtet werden. Die Gesamtkosten für diese Hilfseinrichtungen sind vom Reich zu tragen. Dabei schießt die Organisation Dr. Todt, welche die baulichen Maßnahmen übernimmt, bis zur endgültigen Verrechnung die sich ergebenden Summen zur Kostendeckung vor.«<sup>242</sup>

Diese bauliche Initiative ließ sich verzahnen mit den reichsweiten planerischen Aktivitäten auf dem Sektor der Heil- und Pflegeanstalten,

für die am 23. Oktober desselben Jahres eine neue Institution im Reichsinnenministerium, der »Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten«, geschaffen wurde. Es hieß nämlich in dem Schreiben weiter, die neu zu errichtenden Ausweichkrankenhäuser müßten u.a. angeschlossen werden an Heil- und Pflegeanstalten, und die Bereitstellung derartiger Anstalten habe im Einvernehmen mit dem Sonderbeauftragten im Reichsinnenministerium Dr. Linden zu erfolgen.

Eben dieser Dr. Linden war dann am 29. Oktober zum »Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten« ernannt worden. Seine Aufgabe war genau die Verknüpfung der Erfordernisse auf dem Gebiet des Krankenhauswesens mit den Planungen auf dem Sektor der Heil- und Pflegeanstalten, wobei zur Durchführung dazu erforderlicher Maßnahmen weiterhin die alten T4-Dienststellen tätig wurden. So hieß es in der Verordnung über die Bestellung des Reichsbeauftragten: »Die sich steigende Nachfrage nach Krankenhausbetten macht eine Inanspruchnahme geeigneter Heil- und Pflegeanstalten oder von Teilen solcher Anstalten als Krankenhäuser oder Lazarette erforderlich [...]. Eine Entscheidung der hier auftauchenden Fragen von rein ärztlichen Gesichtspunkten oder vom Gesichtspunkt der einzelnen Träger der Anstalten muß zu Mißständen führen, die nicht leicht behebbar sein werden. Um sie zu vermeiden, ist eine planmäßige Bewirtschaftung des gesamten vorhandenen Anstaltsraumes für das ganze Reichsgebiet erforderlich.« Nach § 2 der Verordnung war für diese »planwirtschaftlichen Aufgaben« der Reichsbeauftragte zuständig, der ermächtigt wurde, »im Einvernehmen mit dem Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten die notwendigen Maßnahmen zu treffen«. <sup>243</sup>

Aus dem schon genannten Schreiben Karl Brandts geht auch hervor, daß eine Folge seiner Initiative zur Errichtung von Ausweichkrankenhäusern war, daß wiederum Geisteskranke aus den davon betroffenen Anstalten entfernt werden mußten. Da diese Verlegungen so nahtlos an diejenigen im Rahmen der Aktion T4 anknüpften, versuchte Brandt, jede Assoziation an dieses Mordprogramm durch zusätzliche Maßnahmen und Propaganda-Aktionen abzuschneiden. Es hieß: »Diese zweckmäßige Maßnahme wird infolge der Verlegung von Patienten aus Heil- und Pflegeanstalten in andere Heime in bestimmten Kreisen der Bevölkerung eine gewisse Unruhe hervorrufen. Da die Patienten aber tatsächlich nur für die Kriegsdauer verlegt werden, werden deren Angehörige über den neuen Aufenthaltsort auch vorher unterrichtet. Es soll auch ermöglicht werden, daß in entsprechend sinnvollem Umfang die Kranken weiter besucht werden können [...]. Es erscheint angebracht, daß in den örtlichen Tagespressen der betroffenen Städte die Gründe dieser Gesamtmaßnahme propagandistisch besprochen werden, damit diese dringend notwendige und eilige Vorsichtsregelung zur Schaffung von Hilfskrankenhäusern der

Bevölkerung verständlich und nahegebracht wird. Es wird unter Umständen möglich sein, durch diese Aufklärung eine schon vorhandene Beunruhigung zu vermindern und Gerüchte zu entkräften, da die Öffentlichkeit die oben genannten Maßnahmen voll mitkontrollieren kann.«<sup>244</sup>

Schon wenige Tage nach dem 24. August muß es zu einem Kontakt zwischen der Organisation Todt und der hamburgischen Gesundheitsverwaltung gekommen sein, wobei man beriet, »wo und wie derartige Ausweichkrankenhäuser teils durch die Erstellung von Baracken, teils durch Räumung vorhandener Anstalten geschaffen werden können«.<sup>245</sup> Im Zuge dieser Beratungen entschied man sich für die nördlich von Hamburg gelegenen Anstalten Strecknitz und Rickling sowie für südlich von Hamburg zu errichtende Ausweichkrankenhäuser in Wintermoor und Bevensen. Die Empfehlungen Karl Brandts, zu dessen Ehren, nach Aussage Kurt Struves, diese Maßnahmen den Namen »Aktion Brandt« erhielten,<sup>246</sup> wurden in Hamburg teilweise aufgenommen, teilweise nicht. Einerseits wurden die Angehörigen vor der Verlegung der Geisteskranken aus Strecknitz nicht vorab informiert, andererseits stimmte man die Bevölkerung propagandistisch auf die neuen Krankenhaussonderanlagen ein. Dies geschah bereits Anfang 1942 in einer Pressenotiz der Gesundheitsverwaltung, in der man aber noch sorgfältig vermied, die genaue Lage der Ausweichkrankenhäuser und damit ihre weite Entfernung von Hamburg zu nennen; dies setzte sich fort mit einer von Gesundheits senator Ofterdinger initiierten Pressefahrt Anfang des nächsten Jahres in die 50 km entfernte Sonderanlage Wintermoor. In den Hamburger Zeitungen erschienen daraufhin überaus positive Artikel, etwa über die schöne landschaftliche Lage der Barackenanlage.<sup>247</sup>

Die in dieser Zeit planerischer Neuorientierungen eingeleitete Umstellung der gesundheitspolitischen Strategien, zu der eben auch die zusätzliche Bereitstellung von Anstaltsraum für somatisch Kranke und damit verbunden die erneute Verdrängung von Geisteskranken sowie die Institutionalisierung einer zusätzlichen Planungsinstanz auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten in Form des »Reichsbeauftragten« gehörte, führte zwangsläufig auch zu »planwirtschaftlichen« Erfassungen der Hamburger Anstalten durch die Reichsbehörden. Herbert Linden weihte am 6. Februar 1942 die »Träger der öffentlichen Fürsorge« in die beabsichtigten Maßnahmen während einer Sitzung in Berlin ein, an der offensichtlich auch Gesundheitssenator Ofterdinger teilnahm.<sup>248</sup>

Als sich daraufhin am 17. März 1942 eine Planungskommission der Berliner T4-Zentraldienststelle in Hamburg anmeldete, um die Hamburger Anstalten und Heime zu erfassen und über ihre weitere Verwendung zu befinden, gab es einen gewissen Widerstand von Reichsstatthalter Kaufmann. Offensichtlich wollte er sich nicht alle eigenständigen Planungen auf dem Gebiet des regionalen Anstalts- und Krankenhauswesens



entwinden lassen. Dabei dachte er aber an die Geisteskranken zuletzt. In einer Senatsberatung vom 25. März entschied er, »daß gegen die Abgabe von Insassen der hamburgischen Heil- und Pflegeanstalten keine Bedenken bestehen, die Verfügung über Gelände und Gebäude dieser Anstalten jedoch allein in hamburgischer Hand bleiben müsse.«<sup>249</sup> Im übrigen sei landwirtschaftlicher Besitz nicht als zur Heil- und Pflegeanstalt gehörig anzusehen. In diesem Sinne schrieb Ofterdinger am 27. März nach Berlin, wobei er erwähnte, daß Alsterdorf und Langenhorn durch die Übernahme von Hilfskrankenhausfunktionen sehr stark überbelegt seien und darüber hinaus gerade Langenhorn »in engstem wirtschaftlichen und sonstigen Zusammenwirken mit den übrigen Großkrankenhäusern Hamburgs betrieben wird, und damit den Teil einer Einheit darstellt, der aus dem Ganzen nicht herausgelöst und auch nicht herausgedacht werden kann.«<sup>250</sup> Deshalb müsse auch die Verfügungsbefugnis über die Anstalt Langenhorn bei Hamburg bleiben, und der Reichsbeauftragte habe sich bei seinen diesbezüglichen Überlegungen mit dem Reichsstatthalter abzustimmen. Aber dies betraf eben in erster Linie die Verfügung über den Anstaltsraum.

Als die Planungsgruppe unter Leitung von Dr. Becker dann vom 14. bis 17. April in Hamburg ihre Erfassungen durchführte, geschah dies trotz der vorhergegangenen Irritationen in voller Übereinstimmung mit Senator Ofterdinger. In bezug auf die drei Anstalten für Geisteskranken (Langenhorn, Alsterdorf, Psychiatrische und Nervenklinik) hatten die Planer die nach ihrer Meinung insgesamt zu hohe Bettenzahl zu monieren, speziell im Hinblick auf Langenhorn zusätzlich die zu stark besetzte Verwaltung. Dabei aber dürften sie sich verrechnet haben, denn die angegebene Zahl von 2.700 Betten für Langenhorn stimmte schon damals nicht mehr, weil ein großer Teil der Betten gar nicht mehr für die Geisteskranken zur Verfügung stand. Dies wurde im übrigen im Abschlußbericht auch erwähnt, wo von einem »Isolierhaus für Infektionskranke mit 805 Betten« in Langenhorn die Rede war.<sup>251</sup> Schließlich schlug die Planungsgruppe, die ja auch über den künftigen Verwendungszweck der von ihr in Augenschein genommenen Anstalten und Heime Vorschläge zu machen hatte, für Langenhorn, anders als bei den Alsterdorfer Anstalten, die Funktion einer »Heilanstalt« vor.<sup>252</sup>

Kurz darauf begann dann Hamburg, seine eigenen organisatorischen und planerischen Aktivitäten auf dem Gebiet des Krankenhauswesens in einem neu eingerichteten Referat bei der Verwaltungsabteilung der Gesundheitsbehörde zusammenzufassen. Die Abteilung mit der Nummer »10 K«, am 7. Mai 1942 installiert, trug den Titel »Organisation von Kriegsmaßnahmen«. Zu ihren Aufgaben, die in einer Reihe von Punkten auch Langenhorn betrafen, zählte unter anderem die »Einrichtung von Hilfskrankenhäusern und die Vorbereitung der Inbetriebnahme der vom

Reich bereitgestellten Ausweichkrankenhäuser« unter Einschluß der »Verlegung hamburgischer Anstaltsinsassen in auswärtige Anstalten«, sowie die »Verlegung ganzer Abteilungen von einem Krankenhaus in ein anderes«. <sup>253</sup> Da dieses Referat von dem bisherigen Leiter der Haushalts- sowie der Betriebs- und Wirtschaftsabteilung Hermann Timcke geführt werden sollte, mit dem ausdrücklichen Ziel, »seine gesamte Kraft auf diese im Vordergrund der Gesundheitsverwaltung stehende Kriegsarbeit zu richten«, <sup>254</sup> führte dies mindestens bis zum Ende des Jahres zu einem Funktionszuwachs für Kurt Struve. Er sollte die beiden verwaisten Abteilungen fortan zusätzlich leiten. <sup>255</sup>

Aus derselben Verfügung geht weiter hervor, daß wegen der durch den Kriegseinsatz von Gerhard Hanko unbesetzten Stelle des Oberverwaltungsleiters von Langenhorn der »alte Kämpfer« Hermann Timcke auch Vertretungsfunktionen für die Anstalt wahrnahm. Damit war aber möglicherweise nicht nur die Verwaltungsleitung Langenhorns in besonders enger Weise mit der Gesundheitsverwaltung der Stadt verknüpft, dies galt in bestimmter Hinsicht auch für die ärztliche Leitung, die ja ebenfalls nur durch einen Stellvertreter besetzt war. Was immer es im Einzelfall bedeutet haben mag, die sogenannte »Betriebsführerschaft« hatte nämlich faktisch in Langenhorn nicht wie in anderen Hamburger Krankenhäusern und Kliniken der ärztliche Leiter der Anstalt inne, sondern Kurt Struve als Leiter der Allgemeinen Abteilung der Gesundheitsverwaltung. <sup>256</sup> Möglicherweise hat dieses unübliche Abhängigkeitsverhältnis Langenhorns von der Behördenspitze die reibungslose technokratische Zusammenarbeit zwischen Anstalt und Gesundheitsverwaltung zusätzlich befördert und vorangetrieben.

Mittlerweile veränderte die Anstalt Langenhorn durch die steigenden Aufnahmen von somatisch Kranken, vor allem von Infektionskranken, ihr Gesicht immer mehr. Die an Tuberkulose, Typhus, Diphtherie und Scharlach erkrankten Patienten (später auch Geschlechts- und Internkranke) des 1942 auf über 900 Plätze anwachsenden Hilfskrankenhauses <sup>257</sup> wurden vorwiegend von Ärztinnen aus dem Allgemeinen Krankenhaus St. Georg behandelt. <sup>258</sup> Anders stand es um die somatisch erkrankten ausländischen Arbeiter und Arbeiterinnen, die ab 1942 zunehmend nach Langenhorn eingewiesen wurden. Für sie waren Ärzte des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten zuständig. <sup>259</sup> Zunächst, ab Ende April 1942, handelte es sich um an Tbc erkrankte Russen, ab Mitte Mai kamen dann fleckfieberkranke Russen hinzu. Ab Ende 1943 schließlich wurden alle an Fleckfieber erkrankten »feindlichen« Ausländer nach Langenhorn eingewiesen. <sup>260</sup> Das Personal erhielt in dieser Seuchenstation »wegen der ganz besonderen Verhältnisse« eine zusätzliche Verpflegung, wozu neben Brot, Butter, Wurst, Käse und Kaffee wöchentlich auch eine Flasche Rum bzw. Weinbrand sowie sieben Flaschen Bier

gehörten.<sup>261</sup> Seit Mai 1942 wurden auf den Flecktyphus-Stationen auch russische Arbeitskräfte eingestellt, und zwar zunächst eine Ärztin, ein Arzt sowie fünf Pflegekräfte.<sup>262</sup>

Abgesehen davon, daß der zunehmende Platzbedarf für somatische Kranke die Geisteskranken immer weiter an den Rand drängte, kam es wegen der vielfältigen Ad-hoc-Lösungen bei den Belegungen der Abteilungen auch zu zusätzlichen Konflikten. So beklagte sich etwa der stellvertretende ärztliche Direktor Körtke bei Senator Ofterdinger darüber, daß die Mischung von Geistes- und Körperkranken im Männerhaus 12 zu Protesten von Angehörigen geführt habe. »Sie äußern durchweg Enttäuschung darüber, daß die Behandlung überhaupt in einer Irrenanstalt erfolgen soll. Ihr Protest wird noch lauter, wenn sie, um zu dem Krankenbett zu gelangen, die Räume mit Geisteskranken (verblödete, unsaubere, mitunter auch erregte) passiert haben [...]. Es läßt sich nicht vermeiden, daß u.U. Belästigungen, Bedrohungen durch die Geisteskranken vom nebenan liegenden Wachsaal stattfinden. Die Räume gehen ineinander über und haben einen gemeinsamen Pfleger. Auch müssen verschiedene Einrichtungen, wie Bad und Klosett, von beiden Patientengruppen benutzt werden.«<sup>263</sup> Durch erneute Umschichtung der Patienten innerhalb der Anstalt sowie zwischen Langenhorn und St. Georg, in die sich die Abteilung »10 K« der Gesundheitsverwaltung einschaltete, wurde dieses Problem zu lösen versucht.

Bei einer ähnlich unliebsamen Mischung von Patienten intervenierte Anfang 1943 Kurt Struve. Er fand das Zusammenliegen von Prostituierten und anderen geschlechtskranken Frauen, hier vor allem Ausländerinnen, insbesondere vom »Standpunkt [...] der Bekämpfung der Asozialität« unerträglich und schrieb an die Anstalt: »Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß Ausländerinnen, insbesondere wenn sie dem feindlichen Ausland angehören, einer asozialen Beeinflussung durch die Prostituierten besonders zugänglich sein werden, zumal sie selbst häufig keine besonders gute sittliche Haltung haben werden. Es kann aber für die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten nicht von Vorteil sein, wenn diese zum Teil haltlosen Ausländerinnen von den deutschen Prostituierten mit allen möglichen Winkelzügen gegenüber Polizei, Gesundheitsbehörden usw. vertraut gemacht werden.«<sup>264</sup> Auch dieses »Problem« versuchte man durch Entmischung zu lösen, bis dann kurz nach den Bombenangriffen vom Juli 1943 die Puellenstation ganz geschlossen wurde.

Im übrigen ging man in Langenhorn daran, den sich steigernden Platzbedarf durch zusätzliche Barackenbauten aufzufangen. Schon seit 1939 existierte auf dem Gelände eine Baracke für geisteskranke Frauen. Nachdem im Juli 1942 einige Sprengbomben in den Wald hinter den Wirtschaftsgebäuden gefallen waren, ohne dort größeren Schaden anzurichten, errichtete man auf dem Gelände zusätzlich zu den für die aus-

ländischen Kranken reservierten festen Häusern sechs Baracken als sogenanntes »Ausländerkrankenhaus« mit 230 Betten.

Der für die ärztliche Betreuung der ausländischen Patienten verantwortliche Prof. Menk vom Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten hatte darüber hinaus schon Ende 1941 Versuche zur Malariaprophylaxe an 36 geisteskranken Frauen begonnen. Die Präparate, die in einem auf 2 1/4 Jahre angelegten Versuch an ihnen getestet werden sollten, waren für die »Wehrmacht von praktischer Wichtigkeit«, und deshalb fühlte sich Menk, der die Experimente noch ausweiten wollte, durch die Abtransporte von Geisteskranken irritiert. Aus diesem Grund beantragte er, daß die in die Versuche einbezogenen bzw. künftig einzubeziehenden Geisteskranken von der dafür zuständigen Ärztin Dr. Steinbömer erst nach Abschluß der Beobachtungen verlegt werden sollten. Der stellvertretende ärztliche Leiter der Anstalt vermerkte dazu: »Bedenken gegen die Anträge von Herrn Prof. Menk bestehen nicht.«<sup>265</sup>

Einerseits verschärften sich 1942 die Platzprobleme Langenhorns durch die Aufnahme somatisch Kranker, andererseits aber auch durch die steigenden Aufnahmezahlen psychisch Kranker. Dazu trugen unter anderem die Verlegungen nicht-therapiefähiger bzw. nicht-therapiewürdiger Patienten aus der Psychiatrischen und Nervenlinik bei. Daß gerade im ersten Halbjahr 1942 eine deutlich höhere als die übliche Patientenzahl von dort nach Langenhorn verlegt wurde,<sup>266</sup> war wohl die Folge von zwei Ereignissen. Einmal wurde das Aufnahmemonopol der Psychiatrischen und Nervenlinik für Hamburger Geistesranke von Senator Ofterdinger am 25. Februar 1942 erneut bekräftigt,<sup>267</sup> zum anderen stand der Umzug der PNK aus der ehemaligen Anstalt Friedrichsberg ins Universitätskrankenhaus Eppendorf kurz bevor. So stellte der stellvertretende Verwaltungsleiter Langenhorns am 16. Februar 1942 u.a. fest: »Die Aufnahmen aus der Psychiatrischen und Nervenlinik belaufen sich in den letzten Wochen auf durchschnittlich 23 bis 25 Patienten. Um Platz für laufende Neuaufnahmen zu schaffen, verlegt 39 [i.e.: Langenhorn] am 17.2.1942 25 Männer nach Rickling, am 18.2.1942 35 Männer nach Ilten b. Hannover. Das sind nunmehr die letzten freien Betten für Geistesranke, die in der näheren Umgebung Hamburgs zu belegen sind. Bei weiterem Ansteigen der Aufnahmen muß einer Verlegung in weiter entfernt liegende Anstalten näher getreten werden.«<sup>268</sup> Diese Aufnahmezahlen aus der PNK decken sich ungefähr mit den von einer Forschungsgruppe ermittelten Verlegungen aus der Universitätsspsychiatrie.<sup>269</sup>

Die zunehmende Platznot Langenhorns war aber nicht nur Folge der hohen Aufnahmezahlen aus der Psychiatrischen und Nervenlinik. Bei abnehmenden Bettenbestand in den psychiatrischen Abteilungen hatte nämlich die Anstalt 1942 und 1943 im Vergleich mit den anderen Kriegsjahren überhaupt die meisten Aufnahmen. Stellt man nun diese Aufnah-

mezahlen den Verlegungen aus der PNK nach Langenhorn gegenüber, so zeigt sich eine weitere Auffälligkeit. Es war nämlich keineswegs so, daß die Aufnahmen Langenhorns in etwa mit den Abgabebahlen der PNK in die Anstalt identisch waren. Erstere lagen um ein Vielfaches höher, was belegt, daß das von der PNK beanspruchte und ihr von der Gesundheitsverwaltung bestätigte Aufnahmemonopol für hamburgische Geistesranke praktisch nicht existierte (vgl. Tabelle 4). Insofern kann auch keine Rede davon sein, daß diese Universitätsklinik eine »Schleusenfunktion« ausübte, auch wenn sie die Selektion der bei ihr eingelieferten Psychiatriepatienten in therapiewürdige und -unwürdige so gesehen haben mag.<sup>270</sup>

*Tabelle 4: Aufnahmen in der Anstalt Langenhorn und Verlegungen aus der Psychiatrischen und Nervenlinik nach Langenhorn während des Krieges*

Jahr	Aufnahmen in der Psychiatrischen Abteilung Langenhorns *	Verlegungen aus der PNK nach Langenhorn **
1940	1.520	316
1941	1.476	414
1942	2.070	534
1943	2.214	345
1944	1.625	267
1945	2.063	86

\* Quelle: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik

\*\* Quelle: Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, Die Psychiatrische und Nervenlinik und ihre Patienten, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), a.a.O., S. 303.

Man kann das Jahr 1942 auch insofern als »Latenzzeit« ansehen, als es trotz der angedeuteten »Befürchtungen« vorerst weitgehend bei Verlegungen aus Langenhorn in die zuvor schon durch Verträge und Absprachen gebundenen Hamburger Umlandanstalten blieb. Außer Ilten und Rickling handelte es sich bei den Ziellanstalten um Lüneburg und die neu hinzugekommene Privatanstalt Liebenburg, auf die der Direktor Lüneburgs Bräuner Langenhorn aufmerksam gemacht hatte.<sup>271</sup> Auch die Gesamtzahl der in diese Anstalten verlegten Patienten war 1942 mit 525 Personen weitaus niedriger als die Gesamtzahl der Verlegungen des Vorjahres mit 1.250 Kranken bzw. des folgenden Jahres mit 1.334 Kranken.<sup>272</sup> Allerdings sollen solche Zahlenvergleiche nicht über die oft grausamen Einzelschicksale auch der in die Umlandanstalten verlegten Kranken hinwegtäuschen. Quantitative und qualitative Unterschiede in historischen Prozessen und die Bemühungen der Geschichtsschreibung um

Differenzierung dürften jedenfalls aus der Perspektive der Opfer relativ belanglos sein.

Einige im Jahr 1942 ausgesonderte Patientengruppen fügen sich aber nicht ins Schema der typischen Verlegung in Umlandanstalten. Dabei handelte es sich um straffällige Geisteskranke, potentielle Versorgungsheiminsassen und ausländische Patienten. Anlaß für die Verlegung der beiden erstgenannten Gruppen war ein leichter Brandbombenschaden, den die Anstalt am 4. Mai 1942 erlitt.<sup>273</sup> Zwar kehrten die achtzig sicherungsverwahrten Patienten, die daraufhin ins Untersuchungsgefängnis verlegt wurden, schon rund zehn Tage später nach Langenhorn zurück. Es fällt aber auf, daß nicht einmal ein Jahr später zehn von ihnen sich im ersten Transport aus Langenhorn in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde befanden.

Wegen des Bombenschadens lebte auch noch einmal die Verbindung zwischen Langenhorn und den hamburgischen Versorgungsheimen auf. Prinzipiell hatten nämlich die zuständigen Behörden am Ende des Vorjahres eine strikte Trennung zwischen den Insassengruppen dieser Anstaltstypen vorzunehmen versucht, nachdem offensichtlich durch die bis dahin erfolgten Verlegungen nach Meseritz-Obrawalde, Zwiefalten und Schussenried die Geisteskranken aus den Wohlfahrtsanstalten aussortiert worden waren. Jedenfalls hieß es im Protokoll der Leitersitzung in der Sozialverwaltung vom 28. Oktober 1941: »Senatsrätin Dr. Petersen teilt mit, daß keine Möglichkeit besteht, Insassen aus Langenhorn in die Anstalten des Amtes für Wohlfahrtsanstalten zu verlegen [...]. Wie Senator Martini ausführt, besteht zudem zwischen der Gesundheitsverwaltung und der Sozialverwaltung Einigkeit darüber, daß die Unterbringung Geisteskranker, die künftig nicht mehr in Anstalten der Sozialverwaltung untergebracht werden sollen, Aufgabe der Gesundheitsverwaltung ist.«<sup>274</sup>

Zweck dieser Regelung war, daß man in den Versorgungsheimen Bettplätze für Pflegefälle aus den Krankenhäusern gewinnen wollte, für sogenannte »S«-Fälle,<sup>275</sup> die wiederum in den Krankenanstalten Platz wegnahmen. Gerade hatte man deshalb am 1. Mai 1942 beschlossen, 25 weibliche und 40 männliche »vollbettlägerige Pflegefälle« aus den Krankenhäusern in Versorgungsheime abzuschieben, da beanspruchte Langenhorn diese Plätze für seine Geisteskranken. Und so wurden am 4. Mai 20 Frauen und 40 Männer aus dieser Anstalt in die Oberaltenallee verlegt. Diese Sonderregelung bedeutete für die verlegten Patienten nichts Gutes, notierte doch Kurt Struve einen Tag später: »Es wird darauf hinarbeiten sein, daß die Geisteskranken in absehbarer Zeit aus den Wohlfahrtsanstalten wieder herausverlegt werden, damit die Betten für Alterspflegefälle in den Krankenhäusern wieder frei werden. Ich bitte, die Angelegenheit im Auge zu behalten.«<sup>276</sup> Unter Gesichtspunkten effektiver Planungsrationaltät störten diese unverhofften zusätzlichen Pflegefälle. Was aus ihnen wurde, ist unbekannt.

Aus einer Zusammenstellung verlegter Patienten, die in der Nachkriegszeit angefertigt wurde, kann man weiter entnehmen, daß 1942 auch russische Kranke aus Langenhorn abtransportiert wurden, mit unbekanntem Zielort. 20 männliche Russen kamen am 25. August fort, 24 männliche und vier weibliche Russen am 4. September.<sup>277</sup> Bis heute wissen wir nicht, wohin diese erkrankten Zwangsarbeiter und -arbeiterinnen kamen und was aus ihnen wurde. Als Hinweis mag aber vielleicht das Verhalten des amtierenden Verwaltungsleiters Freese dienen, der sich insbesondere gegenüber ausländischen Patienten wie »ein kleiner Diktator« aufgeführt haben soll. Er soll z.B. russische Kranke, die aus nichtigem Anlaß auffielen, umstandslos ins Konzentrationslager abgeschoben haben. So löste sich etwa an der reparaturbedürftigen Karre, die von einem genesenden und schon wieder arbeitenden Russen auf dem Anstaltsgelände geschoben wurde, ein Rad. Für Freese war dies ein Anlaß, den Patienten ins KZ einzuliefern. Die Mutter des Kranken, die sich ebenfalls in Langenhorn befand, hat ihren Sohn nie wieder gesehen.<sup>278</sup>

Auch in dieser Zeit anscheinend kaum an die Oberfläche tretender Umorientierungen in der Anstaltspolitik gab es also in Langenhorn Patientengruppen, die in besonderer Weise den aussondernden Blick ihrer Verwaltung auf sich zogen und deren Leben deshalb, etwa wenn unvorhergesehene Ereignisse Handlungszwänge produzierten, umso eher aufs Spiel gesetzt wurde. Diese Kranken bildeten gewissermaßen den Endpunkt einer Stufenfolge selektiver Benachteiligungen, die das Produkt kontinuierlicher Ressourcenverknappung - an Betten, an Nahrung, an Pflege - für Geisteskranke war. Wenn man genauer hinsah, ließen sich solche Aussonderungsmuster schon im Routinealltag des Anstaltslebens erkennen. Dafür ein Beispiel: Auch wenn seltsamerweise die genauen Belegzahlen Langenhorns während der ersten Kriegsjahre in der dafür angelegten Akte fehlen,<sup>279</sup> so läßt sich doch einem Schriftwechsel der Anstalt um die Jahreswende 1942/1943 Genaueres über Zahl und Zusammensetzung der psychiatrischen Anstaltsinsassen zu diesem Zeitpunkt entnehmen. In Langenhorn befanden sich jetzt rund 1.600 geisteskranken Patienten, also rund 800 weniger als zum Kriegsbeginn.<sup>280</sup> Trotz dieses absoluten Patientenrückgangs war offensichtlich der Anteil der arbeitsfähigen Geisteskranken erstaunlich hoch. Ende 1942 zählte die Heil- und Pflegeanstalt nämlich 1.300 arbeitende Insassen,<sup>281</sup> ein indirekter Hinweis darauf, welcher Patientengruppen sich Langenhorn durch Abschieben entledigt hatte. Die Tendenz, die Anstalt in eine Arbeitsanstalt umzuwandeln, die sich seit Beginn der NS-Herrschaft angekündigt hatte und die durch die programmatischen Überlegungen des Verwaltungsleiters Hanko verstärkt worden war, blieb also im Krieg ungebrochen. Dies wurde Anfang 1943 vom jetzt amtierenden Verwaltungsleiter Freese mit der Feststellung vermerkt: »Die Beschäftigung der Anstaltspfleglinge in 39

[i.e.: Langenhorn] ist seit der Machtübernahme bedeutend gesteigert worden. Von der Arbeit ausgenommen sind nur bettlägerige und widerpenstige Kranke. Arbeitsfähige Kranke finden als Einzelarbeiter in der Gärtnerei, techn. Abteilung, Landwirtschaft und als Speisefahrer Verwendung. Soweit sie als Einzelarbeiter für den Arbeitseinsatz nicht in Frage kommen, arbeiten die Patienten in Kolonnen der Landwirtschaft und der Gemüsegärtnerei. Es wird alles getan, um die Arbeitskräfte der Patienten voll auszunutzen.«<sup>282</sup>

Aber nicht nur war die Zusammensetzung der in Langenhorn verbliebenen Patienten das Resultat einer Selektion, die Kranken wurden dort auch unterschiedlich behandelt, etwa bei der Ernährung. Als sich nämlich Ende 1942 die Abteilung Ökonomie beim Ernährungsamt dafür einsetzte, die Kartoffelrationen für die Insassen von 750 gr. täglich auf 900 gr. zu erhöhen, dachte sie in erster Linie an die männlichen Kranken wegen ihres Arbeitseinsatzes in Gärtnerei und Landwirtschaft. Aus dem Antrag erfährt man, daß in den bisherigen Kriegsjahren die Essensportionen der Männer dadurch erhöht worden waren, daß man bei den Zuteilungen für die weiblichen Kranken etwas abgezweigt hatte. Weiter heißt es dort: »Mit der Rationierung der Kartoffeln und mit der weiteren Herabsetzung der Rationen überhaupt konnte diese Verbesserung der Männerverpflegung auf Kosten der Frauenseite nicht mehr vorgenommen werden.«<sup>283</sup> War also schon die Verpflegung von Männern und Frauen in der Anstalt unterschiedlich, so waren auch die Konsequenzen der dann folgenden Nahrungsverknappung auf die Männer unterschiedlich verteilt, denn einige hatten offensichtlich die Chance, zur Selbsthilfe zu greifen. So heißt es in dem Antrag weiter, daß die Folgen der Nahrungsverkürzungen sich besonders bei den Männern in den sogenannten festen Häusern bemerkbar gemacht hätten. Die dort festgehaltenen vorwiegend jungen Männer hatten nämlich aufgrund ihrer Kasernierung nicht die geringste Möglichkeit, zusätzlich »etwas Eßbares zu erhaschen, was den übrigen in der Gärtnerei und Landwirtschaft oder als Essensfahrer tätigen Nichtkriminellen eher möglich ist, sei es in Form von rohem Gemüse oder von Essensresten, die ihnen bei ihrer Beschäftigung zufallen«. Dies habe bei den »kasernierten« Patienten zu einer Häufung von Tuberkulose-Erkrankungen geführt. Aufgrund des Antrages der Ökonomie wurde dann im Januar 1943 eine Erhöhung der Kartoffelrationen genehmigt.

Das Beispiel zeigt, wie sehr unterschiedliche Vorgehensweisen gegenüber Krankengruppen das Anstaltsleben insgesamt prägten. Das System von Begünstigungen und Benachteiligungen auf niedrigstem Niveau prägte immer neue Selektivitäten aus, die flexibel den jeweiligen Möglichkeiten, Zwängen und Erfordernissen angepaßt wurden, dies alles unter Ausnutzung des Ausgeliefertseins und der Versehrbarkeit der Kranken.



**Von der Wiederaufnahme der Euthanasie-Transporte zum  
»Sondereinsatz Brandt«**

Mit Beginn des Jahres 1943 waren die Umorientierungen, Planungen und Erfassungen, die damit verbundenen Kompetenzverlagerungen und institutionellen Neukonstruktionen im Bereich der Geisteskrankenpolitik offensichtlich soweit vorangetrieben, daß bei immer dringlicherem Handlungsbedarf im Hinblick auf die Bereitstellung von Krankenhausbetten die Tötung psychiatrischer Patienten wieder umfassendes, zentral gesteuertes Programm wurde. Alle politischen Entscheidungsebenen – von den zentralen Apparaten Berlins über die regionale Verwaltung bis zu den Anstaltsleitungen – waren eingeschaltet und eingeweiht. Das Selektieren und Töten von Geisteskranken, von dem jetzt prinzipiell keine Patientengruppe mehr ausgenommen war, folgte nahezu ausschließlich den katastrophopolitischen Vorgaben, was die zuvor für notwendig gehaltenen psychiatrischen Legitimationen immer brüchiger werden ließ.

Gemeinsames Kriterium für die dezentral und sukzessiv erfolgende Auswahl der Kranken zum Abtransport war, zumindest in Langenhorn, störendes Verhalten im immer eingeschränkteren Anstaltsbetrieb. Dieses Ausschließungskriterium konnte sich gewissermaßen frei flottierend und situationsverhaftet an den unterschiedlichsten Merkmalen festmachen: der mangelnden Arbeitsfähigkeit oder dem zu hohen Pflegeaufwand, der ehemaligen Straffälligkeit oder dem zu hohen Alter, der sexuellen Abweichung oder der bloßen Verwirrung nach einem Bombenangriff. Grenzen der Selektion sind kaum noch auszumachen, denn selbst wenn ein Patient in der einen Dimension nicht auffiel, z.B. bei der Arbeitsleistung, so reichte doch die Auffälligkeit in einer anderen Dimension, um ihn in eine Tötungsanstalt abzuschieben.<sup>284</sup>

Von Götz Aly ist gezeigt worden, welche politischen Entscheidungen und Maßnahmen auf Reichsebene diesem Dammbruch vorausgingen.<sup>285</sup> Durch einen Erlaß vom 28. Juli 1942 hatte Hitler versucht, »eine einheitliche und planvolle Lenkung« auf dem Gebiet des Sanitäts- und Gesundheitswesens zu erreichen. Für diese Aufgaben war neben dem Heeres-sanitätsinspekteur und dem Reichsgesundheitsführer nun als »Bevollmächtigter für das Sanitäts- und Gesundheitswesen« Karl Brandt zuständig. Hitler persönlich unterstellt, hatte dieser »Sonderaufgaben und Verhandlungen zum Ausgleich des Bedarfs an Ärzten, Krankenhäusern, Medikamenten usw. zwischen dem militärischen und dem zivilen Sektor des Sanitäts- und Gesundheitswesens« wahrzunehmen.<sup>286</sup> Wie und wann Karl Brandts Eingreifen in Hamburgs Anstaltsgeschehen erkennbar ist, wird noch zu zeigen sein.

Kurz darauf wurde auch der »Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten« wieder aktiv. Am 5. August 1942 erkundigte sich Herbert Linden per Schnellbrief über die Möglichkeiten der Nutzung von An-

staltsraum für Krankenhauszwecke. Speziell in bezug auf luftgefährdete Gebiete, wozu Hamburg zweifellos gehörte, wollte er u.a. wissen, »welche Heil- und Pflegeanstalten im eingetretenen besonderen Katastrophenfall zu räumen sind, um als Hilfskrankenhaus Verwendung zu finden«. <sup>287</sup> Wie weiter aus dem Text hervorgeht, war es jetzt Aufgabe der so ausgewählten Heil- und Pflegeanstalten, ihre Bettenkapazitäten in Reserve zu halten, und zwar dadurch, daß erst nach Eintritt einer derartigen Katastrophe die Räumung von Geisteskranken durchgeführt werden sollte. Ergänzend fügte Fritz Cropp, Lindens Vorgesetzter im Reichsinnenministerium, Ende September 1942 hinzu, daß durch eventuelle Zusammendrängung von Geisteskranken in den Anstalten entstehende Unbequemlichkeiten dadurch behoben werden sollten, daß »zur Beseitigung der vorläufig eingetretenen Überfüllung Geisteskranken in Anstalten weniger gefährdeter Länder, Reichsgaue und Provinzen abtransportiert werden«. <sup>288</sup> Auch die schon erwähnte Änderung des Meldebogenverfahrens <sup>289</sup> durch Herbert Linden, mitgeteilt am 19. Dezember 1942, gehört in den Zusammenhang dieser katastrophopolitischen Planungen.

Aufgrund des sich zuspitzenden Luftkriegs war es mittlerweile auch in Hamburgs Politik zu einschneidenden Veränderungen gekommen, wie etwa aus der »Verordnung über die Reichsverteidigungskommissare und die Vereinheitlichung der Wirtschaftsverwaltung« vom 16. November 1942 deutlich wird. <sup>290</sup> Anlässlich dieser Neuordnung der Reichsverteidigungskommissariate, die u.a. zum Zweck größerer Effizienz den Parteidauen räumlich angeglichen wurden, hatte Frick bei einer Dienstbesprechung im Reichsinnenministerium am 11. Dezember 1942 gesagt: »Besondere Aufgaben hätten die Reichsverteidigungskommissare bei Luftangriffen. Schon bisher hätten die Reichsverteidigungskommissare besonders in den Gauen an der Wasserkante sowie in Westdeutschland ihre Pflicht vorzüglich erfüllt. Auch in Zukunft sei von den neuen Reichsverteidigungskommissaren alles vorzubereiten in wirtschaftlicher und fürsorglicher Hinsicht sowie bezüglich der Ausquartierung und der Wohnraumbeschaffung.« <sup>291</sup> Aus Hamburg hatte Regierungs-Vizepräsident Dr. Bock von Wülfigen an diesem Treffen teilgenommen.

Die Neugliederung der Reichsverteidigungskommissariate trat dann am 1. Dezember in Kraft und damit die Aufteilung des norddeutschen Wehrkreises X, die Karl Kaufmanns Kompetenzbereich auf den Reichsverteidigungsbezirk Hamburg konzentrierte. Er trug fortan die Bezeichnung »Der Reichsverteidigungskommissar für den Reichsverteidigungsbezirk Hamburg«. Den jetzt erfolgenden Veränderungs- und Straffungsprozessen in Hamburgs Wirtschaft und Verwaltung kann hier nicht nachgegangen werden, zu registrieren ist aber, daß dann im April 1943 ein detaillierter »Organisationsplan für einen durch Luftangriff hervorgerufenen Groß-Katastrophen-Fall« vorlag. <sup>292</sup>

So mögen auch einige Veränderungen in der Gesundheitsverwaltung, die die Zuständigkeiten für das Anstaltswesen betrafen, mit dieser politischen Konzentration auf die Bewältigung der Folgen des Luftkriegs zusammenhängen. Am 3. Dezember 1942 etwa wurde das erst wenige Monate zuvor eingerichtete Referat »10 K« aufgehoben und wieder in die Betriebs- und Wirtschaftsabteilung eingegliedert. In zwei Etappen kam es dann zu einer erneuten Umorganisation der Gesundheitsverwaltung. Die Bestellung eines »Verwaltungsleiters« am 15. März 1943 führte kurz darauf zur Umbenennung der »Allgemeinen Abteilung« in »Allgemeine Verwaltung«. Diese leitete nun nicht mehr Kurt Struve, sondern ein Stadtamtmann Sommer. Kurt Struve aber stieg anlässlich dieser Neugliederung am 1. Mai 1943, nun befördert zum Senatsdirektor, zum »Vertreter des Beigeordneten« auf, der sowohl bei Abwesenheit des Senators wie auch sonst zu dessen Entlastung behördenintern praktisch alle Befugnisse seines Vorgesetzten übernehmen konnte. Später sagte Struve aus, er sei Vertreter des Senators geworden, »als die hamburgische Verwaltung durch wöchentliche Behördenbesprechungen im Rathaus straffer zusammengefaßt werden sollte und jede Behörde hierzu einen Verwaltungsleiter zu entsenden hatte«. <sup>293</sup> Ofterdingers alter Kampfgefährte Hermann Timcke, bislang Leiter der Betriebs- und Wirtschaftsabteilung und zwischenzeitlich des Referats »10 K«, übernahm jetzt das neugeschaffene Luftschutz- und Baureferat und unterstand nicht mehr der »Allgemeinen Verwaltung«. Bei dieser verblieben dessen bisherige Aufgaben, die nun von einem Stadtinspektor Stehr wahrgenommen wurden. <sup>294</sup>

Man muß sich diese regionalen und überregionalen Aktivitäten vor Augen halten, zusammen mit den Funktionszuwächsen Langenhorns, um eine Erklärung für das frühe Einsetzen der wie immer zu benennenden zweiten Euthanasie-Phase in Hamburg zu finden. Es ist nicht genau bekannt, wann die Ärzte Langenhorns von den geschilderten Absichten Herbert Lindens und Fritz Cropps, was die Einplanung von Bettenreserven in Heil- und Pflegeanstalten anbelangt, informiert wurden. <sup>295</sup> In der späteren Zeugenaussage einer an der fraglichen Konferenz beteiligten Ärztin heißt es: »[...] etwa ein halbes bis ein dreiviertel Jahr vor den großen Angriffen auf Hamburg«. <sup>296</sup> Kurz darauf meinte sie noch ungenauer: »[...] in einem Jahr vor 1943.« <sup>297</sup> Wenn man aber bedenkt, daß Senator Ofterdinge schon am 21. September 1942 die Alsterdorfer Anstalten im Rahmen von Räumungsplänen über die Absicht informiert hatte, die »Insassen verschiedenster hamburgischer Anstalten [...] andernorts im Reich« unterzubringen, <sup>298</sup> so wird man nicht fehlgehen, wenn man die Information der Langenhorner Ärzte irgendwann zwischen dem Eintreffen von Lindens Schnellbrief in Hamburg und dem Jahresende datiert.

Aus verschiedenen Nachkriegsvernehmungen läßt sich auch ungefähr rekonstruieren, welche Konsequenzen aus Lindens Planungen in

Langenhorn gezogen wurden. Der amtierende Verwaltungsleiter Freese gab die Berliner Planungsabsichten, die ihm von der Gesundheitsverwaltung übermittelt worden waren, an die Anstaltsärzte weiter. Von nun an sollte also, so später Kurt Struve, »für besondere Fälle, sei es für Epidemien, sei es für Ausgebombte oder ganze Krankenanstalten stets eine gewisse Reserve an Betten gehalten werden. Wenn die Zahl der freien Betten zu gering wurde, wurde der Verwaltung von Langenhorn vom Zentralbettennachweis aufgegeben, eine gewisse Anzahl von Geisteskranken nach auswärts zu verlegen. Der Bettennachweis unterstand dem Senator Dr. Ofterdinger direkt, im Falle seiner Verhinderung dem Medizinalrat Dr. Schwarke.«<sup>299</sup>

Die Zahl der für den Katastrophenfall freizuhaltenen Betten betrug zunächst 600, später 400,<sup>300</sup> und man einigte sich trotz angeblicher Bedenken von ärztlicher Seite zunächst darauf, »vorsorglich« Listen von geisteskranken Patienten zusammenzustellen, die dann bei einer eventuell notwendig werdenden Verlegung als erste abgeschoben werden sollten.<sup>301</sup> Es ist nicht ganz klar, ob die in diesem Zusammenhang von der damals beteiligten Ärztin genannten Selektionskriterien sich wirklich auf den hier zu behandelnden Zeitabschnitt beziehen. Sie zählte nämlich die folgenden Merkmale auf: »1. Patienten, die schon fünf Jahre und länger in der Anstalt waren (die Zahl der Jahre ist in meiner Erinnerung unsicher), 2. Patienten, bei denen aller Wahrscheinlichkeit nach eine schnelle Heilung oder gar Entlassung nicht in Frage kam, 3. Patienten ohne wesentlichen Kontakt zu Angehörigen (hier sprach man davon, daß man Härten gegenüber den Angehörigen vermeiden wollte).«<sup>302</sup>

Da nun aber die – damals noch unverheiratete – Ärztin Anneliese Steinbömer sich angeblich nur an die früheren Abtransporte aus Langenhorn genauer erinnern konnte, scheint es möglich, daß ihre Angaben zu den Selektionskriterien sich mindestens zum Teil auf diesen früheren Zeitraum beziehen. Das betrifft insbesondere die langjährige Aufenthaltsdauer in der Anstalt, während die Merkmale mangelnder Familienkontakte und nicht bevorstehender Entlassung auch von anderen später vernommenen Ärzten erwähnt wurden. Dr. Knigge hob darüber hinaus eine besondere Patientengruppe hervor, die jetzt ins Blickfeld der Ärzte geriet, und er rechtfertigte dies nach dem Krieg so: »Es kam hinzu, daß Langenhorn im Laufe der Kriegsjahre immer mehr von einer Krankenanstalt für Geistesranke zu einem Allgemeinen Krankenhaus wurde. Auch dadurch wären, wenn wir unsere Patienten in vollem Umfange hätten behalten müssen [...], unhaltbare Zustände bei uns eingetreten. Unter unseren Patienten befanden sich zahlreiche Geistesranke, die uns von der Polizei und den Gerichten überwiesen worden waren. Unter diesen wiederum waren sehr viele Sittlichkeitsverbrecher, insbesondere zahlreiche Sittlichkeitsverbrecher, die sich an Kindern vergangen hatten. Diese Leu-

te liefen mehr oder weniger frei bei uns im Gelände herum und kamen dauernd mit den weiblichen körperkranken Patienten, mit den Kindern, die bei uns behandelt wurden oder die mit ihren Angehörigen andere Patienten besuchten, in Berührung.«<sup>303</sup> Wie immer man die Glaubwürdigkeit dieser Argumentation einzuschätzen hat, sie bestätigt zumindest erneut, daß das Nebeneinander von Hilfskrankenhaus und Pflegeanstalt auf dem Langenhorner Gelände nicht nur zu quantitativen Problemen führte, sondern auch zu zusätzlichen sozialen Dissonanzen, die man auf Kosten der Geisteskranken zu lösen suchte. Jedenfalls gehörten ab jetzt die straffällig gewordenen Patienten verstärkt zur Gruppe der potentiellen Euthanasie-Opfer.

Was Langenhorns stellvertretender Verwaltungsleiter schon Anfang 1942 zu Papier gebracht hatte, daß nämlich durch die Aufnahmen aus der Psychiatrischen und Nervenlinik die Kapazitäten der Anstalt erschöpft seien und daß auch die Umlandanstalten über keine Reserven mehr verfügten, wiederholte sich Anfang 1943 – allerdings unter geändertem Vorzeichen. Mit der damals nur angedeuteten Möglichkeit, einer »Verlegung in weiter entfernt liegende Anstalten näherzutreten«,<sup>304</sup> wurde jetzt Ernst gemacht. Von nun ab kann man beobachten, daß, wann immer Langenhorn bei seinen Versuchen, Zielorte für abzuschiebende Geisteskranke ausfindig zu machen, aus eigener Kraft nicht weiterkam, die Gesundheitsverwaltung eingeschaltet wurde. Von dort aus wandte sich dann zu meist Kurt Struve an den Reichsbeauftragten in Berlin, und dieser wiederum leitete Hamburgs Forderungen an die Gekrat weiter, von wo dann wiederum die Gesundheitsverwaltung über Verlegungsort und -modalitäten informiert wurde. Wenn sich dann der Kontakt zwischen Langenhorn und der angewiesenen Zielanstalt eingespielt hatte, versuchte die von Platzproblemen und Räumungsvorgaben bedrängte Anstalt, die Verbindungen von sich aus aufrechtzuerhalten oder auszubauen.

Franz Freese schrieb also am 26. Januar 1943 an die Betriebs- und Wirtschaftsabteilung der Gesundheitsverwaltung, daß erneut ein Zugang von Geisteskranken aus der Psychiatrischen und Nervenlinik angekündigt sei und daß zur Zeit keine Verlegungsmöglichkeiten in die Nachbaranstalten Lüneburg und Rickling bestünden. Deshalb bedrängte er die Behörde, um in Langenhorn »dringend erforderliche Bettenreserven zu schaffen, [...] einen Antrag auf Verlegung von etwa 50 Frauen und 50 Männern bei dem Reichsbeauftragten für Heil- und Pflegeanstalten, Berlin W. 9., zu stellen«. Es handelte sich bei den zu verlegenden Kranken größtenteils um Wachsaalpatienten.<sup>305</sup> Nachdem dieses Ersuchen von der Gesundheitsverwaltung am 2. Februar Herbert Linden zugeleitet worden war, kam eine Woche später die Antwort der Gekrat. Deren Leiter Gerhard Siebert teilte mit: »Als Aufnahmeanstalt gebe ich Ihnen die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde auf.« Er wollte noch wissen, ob der

Transport durch Hamburger Personal abgewickelt werden soll, und empfahl die Verrechnung, in schon gewohnter Weise, über die »Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten«.

Der Brief, der auf den Schreibtisch Kurt Struves gelangte, enthält von diesem einen in mehrfacher Hinsicht aufschlußreichen Vermerk. Es heißt dort u.a.: »B ist mit einer Verlegung von Patienten nach Meseritz-Obrawalde einverstanden. Es ist ein Typus von Kranken zu wählen, der bei sorgfältigster und zurückhaltenster Beurteilung in Zusammenarbeit mit der Gemeinnützigen Kranken-Transport-G.m.b.H. seinerzeit nach Königsutter verlegt wurde.«<sup>306</sup> Der überdeutliche Rückbezug auf die Langenhorner Verlegungen im Rahmen der Aktion T4 wies also den so eingeweihten stellvertretenden Verwaltungsleiter Freese auf den besonderen Charakter dieser nun tatsächlich weiter entfernt liegenden Anstalt hin. Wie in einem späteren Fall auch hat Struve sich zudem hinter seinem vorgesetzten Senator – dieser trug das Kürzel »B« – bei der Einwilligung zur erneuten Verlegung von Geisteskranken in eine Euthanasie-Anstalt versteckt. Darüber hinaus zeigt das Datum dieses Schriftverkehrs, daß die Wiederaufnahme der zentral gelenkten Verlegungen in eine zu Mordzwecken umfunktionierte Anstalt früher begann, als bisher angenommen wurde.<sup>307</sup>

Am 25. Februar teilte Freese der Gekrat mit, daß Langenhorn die Verlegungen selbst durchführen werde, und nahm zugleich direkten Kontakt mit Meseritz-Obrawalde auf. Dabei kündigte er der Anstalt die Verlegung von 50 Frauen und 50 Männern an und erkundigte sich nach den Bahnanschlüssen.<sup>308</sup> In der Antwort des inzwischen als ärztlicher Leiter von Obrawalde eingesetzten Dr. Mootz war dann nur von 100 männlichen Patienten die Rede,<sup>309</sup> woraufhin Langenhorn der Anstalt für den 25. März den Transport von 50 geisteskranken Männern ankündigte. Zugleich fragte der stellvertretende Verwaltungsleiter nach, ob als nächstes 50 Frauen und 50 Männer verlegt werden sollen.<sup>310</sup> Offensichtlich wollte Meseritz jetzt keine weiblichen Patienten, so daß Langenhorn am 2. April entgegen den ursprünglichen Absichten wiederum 50 Männer nach dort abtransportierte.

Kurz darauf kam es gleich mehrfach zu organisatorischen Pannen, zwischen Berlin und Hamburg wie auch zwischen Berlin und anderen Anstalten, und Langenhorn nutzte dies zu einem gar nicht bewilligten Abtransport von 100 weiteren Geisteskranken nach Meseritz-Obrawalde. Folgendes ereignete sich im polykratischen Geflecht der NS-Instanzen: Am 12. März teilte – verspätet – nun auch der Reichsbeauftragte die zuvor schon von der Gekrat genehmigte Verlegung von 100 Patienten aus Langenhorn mit. Dies verstand bzw. mißverstand Langenhorn so, als seien der Anstalt weitere 100 auswärtige Plätze angeboten worden, und wandte sich diesbezüglich sofort an die Gekrat.<sup>311</sup> Weil offensichtlich von

dort die Antwort ausblieb, schob Freese am 15. April nochmals ein Schreiben mit gleichem Wortlaut nach. Dieser Brief nun kreuzte sich mit dem Antwortschreiben Sieberts auf die erste Anfrage. In diesem Schreiben zeigt sich die ganze Verwirrung, denn es hieß dort nicht nur, daß Meseritz-Obrawalde als Aufnahmeanstalt für 100 geisteskranke Patienten aus Langenhorn angewiesen sei, sondern weiter: »Diese 100 Plätze hatte ich Ihnen schon zu Beginn dieses Jahres zur Verfügung gestellt und ich mußte aus diesem Grunde zunächst annehmen, daß Sie noch weitere 100 Plätze für Geisteskranke aus Langenhorn benötigen. Eine Rückfrage in Meseritz-Obrawalde ergab, daß die Ihnen seinerzeit aufgegebenen dort vorhandenen 100 Betten nach wie vor zu Ihrer Verfügung stehen. Eine weitere Zurverfügungstellung von freien Betten kann im Augenblick nicht mehr erfolgen, da dringendste Verlegungen aus der Rheinprovinz durchgeführt werden müssen.«<sup>312</sup> Diese kurzzeitige Desorientierung scheint Langenhorn eigenmächtig für seine Zwecke ausgenutzt zu haben, denn ohne Berliner Zusage wurden von der Anstalt am 9. April 50 Frauen und am 16. April 50 Männer zusätzlich nach Meseritz-Obrawalde verlegt.

Mehr noch: der durch das parallele, aber verspätet vom Reichsbeauftragten abgesandte Antwortschreiben ausgelöste Wirrwarr führte genau besehen auch dazu, daß der Anstalt Langenhorn nach einer weiteren Irritation nochmals 100 auswärtige Plätze zur Verfügung gestellt wurden. Denn am 19. April antwortete die Gekrat auf die zweite Anfrage Langenhorns vom 15. des Monats und wies der Anstalt für die 100 darin – irrtümlich oder taktisch raffiniert – angeforderten Plätze nun als Zielort Königslutter an. Nachdem sich dann aber Langenhorn wegen des Transportdatums mit Königslutter direkt in Verbindung gesetzt hatte, stellte sich heraus, daß die angegebene Verlegungsanstalt sich in ihren monatlichen Bestandsmeldungen an die »Reichsarbeitsgemeinschaft« geirrt hatte und soviel freie Plätze wegen der Abgabe von Betten an das dortige Reservelazarett gar nicht zur Verfügung standen.<sup>313</sup> Nachdem dann auch das nächste Verlegungsangebot der Gekrat, die Anstalt Erlangen, wegen der Forderung der Anstalt nach gleichzeitiger Abgabe von Personal gescheitert war, stand dann am 20. Mai endgültig das hessen-nassauische Weilminster als Verlegungsanstalt für die zusätzlichen 100 Kranken aus Langenhorn fest.<sup>314</sup>

Was sich also bei bloßer Betrachtung der Verlegungsdaten und -orte möglicherweise als reibungslose Umsetzung der Planungen zur Schaffung von Bettenkapazitäten in der Anstalt Langenhorn ausnimmt, war tatsächlich eine Kette von Ad hoc-Maßnahmen. Vor Augen stand der Anstalt dabei allerdings das von Linden vorgegebene Ziel einer Räumung Langenhorns von Geisteskranken, ihr war überdies bekannt, daß für diese Zwecke die Euthanasie wieder aufgenommen worden war, und sie

nutzte bei den eigenen dennoch auftretenden Verlegungsengpässen den Berliner Kompetenz- und Planungswirrwarr weidlich aus.

Im Zeitraum Ende Mai/Anfang Juni 1943, als Langenhorn statt der zunächst verabredeten 100 Kranken in drei Transporten sogar 155 Patientinnen nach Weilmünster abschob, nahmen auf allen Ebenen die Planungen für einen Groß-Katastrophen-Fall immer konkretere Formen an. In Berlin konstituierte sich zum Zweck zentraler Lenkungen unter dem Vorsitz von Goebbels ein interministerieller Luftkriegsschädenausschuß, in Hamburg bereitete man großräumige Evakuierungsmaßnahmen in »Aufnahmegau« wie Schleswig-Holstein, Ost-Hannover, die Mark Brandenburg, aber auch Danzig-Westpreußen und Bayreuth vor.<sup>315</sup> In dieser sich zuspitzenden Lage liefen auch, wie schon 1941, die Fäden zwischen Sozialverwaltung und Gesundheitsverwaltung wieder zusammen.

Seit Anfang Juni muß sich nämlich Sozialsenator Martini mehrfach an die Vertretung Hamburgs in Berlin gewandt haben, um den Abtransport einer großen Zahl von Siechen, Pflegebedürftigen und Geisteskranken aus der Stadt zu erreichen. Martini trieb sein Anliegen in mehreren Schreiben voran, u.a. am 5. Juli, als er ausführte: »Zunehmende Luftgefahren verlangen mit größter Dringlichkeit, wie ich schon in meinem Schreiben vom 15.6.1943 Nr. 259-11.81 ausführte, daß zur Gewinnung von Unterkunftsraum für obdachlose Volksgenossen (namentlich obdachloser Werkträger) Pflegebedürftige und Sieche der öffentlichen und privaten Wohlfahrtsanstalten (Versorgungs-, Alters- und Pflegeheime) nach außerhalb verlegt werden. Zu verlegen sind 2.000 Insassen, zu denen ungefähr 200 Angestellte (Pflege- und hauswirtschaftliches Personal) treten.«<sup>316</sup>

Für die betroffenen Langenhorner Patienten hatten Martinis dringliche Anfragen ein schlimmes Ergebnis, für sie wurde nämlich die Tötungsanstalt Hadamar Zielort der Verlegungen. Dies zeigt ein Vermerk, den Kurt Struve unter dem Kürzel -V-, also in seiner neuen Funktion als Vertreter Ofterdingers, schon am 11. Juni angefertigt hatte. Dort schrieb er nach der Kontaktaufnahme durch die Gekrat: »Herr Siebert von der Krankentransport-Gesellschaft, Berlin, teilt fernmündlich mit, daß in der Heil- und Pflegeanstalt Hadamar im Kreise Limburg 300 Schwerst- und Geisteskranke aus der Hamburger Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn aufgenommen werden könnten (200 Frauen und 100 Männer). Er betont, daß Schwerstkranke in Frage kommen. Der Anruf geht zurück auf eine Forderung der Sozialverwaltung, 1.500 Plätze außerhalb Hamburgs für Alte, Sieche und Geisteskranke zur Verfügung zu stellen.«<sup>317</sup> Wieder wurde Langenhorn auf den besonderen Charakter dieser Anstalt hingewiesen: »Die Sozialverwaltung hat Kenntnis, daß die Anstalt Hadamar äußerst primitiv sei und in den Kreis der Anstalten der Sonderaktionen gehöre. 39/20 [i.e.: Verwaltungsleitung Langenhorn] ist entsprechend un-



terrichtet und beauftragt, den ersten Transport von 60 Frauen (schwersten Fällen) demgemäß mit Vorsicht auszusuchen, den Transport selbst zu führen und einen persönlichen Eindruck von der Anstalt zu gewinnen.«<sup>318</sup> Wie im Fall der Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde hatte sich Struve auch jetzt bei seinem Senator schriftlich rückversichert. Er bat »B« um Kenntnisnahme und Entscheidung, und Ofterdinger notierte handschriftlich: »Verfahren wie vorgeschlagen.«<sup>319</sup>

Aber Langenhorn kann vom Zielort Hadamar nur wenig überrascht gewesen sein, denn es war im Rahmen seiner ständigen Anstrengungen, Geisteskranke abzuschleppen, schon von selbst auf diese Anstalt gestoßen. Nachdem Weilmünster es nämlich abgelehnt hatte, nach den dort eingetroffenen drei Hamburger Transporten noch weitere weibliche Patienten aus Langenhorn aufzunehmen, hatte sich Freese in eigener Initiative am 8. Juni an Hadamar gewandt und angefragt, ob »etwa 100 bis 150 Frauen« nach dort verlegt werden könnten.<sup>320</sup> Die Gekrat, zusätzlich von der Sozialverwaltung unter Druck gesetzt, arrangierte dann eine mehr als doppelt so hohe Verlegungsquote. Bis zum 21. Juli, also bis kurz vor Beginn der vernichtenden Bombenangriffe auf Hamburg, lieferte Langenhorn in fünf Transporten 251 Frauen der Anstalt Hadamar aus, wohl wissend, was dort geschah.<sup>321</sup> Ob allerdings den weitergehenden Forderungen aus den Hamburger Versorgungsheimen noch vor dieser Katastrophe entsprochen wurde, ist nicht bekannt.

In der Nacht auf den 25. Juli begann jenes zehntägige Bombardement Hamburgs, auf das die Stadt trotz aller vorausgegangenen Katastrophen-Planungen nicht vorbereitet sein konnte. In immer neuen Angriffswellen wurde ein Stadtteil nach dem anderen in Schutt und Asche gelegt. Die durch den wechselnden Abwurf hunderttausender Spreng- und Brandbomben entfachten riesigen Flächenbrände entwickelten sich zu Feuerstürmen, aus denen es kein Entrinnen gab. Manfred Asendorf hat die Bilanz dieser »größte(n) Luftkriegskatastrophe des Zweiten Weltkriegs in Europa« gezogen.<sup>322</sup> Allein in der Nacht vom 27. auf den 28. Juli kamen über 35.000 Menschen um, erstickt, verbrannt, von Trümmern erschlagen. Am nächsten Tag floh die Hälfte der Einwohner aus dem Stadtgebiet. Als alles vorbei war, am 3. August, waren über 40.000 Menschen gestorben, über 100.000 verletzt, über 900.000 obdachlos oder vermißt, über 60 % des Wohnraums war zerstört, nicht gerechnet die Zerstörungen der Krankenhäuser, Schulen, Betriebsanlagen etc. Der Autor zeigte auch, wie insbesondere Himmler, Bormann und in Hamburg von Bassewitz-Behr das entstandene Chaos zu bändigen versuchten, mit auswärtiger Polizei, Wehrmacht und Waffen-SS – und im Fall des »Höheren SS- und Polizeiführers« auch mit diktatorischen Vollmachten. Das Volk drohte der Kontrolle der Machthaber zu entgleiten, Unruhen mußten verhindert, Plünderungen erstickt, Exempel statuiert werden – wie im

Fall jener acht russischen Patienten, die im Krankenhaus St. Georg grundlos von der Gestapo erschossen wurden, wie überhaupt durch mehrfache Erschießungen von Ostarbeitern. Zugleich machte man sich an den Wiederaufbau und die Neugliederung der Verwaltung, die jetzt aufgrund der Berufung von Kreisleitern zu »Bezirksbürgermeistern« mit ihnen zur Seite gestellten Verwaltungsleitern unter die Dominanz der Partei geriet. Mit dem Ende der Bombardierungen am 3. August war bereits diese »dezentralisierte« Verwaltung installiert, aber damit war noch nichts gelöst.

Weil die Stadt Wohnraum benötigte, mußten alte Menschen jetzt vor ihrer Umquartierung zittern, zehntausende von ihnen wurden in den Gau Danzig-Westpreußen abtransportiert. Ausgebombte ältere Leute wurden nicht als »Wohnungssuchende« registriert, auch in den überfüllten Krankenhäusern waren sie nur lästig. Am 6. August erschien – um ein symbolisches Zeichen zu setzen – Göring in der Stadt, am 17. August kamen dann in konkreter Absicht Goebbels und Frick mit den Gauleitern der Aufnahmegebiete. Schon in den Tagen zuvor war es in der Sozialbehörde und bei der NSV um den Abtransport von Gebrechlichen und Siechen gegangen.

Am 19. August war dann auch eine Räumungsaktion beendet, die zurecht mit dem Namen des inzwischen zum »Generalkommissar des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen« aufgestiegenen Karl Brandt verbunden werden kann. Denn auch Karl Brandt war nach Hamburg gekommen, hatte mit Ofterdinger und Struve gesprochen und daraufhin ad hoc eine Transportgruppe von zehn Omnibussen zusammengestellt. Ihre Aufgabe war es, eine große Zahl geistig und seelisch Behinderter aus den Alsterdorfer Anstalten und Langenhorn abzutransportieren.<sup>323</sup> Bei diesem in Lüneburg stationierten »Sondereinsatz Brandt« ging es ausdrücklich um Räumungen, in Alsterdorf zunächst zum Zweck der Aufnahme von Obdachlosen, in Langenhorn anfangs wegen der vordringlichen Versorgung einer großen Zahl Verletzter. So waren allein in der chirurgischen Abteilung des Hilfskrankenhauses vom 28. Juli bis zum 11. August 1943 »1.500 teils sehr schwer Verletzte« behandelt worden.<sup>324</sup> Noch wichtigeres Räumungsmotiv aber war die in Aussicht genommene Umwandlung der Anstalt in ein somatisches Krankenhaus, denn mit der Zerstörung von 24 Krankenhäusern in der Stadt wurde die Rücksichtnahme auf die Geisteskranken immer nebensächlicher.

Schon bevor die Busse des »Sondereinsatzes Brandt« die Kranken aus der Anstalt zum Bahnhof, teilweise auch in die Zielanstalt beförderten, wurden am 1. August etwa 15 Patienten, fast nur Frauen, zusammen mit Bombenverletzten ins Reservelazarett Lübtheen verlegt. Der dortige Chefarzt überwies wenig später acht der Kranken in die Anstalt Sachsenberg. Noch im selben Jahr waren zwei von ihnen gestorben.<sup>325</sup> Am 5. August setzten dann die massiven Abtransporte aus Langenhorn durch

die Gekrat ein: An diesem Tag fuhr einer der berüchtigten Busse 20 Frauen nach Königslutter, drei weitere verlegten 59 Frauen nach Uchtsprunge. Zwei Tage später wurde ein Sonderzug eingesetzt, der aus Langenhorn 97 Frauen nach Hadamar, 99 Männer nach Scheuern und 78 Männer unter dramatischen Umständen zum Eichberg fuhr.<sup>326</sup> Verfolgt man die Transportwege dieser verlegten Patienten weiter, so erkennt man, daß für einen Teil von ihnen diese Zielorte nur Zwischenstationen waren. So wurden Langenhorner Kranke vom Eichberg über Weilmünster nach Hadamar und von Scheuern ebenfalls in diese Tötungsanstalt weiterverlegt. Die meisten von ihnen starben – gleichviel in welcher Anstalt sie auf ihrer Irrfahrt schließlich angekommen waren. Dazu hier nur ein Beispiel: 36 der nach Scheuern abtransportierten Männer wurden am 30. September 1943 nach Hadamar weiterverlegt. 28 von ihnen waren schon im Laufe der beiden folgenden Monate Oktober und November umgekommen.<sup>327</sup>

Zwei Gruppen von Kranken, die sich in diesen Transporten erstmals befanden, reflektieren exemplarisch den Kontext der Kriegsergebnisse. Einmal handelte es sich um eine große Zahl vor allem älterer Frauen, die im Verlauf der Bombenkatastrophe ihre Unterkunft verloren hatten. Diese Frauen wurden, als sie desorientiert in den Straßen umherirrten, von den damaligen »Rettungsstellen« aufgegriffen und nach Langenhorn weitergeleitet. Da sie dort aber nur den Anstaltsbetrieb störten, hat man sie, ohne daß man es für der Mühe wert hielt, auch nur eine psychiatrische Diagnose zu stellen, bei Gelegenheit der Räumungsaktion in die verschiedenen Anstalten, etwa nach Meseritz, Hadamar und Wien, abtransportiert. Darüber hinaus befand sich im Transport nach Scheuern erstmals eine Gruppe erkrankter Wehrmachtangehöriger. Die acht Männer wurden wenig später, am 19. August, ins Reservelazarett auf dem Gelände der Anstalt Andernach weiterverlegt. Wie man in Einzelfällen rekonstruieren kann, hat man sie von dort einzeln auf die verschiedensten Anstalten verteilt. Nachweisen läßt sich, daß einer der Soldaten schließlich in Hadamar starb, ein zweiter auf dem Eichberg, daß ein weiterer nach Eglfing-Haar verlegt wurde und wiederum einer in die Wagner von Jauregg-Anstalt in Wien. Von den letzteren sowie den restlichen vier Wehrmachtangehörigen verliert sich die Spur an den jeweiligen Zielorten.

Die von Karl Brandt angeordnete Räumungsaktion war mit diesen Transporten nicht beendet, denn am 15. August kündigte die Gekrat an: »Nunmehr werden am 16.8. aus Ihrer Anstalt mit Sonderzug – wie bereits mit Ihrem Herrn Oberinspektor Freese besprochen – etwa 70 Frauen nach der Wagner von Jauregg-Anstalt-Wien verlegt. Der Antransport der Patienten zur Bahn wird an dem genannten Tage mit Omnibussen zum Bahnhof durchgeführt. Der Abtransport aus Ihrer Anstalt wird ab 6.30 Uhr vorgenommen. Im übrigen wird sich mein Transportleiter, Herr Schneider, vorher bei Ihnen einfinden, um Sie bei der Durchführung

des Transportes zu unterstützen.«<sup>328</sup> So geschah es, allerdings insgesamt in weitaus höherer Zahl: Denn nach Wien wurden am 16. August nicht nur 72 häufig ältere, teils bombenverwirrte, teils sieche Frauen aus Langenhorn abgeschoben, hinzukamen 228 Mädchen und Frauen aus den Alsterdorfer Anstalten.<sup>329</sup>

Einen Tag später fertigte Kurt Struve einen Vermerk an, wonach die Transporteinheit der zehn Omnibusse als »Sondereinsatz Brandt« in Lüneburg bereitstünde, inzwischen aber 900 bis 1.000 Geisteskranke abtransportiert seien und »den hamburgischen Erfordernissen [...] zunächst damit Genüge getan« sei.<sup>330</sup> Ganz war die Räumungsaktion Brandt aber noch nicht abgeschlossen, denn Freese und Siebert vereinbarten einen weiteren Transport, und zwar in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde. Bei der Benachrichtigung Langenhorns durch die Gekrat war wieder alles wohl organisiert: »Wie von der Reichsbahn bereits telefonisch bestätigt wurde, wird der Waggon mit den Kranken an den fahrplanmäßigen Eilzug ab Hamburg-Altona 22.45 Uhr angehängt. Der Abtransport der Kranken zur Bahn wird von mir mit 3 Omnibussen durchgeführt. Die 3 Wagen werden zu diesem Zweck um 18.00 Uhr heute bei Ihnen eintreffen. Das Transportpersonal wird von Ihnen gestellt.«<sup>331</sup>

Dieser Transport vom 19. August, der aus 39 Frauen, 13 Männern und fünf Kindern bestand, fällt durch einige Besonderheiten auf, die die Reduktion der Kriterien für die Patientenselektion auf verwaltungstechnische Maßstäbe kraß beleuchten. So befanden sich unter den weiblichen Patienten fünf Frauen, die zuvor, am 5. August, zusammen mit elf weiteren Frauen als medizinische Fälle in ein Hotel in der näheren Umgebung Hamburgs verlegt worden waren. Wohl weil dieses Hotel für andere Zwecke benötigt wurde, kamen die Frauen am 14. August nach Hamburg zurück.<sup>332</sup> In Langenhorn aber konnte man die z. T. altersdementen Frauen nicht gebrauchen, und so schob man sie, nun als geisteskrank umdefiniert, in die Tötungsanstalt Meseritz ab.<sup>333</sup> Der Umstand schließlich, daß sich in diesem Transport fünf Kinder befanden, läßt sich darauf zurückführen, daß die Kinderfachabteilung Langenhorns am 1. Juni des Jahres geschlossen worden war. Die Tötung derjenigen Kinder, die sich nach dieser Schließung noch in der Anstalt aufhielten, hat man mit ihrer Verlegung einfach an einem anderen Ort durchführen lassen.

### **Die letzten Kriegsjahre: Langenhorn wird Allgemeines Krankenhaus**

14 Tage hatte die Räumungsaktion Brandt gedauert, in der etwa 950 geistig und seelisch behinderte Patienten abtransportiert worden waren, davon allein 468 aus Langenhorn. Der Bestand an Geisteskranken in dieser Anstalt war Ende August 1943 auf nur noch 869 geschrumpft.<sup>334</sup> Zwei

Ereignisse aber führten zu unvorhergesehenen Neuaufnahmen. In beiden Fällen handelte es sich darum, daß Krankenhaus- und Anstaltsraum in der Nähe Hamburgs für andere Zwecke freigemacht werden mußte. So kamen am 4. September 1943 246 Hamburger Geistesranke aus der bisher von Langenhorn belegten Umlandanstalt Lüneburg zurück, weil Lüneburg fortan als Siechen- und Altersheim für evakuierte Hamburger dienen sollte. Weiter mußte Langenhorn am 12. und 13. Oktober 142 Tbc-krankte Frauen und Männer aus Geesthacht aufnehmen, denn die dortige Lungenheilstätte hatte jetzt Unterkünfte für Rüstungsarbeiter bereitzustellen.

Diese offensichtlich vordringlicheren Kriegserfordernisse führten sofort wieder zu Anfragen Langenhorns bei der Gekrat, in denen die Verwaltungsleitung um Verlegung von etwa 250 Geisteskranken nachsuchte. Aber auch wenn Stadtoberinspektor Freese sich dabei geschickterweise auf die persönlich geknüpften Kontakte anlässlich des »Sondereinsatzes Brandt« berief, kam aus Berlin zunächst eine ablehnende Antwort. Man habe im Augenblick genügend zu tun mit den Anforderungen nach Verlegungen von Geisteskranken, die aus anderen Gaugebieten gestellt worden seien.<sup>335</sup> Hinter dieser Ablehnung steckte aber vermutlich mehr, denn gerade in diesem Zeitraum waren von Herbert Linden zwei Erlasse herausgegeben worden, mit denen er der zunehmenden Begehrlichkeiten der Heil- und Pflegeanstalten, was den Abtransport ihrer Patienten betraf, Herr zu werden versuchte. Er zielte damit einerseits auf die Vergrößerung der Bettenkapazitäten in den Anstalten durch Barackenbauten und die Aufstellung von Doppelbetten und andererseits auf Prioritätensetzung bei der Organisation der Verlegungen.

So kam am 14. September 1943 der »Doppelbetten-Erlaß« des Reichsbeauftragten heraus, in dem es u.a. hieß: »Dem Mangel [an Betten] muß u.a. dadurch abgeholfen werden, daß die Belegdichte der Anstalt mit allen Mitteln gesteigert wird. Im Falle eines besonderen Notstandes darf es nicht dazu kommen, daß etwa körperlich Kranke im Freien oder unter primitivsten Verhältnissen untergebracht werden müssen, während für die pflegebedürftigen Geisteskranken Betten der Anstalten reserviert bleiben. Um für die geordnete Unterbringung der Vorgenannten Plätze frei zu bekommen, halte ich es neben den sonst noch von mir betriebenen Maßnahmen für durchaus vertretbar, wenn Patienten der Heil- und Pflegeanstalten, soweit es ihr Zustand gestattet, in übereinander aufgestellten Betten (Doppelbetten) untergebracht werden.«<sup>336</sup> Zehn Tage später folgte dann ein weiteres Schreiben Lindens an die Reichsverteidigungskommissare, mit dem er die zahlreichen Anträge zum Abtransport von Patienten aus allen möglichen Verteidigungsbezirken zurückzudrängen versuchte. Ab sofort seien »Verlegungen größeren Umfangs« nicht mehr möglich, »abgesehen von den laufenden Sonderaktionen«.

Unter diesen »Sonderaktionen« waren, wie dem Schreiben zu entnehmen war, »Räumungsaufträge« »aus den besonders schwer betroffenen Gebieten« zu verstehen, also Maßnahmen vergleichbar dem »Sondereinsatz Brandt« nach den Bombenangriffen in Hamburg.<sup>337</sup> Daß diese »Sonderaktionen« zumeist identisch waren mit Abtransporten in Tötungsanstalten, dürfte allerdings den beteiligten Stellen klar gewesen sein, wie etwa Struves Bemerkung hinsichtlich der Anstalt Hadamar erkennen läßt. Abschließend enthielt Lindens Schreiben dann noch einen Hinweis auf seine Initiative zur Errichtung von Barackenbauten in den Anstalten.

Einen Augenblick lang befand sich Langenhorn nun in der Klemme, die gewohnten Mechanismen funktionierten nicht mehr. Die Anstalt scheint nämlich versucht zu haben, nach der Absage der Gekrat, was den Abtransport weiterer Patienten betraf, in hergebrachter Weise von sich aus mit möglichen Zielanstalten Kontakt aufzunehmen. Als Ergebnis dieser Vorstöße teilte der für Luftschutzfragen im Gesundheitswesen zuständige Hermann Timcke Kurt Struve mit, »daß aus Rückfragen bei den Anstalten, in die Hamburger Geisteskranke verlegt worden sind, hervorgeht, daß wohl Platz vorhanden wäre, daß die Anstalten sich jedoch weigern, weitere Hamburger Kranke aufzunehmen, da dieses gegen bindende Anweisung des Reichsbeauftragten verstoßen würde.«<sup>338</sup> Lindens Maßnahmen schienen also zu greifen.

Wie immer in solchen Fällen kam es daraufhin zu einem intensiven Austausch zwischen der Verwaltungsleitung Langenhorns und der Gesundheitsverwaltung. Struve stellte der Anstalt Lindens »Doppelbetten-Erlaß« zu, um Freese Argumentationshilfe zu geben. Dieser sollte auf den dringend benötigten Platz für »allgemein Kranke« verweisen. Freese indes holte noch weiter aus und erinnerte daran, daß Langenhorn schon im Laufe der dreißiger Jahre seine Patienten enger zusammengelegt habe. Weiter schrieb er dann, daß eine »Unterbringung in Doppelbetten [...] wegen der vielen Epileptiker und unruhigen Kranken nicht möglich« sei und daß dies auch bei den arbeitenden Kranken nicht durchführbar sei, da es sich um ältere Patienten handele.<sup>339</sup> Langenhorn beharrte also auf Abtransport. Prompt machte Senator Offerdinger in diesem Sinne Druck beim Reichsbeauftragten. Als daraufhin keine Reaktion erfolgte, schob er in kurzer Folge zwei Fernschreiben nach.<sup>340</sup> Die Intervention hatte – im Sinne Langenhorns – teilweise Erfolg. Am 15. Oktober teilte die Gekrat mit, daß es zwar nicht möglich sei, 250 Kranke zu verlegen, daß aber 50 Frauen und 50 Männer nach Meseritz-Obrawalde abtransportiert werden könnten.<sup>341</sup> Sofort verlegte Langenhorn 50 Männer, am 22. Oktober, und 50 Frauen, am 2. November, mit eigenem Begleitpersonal in die Tötungsanstalt.

In dieser Zeit wurde Langenhorn auch von den Folgen einer weiteren Maßnahme berührt, die Linden bereits einige Zeit zuvor abschließend

geregelt hatte. Aufgrund ihres voraufgegangenen Übereifers konnte die Anstalt aber von dieser eine spezifische Patientengruppe betreffenden Regelung keinen Gebrauch mehr machen. Mit Schreiben vom 8. August 1943, das den Leitern der Heil- und Pflegeanstalten zuing, hatte Linden nämlich verfügt, daß nach § 42 b StGB eingewiesene Patienten der Polizei übergeben und von dieser in Konzentrationslager weitergeleitet werden konnten – aber nicht mußten. Denn es gab in diesem Schreiben einen Passus, der auf die Problematik der Selektion gerade dieser sicherungsverwahrten Kranken hindeutete. Einerseits lag es auf der Linie der bisherigen Selektionskriterien, wenn die Anstalten sich so, wie es hieß, von »unerwünschten und störenden Elementen« trennen konnten. Andererseits handelte es sich bei dieser Patientengruppe aber häufig um Personen, die arbeitsfähig waren und deshalb aufgrund der geänderten Kriegsverhältnisse in den Anstalten möglicherweise dringend benötigt wurden. So kam es in Lindens Schreiben zu der gewundenen Formulierung: »Nachdem seitens der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten festgestellt worden ist, bzw. noch werden wird, welche Personen nach ihrem körperlichen Zustand zum Arbeitseinsatz in den Lagern geeignet sind, ist es Sache der Anstaltsleiter darüber zu entscheiden, ob der an und für [wohl zu ergänzen: sich] abzugebende Untergebrachte auf Grund von Ziffer 4 der oben aufgeführten Richtlinien nicht abgegeben werden soll.« Die Ziffer 4 betraf den Ausschluß in der Anstalt arbeitender Patienten, die nicht durch andere Arbeitskräfte ersetzt werden können, vom Abtransport.<sup>342</sup>

Abgesehen davon, daß die Entscheidungsträger der Euthanasie keine Skrupel mehr zeigten, Patienten auch ins KZ einzuweisen, macht die merkwürdige Unentschiedenheit bei den Auswahlkriterien eines deutlich: Priorität hatte die Störung des Anstaltsbetriebs, »asoziales« Verhalten also, in Lindens Formulierung: »In der Hauptsache werden für die Abgabe demnach solche Personen in Frage kommen, die einer irrenärztlichen Anstaltsbehandlung nicht mehr bedürfen, die vielmehr Eigenart und Betrieb der Anstalt stören (Schwachsinnige und Psychopathen, die zu den Hangkriminellen zählen).«<sup>343</sup> Man war gerade noch realistisch genug anzuerkennen, daß die so ermöglichte Herausnahme auch arbeitsfähiger Patienten die Funktionsfähigkeit der Anstalten gefährden könnte, und so überließ man die Entscheidung den Anstaltsleitungen.

Diese Frage kam nun auch auf Langenhorn zu, als der Geschäftsführer der Euthanasie-Zentrale Allers am 28. September den Arzt Curd Runckel avisierte mit dem Auftrag, »die nach § 42 b eingewiesenen Patienten auf ihre Arbeitsfähigkeit zu untersuchen.«<sup>344</sup> Zwei Tage später fand die Begutachtung der sicherungsverwahrten Patienten in Langenhorn statt. Da man dort aber nach der Räumung der Anstalt von so vielen Patienten nicht auch noch auf die verbliebenen arbeitsfähigen Kran-

ken verzichten wollte, intervenierte Freese bei der Gesundheitsverwaltung u.a. mit einer aufschlußreichen Begründung: Langenhorn »hat Insassen, die einer irrenärztlichen Anstaltsbehandlung nicht mehr bedürfen und die den Anstaltsbetrieb stören (Schwachsinnige und Psychopathen) bereits im März ds. Js. in größerer Anzahl nach der Anstalt Meseritz-Obrawalde verlegt [...]. Für die Verlegung in eine andere Anstalt eignet sich nur noch ein geringer Teil. Die übrigen 42b-Insassen sind im Betriebe der Anstalt, Landwirtschaft, Gärtnerei usw. tätig«. <sup>345</sup> Ofterdinger leitete Freeses Anliegen sofort an den zuständigen Oberstaatsanwalt Labriga weiter, der den Gesundheitssenator beruhigte: Es handele sich nur um vorbereitende Untersuchungen mit dem Zweck, Listen derjenigen Patienten aufzustellen, die für die Abgabe an die Polizei in Frage kämen. Die Rücksendung der Listen sei abzuwarten und dann gemäß dem Linden-Erlaß zu entscheiden. <sup>346</sup>

Immerhin war auf diese Weise aktenkundig geworden, daß Langenhorn sicherungsverwahrte, »asoziale« Patienten schon mit den ersten Transporten nach dem Wiederaufleben der Euthanasie systematisch abgeschoben hatte. Tatsächlich befanden sich in allen Männer-Transporten vom März/April 1943 nach Meseritz-Obrawalde Kranke aus den sogenannten festen Häusern 9, 18 und 19, <sup>347</sup> und auch Dr. Knigge hatte ja später von der Aussonderung dieser Patientengruppe berichtet. Es mag sein, daß Langenhorn dabei nicht eigenmächtig vorgegangen ist, denn immerhin war es schon seit Oktober 1942 möglich, sicherungsverwahrte Kranke ins KZ einzuweisen, und seitdem bereisten die Euthanasie-Ärzte Runckel und Borm die Pflegeanstalten, um § 42b-Patienten in Hinsicht auf ihre Arbeitsfähigkeit zu begutachten. Das Reichsjustizministerium war ebenso eingeschaltet wie der Reichsführer SS und Chef der deutschen Polizei. <sup>348</sup> In den Anstalten fertigte man Listen der betroffenen Patienten an, die über das Reichsjustizministerium den jeweiligen Generalstaatsanwaltschaften zugeleitet wurden, und diese willigten dann in den Abtransport der ihrer Aufsicht unterstellten Kranken ein – zur »Vernichtung durch Arbeit«.

So scheinen also zu Beginn dieser »Aktion« ausnahmslos alle arbeitsfähigen »asozialen«, »gemeinschaftsfremden« Kranken von der Abschiebung ins KZ bedroht gewesen zu sein. Aus Langenhorn aber transportierte man die sicherungsverwahrten Kranken in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde ab, und zwar kurz nach einer weiteren Rundverfügung des Reichsjustizministeriums vom 10. März 1943. Diese Abschiebep Praxis krimineller Geisteskranker wurde erst mit der Verfügung des Reichsjustizministeriums, das weiterhin federführend in dieser Angelegenheit war, an die Generalstaatsanwälte vom 2. Juli 1943 geändert. Darin wurden nämlich nicht nur die bisher aufgestellten Listen für ungültig erklärt, sondern mit identischem Wortlaut wie später im Linden-Erlaß je-



ne Kriterien aufgeführt, die Patienten von der Abgabe in Konzentrationslager ausschließen sollten.<sup>349</sup> Offensichtlich hatte sich spätestens jetzt das bisherige Verfahren der ausnahmslosen KZ-Einweisung von Sicherungsverwahrten als unpraktikabel erwiesen. In dieser Kontinuitätslinie stand dann auch der Erlaß des Reichsbeauftragten vom August 1943, der das Dilemma zu regeln versuchte, wie mit betroffenen Arbeitsfähigen umzugehen sei. Da aber hatte Langenhorn schon einen Großteil seiner 42b-Patienten – offensichtlich ohne Begutachtung aus Berlin – der Euthanasie ausgeliefert, und die neue Marschroute erwies sich als taugliches Instrument, nach dem Auftauchen von Runckel wenigstens die noch verbliebenen arbeitsfähigen »Asozialen« unter den völlig veränderten Bedingungen in der Anstalt zurückzuhalten.

Diese veränderten Bedingungen resultierten aus den katastrophenpolitischen Versorgungsprioritäten im hamburgischen Gesundheitswesen. In den Bombennächten war neben einer Reihe von Krankenhäusern auch die Gesundheitsverwaltung teilweise zerstört worden. Da fast alle Verwaltungsunterlagen verloren gegangen waren, mußte man improvisieren. Senator Opferdinger zog in ein Gebäude an der Alster, nahe dem Sitz des Reichsstatthalters, die Gesundheitsverwaltung richtete sich unter Kurt Struve in Altona ein, und nur die Gesundheitsämter konnten an alter Stelle in der Nähe des Hauptbahnhofs weiterarbeiten.<sup>350</sup> Grundsätzlich aber blieb es bei den organisatorischen Änderungen vom Mai des Jahres. In dieser Situation formulierte der von Karl Kaufmann zum »Generalkommissar für das Gesundheitswesen« ernannte Opferdinger als Nahziele: »Die verwaltungsmäßige Zentrale der Gesundheitsverwaltung ist im Augenblick darauf angewiesen, im wesentlichen aus dem Gedächtnis oder mit neu zu schaffenden, von den Krankenhäusern und Gesundheitsämtern bei dem Mangel an Personal und Arbeitsmöglichkeiten nur schwer zu gewinnenden Unterlagen zu arbeiten. In erster Linie muß die Gesundheitsverwaltung in den nächsten Wochen darauf bedacht sein, die Krankenhäuser innerhalb Hamburgs und die vielen neugeschaffenen improvisierten Krankenanstalten in Schleswig-Holstein, Mecklenburg und Ost-Hannover sowie das öffentliche Gesundheitswesen in seinen sachlichen Funktionen wieder in Gang zu bringen. Formale Dinge können erst in zweiter Linie kommen.«<sup>351</sup>

Bald aber ging es schon wieder um langfristige Zielsetzungen. Mit ungebrochenem Eifer machte sich der Beigeordnete daran, aus den Kriegsergebnissen Lehren für künftige Planungen zu ziehen. So ermunterte Opferdinger seine Mitarbeiter Anfang des folgenden Jahres, zu Fragen der Stadt- und Verkehrsplanung Stellung zu nehmen, und regte weiter an: »Auf dem Gebiete des Krankenhauswesens sind am Rande der Stadt rechtzeitig die neuen Flächen für Krankenhäuser zu bestimmen. Dabei sind die möglichst günstigen Verkehrsverhältnisse zu den einzelnen Sied-

lungszellen des Gesamtstadtgebiets zu wählen, die nach den Kriegserfahrungen günstigsten Bautypen für Krankenhäuser zu ermitteln und die Verhältniszahl zwischen Bevölkerung und Krankenbetten zu bestimmen.«<sup>352</sup>

Vergegenwärtigt man sich die Spanne der Aktivitäten Ofterdingers in dieser Zeit zwischen kurzfristigen Improvisationen und weitausgreifenden Planungen, so war es nur folgerichtig, wenn er am 30. November 1943 die Umwandlung der bisherigen Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in das »Allgemeine Krankenhaus Langenhorn« verfügte. Er ging dabei also über die Absichten Lindens vom August 1941, der damals im Falle der Räumungen von Heil- und Pflegeanstalten nur von einer Umwandlung in Hilfskrankenhäuser geschrieben hatte, hinaus. Dies mußte ihm leichtfallen, denn einerseits war Langenhorn jetzt planmäßig und umfassend von Geisteskranken geräumt, andererseits erfüllte die Anstalt viele Bedingungen, die Ofterdinger für zukünftige Krankenhausplanungen vorgab: Die Anstalt lag am Stadtrand, hatte günstige Verkehrsanbindungen, war nicht durch Bomben beschädigt und hatte überdies schon längst vielfältige Funktionen eines somatischen Krankenhauses übernommen. Das allein schon durch die immer stärkere Einschnürung des Anstaltsraums für Geisteskranke zerbröckelnde Konzept Hankos zur Errichtung großer Arbeitsanstalten, das für Langenhorn noch einige Zeit die Richtung gewiesen hatte, war damit endgültig an den sich immer mehr verschiebenden Prioritätensetzungen der Gesundheitsverwalter zerbrochen. Offensichtlich glaubte man jetzt, mit den etwa 1.200 Betten der psychiatrischen Abteilung Langenhorns in einer Großstadt wie Hamburg auskommen zu können, wenn man die flexiblen Möglichkeiten des Abschiebens von Geisteskranken in Tötungsanstalten einbezog.

So kam es am 30. November 1943 zu jenen drei Verfügungen, die die Umwandlung Langenhorns organisatorisch und personell regelten. Zur Begründung hieß es in der ersten Verfügung: »Die Entwicklung des hamburgischen Krankenhauswesens im gegenwärtigen Kriege – insbesondere nach der Katastrophe – hat für die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn eine Veränderung in der Struktur des Krankengutes zur Folge gehabt. Sie hat der Anstalt den Charakter eines allgemeinen Krankenhauses gegeben.« Diese »Veränderung« durch tausendfaches Abschieben in den wahrscheinlichen Tod, durch Ausweitung der Euthanasie auf immer mehr Patientengruppen ermöglichte es, neben der psychiatrischen Abteilung medizinische, chirurgische und dermatologische Abteilungen, eine Abteilung für Infektions- und Tuberkulosekranke sowie für Ausländer einzurichten. Die zweite Verfügung regelte die personellen Verantwortlichkeiten dieser Abteilungen, die dritte die personelle Besetzung des Postens des stellvertretenden ärztlichen Direktors durch den bisherigen Leiter der psychiatrischen Abteilung Dr. Knigge. Er und nicht mehr wie bis-

her stellvertretend Kurt Struve war jetzt auch der »ständige Vertreter des Beigeordneten für die Gesundheitsverwaltung in seiner Eigenschaft als Betriebsführer«. <sup>353</sup>

Davon, daß inzwischen die maßgeblichen Euthanasie-Ärzte seit Mitte 1943 eine ganze Reihe von Aktivitäten entfaltet hatten, um das Tötungsgeschehen wieder unter psychiatrische Kontrolle zu bringen, war in Langenhorn nichts zu spüren. <sup>354</sup> Dort ging weiterhin alles seinen bürokratischen, geschäftsmäßigen Gang, den der Psychiater Hans Heinze in einem Schreiben an Nitsche vom 20. Januar.1944 als »wilde E.-Maßnahmen« unter der Dominanz der »Techniker« in den Euthanasie-Instanzen kritisiert hatte. <sup>355</sup> Die Umwandlung Langenhorns bedeutete keine Zäsur, denn Verwaltungsleiter Freese nahm noch am 18. November 1943 erneut direkten Kontakt mit Meseritz-Obrawalde auf und fragte an, ob dort weitere 50 Männer und 50 Frauen aufgenommen werden könnten. Vorsichtigerweise merkte er an: »Falls es möglich ist, diese Zahl von Patienten aufzunehmen, würden wir nach dortiger Mitteilung sofort mit dem Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten in Verbindung treten, da wir selbstverständlich nur mit Genehmigung dieser Stelle verlegen.« <sup>356</sup> Offensichtlich weil von dort eine Antwort ausblieb, wiederholte Freese seine Anfrage am 1. Dezember, also genau an dem Tage, als Langenhorn »Allgemeines Krankenhaus« wurde. Vermutlich am 13. Januar 1944 kam dann die zustimmende Antwort von Verwaltungsleiter Grabowski aus der Anstalt Meseritz, woraufhin am 25. Januar ein Transport mit 50 Frauen aus der psychiatrischen Abteilung Langenhorns abging. <sup>357</sup> Kurz darauf, am 1. Februar, folgte ein weiterer Transport mit 50 Männern.

Langenhorn nahm also wie üblich zunächst selbständig Kontakt mit der Verlegungsanstalt auf und bemühte sich erst danach um die Einwilligung des Reichsbeauftragten. So war es wohl auch beim letzten Transport nach Meseritz-Obrawalde. Hier erfolgte zunächst eine direkte Anfrage per Telegramm vom 23. März 1944. Das weitere Vorgehen war dann so, daß Meseritz dem Reichsbeauftragten mitteilte, die Anstalt könne 50 Frauen aus Langenhorn aufnehmen, und Langenhorn sollte daraufhin in Berlin um Zustimmung nachsuchen. Bei diesem aus Effizienzgründen gewählten Verfahren war also Herbert Linden faktisch nur zwischengeschaltet. Als Grabowski Langenhorn in dieser Weise informierte, fügte er hinzu: »Bei dieser Gelegenheit möchte ich erwähnen, daß eine Aufnahme nur erfolgen kann, wenn Sie einige wirklich arbeitseinsatzfähige Kranke mitschicken. Die Arbeit wird durch die Aufnahmen wesentlich erschwert und muß ich unbedingt Hilfskräfte für die Schäl- und Kochküche, Wäscherei, Hausarbeiten usw. mitbekommen.« <sup>358</sup> Langenhorn ist dieser Bitte nachgekommen, wie man schon der Verlegungsliste des am 9. Mai abgegangenen Transports entnehmen kann. Denn hier wa-

ren neben den Namen der 50 betroffenen Frauen erstmals auch Angaben zur Diagnose, zu ihrem Verhalten (sauber/unsauber; ruhig/unruhig) und zu ihrer Beschäftigung beigefügt. So erfährt man, daß 24 dieser Frauen, also etwa die Hälfte, gearbeitet haben. Auch die Art ihrer Tätigkeit – Hausarbeit, Nährarbeit, Arbeit in der Schalküche oder auf dem Feld – war genau aufgelistet. Wieder wird deutlich, daß nicht nur unbeschäftigte Kranke in eine Tötungsanstalt verlegt wurden. Darüber hinaus muß man aus den Eintragungen in der Transportliste den Schluß ziehen, daß eine Reihe dieser nach Meseritz verlegten Frauen sowohl »sauber« wie »ruhig« wie auch beschäftigt war.<sup>359</sup>

Auffällig ist, daß in dem hier behandelten Zeitraum die zuvor viel stärker betriebenen Verlegungen von Patienten in Hamburger Umlandanstalten kaum noch stattfanden, diese wurden ja auch zum Teil für andere Zwecke genutzt. Neben einem Transport von 20 Kranken nach Lüneburg im Januar 1943 gab es Verlegungen in die nähere Umgebung Hamburgs fast nur noch nach Rickling. 1943 kamen insgesamt 78 Kranke dorthin, 1944 waren es 90 und 1945 bis zum Kriegsende 64 Patienten. Allerdings gingen noch zwei weitere Transporte Ende 1944 in die nähere Umgebung Hamburgs, und zwar nach Schwerin in die Euthanasie-Anstalt Sachsenberg. Dr. Knigge hat dies 1945 gegenüber der Kriminalpolizei mit den »schwierigen Bahnverhältnissen« gegen Kriegsende begründet.<sup>360</sup> In Wirklichkeit waren die Gründe für die Wahl einer weiteren Tötungsanstalt wohl etwas komplexer.

Den Schlüssel für mehrere der jetzt erfolgenden Patienten-Verlegungen aus Langenhorn findet man letztlich in der Umstrukturierung der Anstalt Schleswig-Stadtfeld. Schon Anfang August 1944 war nämlich der Plan aufgetaucht, in dieser Anstalt Teile der Kieler Universität, unter anderem die Medizinische Fakultät, unterzubringen, und nach den Luftangriffen auf Kiel Ende August wurden diese Planungen noch dringlicher. Dies führte dazu, daß wieder einmal die Geisteskranken vordringlicheren Zielsetzungen weichen mußten, und so verlegte Schleswig-Stadtfeld am 14. September 1944 698 seiner Patienten in die Tötungsanstalt Meseritz. Der leitende Anstaltsarzt Dr. Grabow, der dies seinem Oberpräsidenten mitteilte, wußte bald auch schon von Patiententötungen in Meseritz zu berichten.<sup>361</sup> Diese Ereignisse wirkten sich auf Langenhorns Abschieberoutinen aus. In gewohnter Weise hatte nämlich das Krankenhaus Ende Juli 1944 durch direkte Anfrage in Meseritz zu erkunden versucht, ob erneut 50 Frauen nach dort verlegt werden könnten. Nach erfolgter Zusage bat Verwaltungsleiter Freese im nun schon üblichen Geschäftsgang den Reichsbeauftragten um Bestätigung. Dieser aber lehnte die beabsichtigte Verlegung mit der Begründung ab, er müsse »der genannten Anstalt einen größeren Transport von Geisteskranken aus der Anstalt Schleswig-Stadtfeld zuleiten«. Gleichzeitig beauftragte er die Reichsarbeitsgemein-

schaft, für die aus Hamburg angeforderten Plätze eine andere Anstalt zu suchen.<sup>362</sup>

Das Folgende lief ebenfalls nach eingespieltem Schema ab, denn als die Antwort der Reichsarbeitsgemeinschaft ausblieb, veranlaßte Freese Senator Ofterdinger, in Berlin Druck auszuüben. Das geschah, wobei Ofterdinger neben den ursprünglich verlangten 50 Plätzen für Frauen gleich noch weitere 50 Plätze für Männer forderte. Er lieferte dafür auch einen guten Grund: »Im übrigen habe ich das Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten wegen Bombenschaden räumen müssen und habe diesem Institut wegen seiner großen Bedeutung einen neuen Raum zuweisen müssen, was nur im Krankenhaus Langenhorn möglich war, das bereits eine zustimmende Zusage der Anstalt Meseritz-Obrawalde über die Abnahme von 50 Geisteskranken hatte.«<sup>363</sup> Tatsächlich war das Tropeninstitut schon am 1. August nach Langenhorn verlegt worden, was neben den räumlichen Beanspruchungen auch einige organisatorische Veränderungen im Krankenhausgefüge mit sich brachte.<sup>364</sup>

Die Antwort Berlins scheint nun sehr schnell gekommen zu sein, denn schon acht Tage nach Ofterdingers Schreiben meldete Freese der Anstalt Sachsenberg die Ankunft eines Transports von 50 Frauen für den 21. September.<sup>365</sup> Nur fünf Tage darauf wurden dann auch noch 50 Männer in diese nahegelegene Euthanasie-Anstalt verlegt. So hatten also die Verlegungen von Geisteskranken aus Langenhorn in Tötungsanstalten während des Jahres 1944 ihren Grund vor allem in der Beanspruchung von Krankenhausraum für Lungenkranke aus Geesthacht und für die verschiedenen Abteilungen des Tropeninstituts. Das Abschieben zum Töten richtete sich kaum nach Merkmalen der Patienten selbst, es regulierte sich flexibel nach den jeweiligen Prioritätensetzungen der Gesundheitsverwalter.

Diese Feststellung ist zu modifizieren im Hinblick auf einige Patientengruppen, in deren zukünftigen Verbleib sich auch andere NS-Instanzen eingeschaltet hatten. Neben den kriminellen Geisteskranken handelte es sich dabei vor allem um psychisch erkrankte polnische und russische Zwangsarbeiter. Abgesehen davon, daß ja schon 1942 russische Patienten mit unbekanntem Ziel aus Langenhorn abtransportiert worden waren, wurde spätestens seit Oktober 1943 die »Frage der Rückführung arbeitsunfähiger ausländischer Arbeitskräfte« Gegenstand immer gezielter Überlegungen. Unter diesem Titel informierte nämlich am 16. Oktober der leitende Arzt beim zuständigen Gauarbeitsamt Dr. Strohmann den amtierenden Verwaltungsleiter Langenhorns vertraulich darüber, daß nach einem Erlaß des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz geisteskranke Ostarbeiter »künftig nicht mehr in die Heimat oder den Anwerbebezirk zurückzuführen sind«. Stattdessen seien sie, auch wenn sie sich nicht in einer Anstalt befänden, dem Reichssicherheitshauptamt

sofort namentlich zu melden, und zwar anfangs in der Absicht, »diese Geisteskranken in bestimmten Heilanstalten zusammenzulegen«. <sup>366</sup>

Kurz darauf muß es in dieser Frage auch zu einer Besprechung zwischen Dr. Strohmann vom Gauarbeitsamt und der Leitung Langenhorns – damals neben Freese noch Prof. Körtko – gekommen sein, und im Februar 1944 wurden dem Krankenhaus zehn Vordrucke zur Meldung an das Reichssicherheitshauptamt übersandt. <sup>367</sup> Daraufhin gingen im Mai drei Anträge, die erkrankte Zwangsarbeiterinnen betrafen, aus Langenhorn an das Arbeitsamt zurück. In dem Schreiben, mit dem Dr. Strohmann den Eingang bestätigte, bat er um nochmalige Auskunft über die Arbeitsfähigkeit der Gemeldeten und sprach nun von »Sonderlagern«: »Nach dem grundlegenden Erlaß ist eine Verlegung in das Sonderlager des Sicherheitshauptamtes nur dann vorgesehen, wenn Arbeitskräfte polnischer Nationalität und Ostarbeiter wegen Geisteskrankheit dauernd nicht einsatzfähig sind und einer Anstaltspflege bedürfen [...]. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie zu Ihrer Beurteilung in den drei fraglichen Fällen nochmals Ihre Entscheidung über die Möglichkeit eines Arbeitseinsatzes und der Anstaltspflegebedürftigkeit hinzusetzen würden, also etwa so formulieren: »Die Ostarbeiterin ist dauernd nicht einsatzfähig und bedarf der Anstaltspflege.« <sup>368</sup> Eine Woche später schickte Langenhorn die vervollständigten Personenbogen einschließlich der von Dr. Knigge ausgefüllten Befundberichte an den Präsidenten des Gauarbeitsamtes. <sup>369</sup>

Eine Weile tat sich nichts, bis dann im August aus einem von Dr. Borm unterzeichneten Schreiben der Reichsarbeitsgemeinschaft an Langenhorn das weitere Vorgehen klar wurde. Es ging auch hier um die Anstalt Schleswig-Stadtfeld, die jetzt nicht nur indirekt involviert war, sondern als Sammelanstalt für diese gemeldeten Zwangsarbeiter benannt wurde – mit dem bezeichnenden Zusatz: »zunächst«. So hieß es u.a.: »Mit der Rückführung der Patienten sind wir beauftragt worden. Ich ersehe, die Obengenannten der Landesheilanstalt Schleswig-Stadtfeld, die zunächst Sammelanstalt ist, zuzuführen.« <sup>370</sup> Da eine der drei gemeldeten Frauen inzwischen ins Gefängnis Fuhlsbüttel verlegt worden war, blieben zwei Frauen, die dann am 23. August nach Schleswig kamen. <sup>371</sup> Eine offizielle Liste der für diese Gruppe von Geisteskranken benannten Sammelanstalten erging an die Länder erst mit Schreiben des Reichsjustizministeriums vom 6. September, in dem auch vage Andeutungen über die weiteren Absichten gemacht wurden, denn es hieß dort: »Es ist Aufgabe der Zentral-Verrechnungsstelle, den Abtransport aus den Sammelanstalten in dem Heimatgebiet nahe gelegene besondere Anstalten vorzunehmen.« <sup>372</sup> Von jetzt ab wurde es für Stadt-Oberinspektor Freese zur Routine, die in den psychiatrischen Stationen Langenhorns aufgenommenen ausländischen Kranken abzufragen. Nachdem dann Dr. Grabow

aus Schleswig-Stadtfeld Ende Oktober die Aufnahme von Langenhorner Ostarbeitern zugesagt hatte, wurden am 3. November zwölf Patientinnen in die Sammelanstalt verlegt.<sup>373</sup> Über deren weiteres Schicksal ist nichts bekannt.<sup>374</sup>

Spätestens ab 1. Dezember 1944 scheint die Zentralverrechnungsstelle, eine Euthanasie-Institution also, und nicht mehr das Reichssicherheitshauptamt Entscheidungsinstanz für diese ausländischen Patienten gewesen zu sein, denn die Personenmeldungen – mit Angabe der letzten Arbeitsstelle sowie des zuständigen Arbeitsamtes – hatten jetzt nach dorthin zu gehen. Eine weitere Änderung des Verfahrens erfolgte am 17. Februar 1945, da von diesem Zeitpunkt an die betroffenen Zwangsarbeiter solange in der Aufnahmeanstalt zu bleiben hatten, bis von der zuständigen Sammelanstalt oder der Zentralverrechnungsstelle die Aufforderung zur Verlegung kam.<sup>375</sup>

Aber auch als der Zustand der Verkehrswege gegen Kriegsende diese Form der Aussonderung von erkrankten Patienten gar nicht mehr zuließ, hielt der inzwischen zum Stadtamtmann beförderte Verwaltungsleiter Freese an der buchstabengetreuen Einhaltung des Verfahrens fest. Noch im Januar 1945 wollte er geisteskranke Ostarbeiter nach Schleswig abschieben, noch im März ließ er sich die betroffenen Kranken von den Stationen melden, und im selben Monat forderte er einmal 50 und einmal zehn Aufnahmeformulare von der Zentralverrechnungsstelle an.<sup>376</sup> Es scheint aber so, als sei es zu Verlegungen von Zwangsarbeitern nicht mehr gekommen. In den Aufnahmebüchern und Verlegungslisten Langenhorns sind für die Zeit von Beginn des Jahres 1945 bis zum Kriegsende lediglich kleinere Transporte von Geisteskranken aus Langenhorn in Umlandanstalten verzeichnet, drei gingen nach Rickling, einer in die Kreis-Irrenpflegeanstalt Pinneberg.<sup>377</sup>

Wie sehr sich Struktur und Funktion Langenhorns durch die massiven Abtransporte der psychiatrischen Patienten und durch die Umwandlung in einen überwiegend somatischen Krankenhausbetrieb geändert hatten, läßt sich insbesondere für das letzte Kriegsjahr auch zahlenmäßig verdeutlichen. War nämlich die Bettenzahl für Geisteskranke nach den Räumungen im Gefolge der Bombenkatastrophe schon auf knapp 1.400 zurückgegangen,<sup>378</sup> so standen spätestens ab April des folgenden Jahres für diese Patientengruppen nur noch 1.200 Betten bei einer zunächst konstant bleibenden Gesamtzahl von etwa 2.750 Betten zur Verfügung.<sup>379</sup>

## *Langenhorn im Nationalsozialismus*

Die Bestandsmeldung Langenhorns vom 2. April 1944 zeigt folgende Belegungszahlen (vgl. Tabelle 5):

*Tabelle 5: Bestandsmeldung Langenhorn 2.4.1944*

Anstaltspfleglinge:	
Männer	535
Frauen	627
dazu freie Betten	
Männer	67
Frauen	14
Gesamt	1243
somatisch Kranke:	945
dazu freie Bette	585
Gesamt	1530
Krankenhaus insgesamt	2773

Bis zum Dezember 1944 änderte sich daran kaum etwas, auch nicht an der überraschend hohen Zahl freier Betten im somatischen Krankenhausbetrieb. Erst mit der Jahreswende 1944/1945 sank die Zahl freier Betten in diesem Krankenhausweig auf geringfügig unter 200, während umgekehrt die Gesamtbettenzahl im somatischen Bereich anstieg – bei relativer Konstanz der Betten im psychiatrischen Bereich. In der Summe ergab sich daraus, daß kurz vor Kriegsende die Bettenzahl des Krankenhauses sich insgesamt auf über 2.900 erhöht hatte. Das zeigt beispielsweise die letzte Bestandsmeldung Langenhorns im Krieg (vgl. Tabelle 6):

*Tabelle 6: Bestandsmeldung Langenhorn 2.5.1945*

Anstaltspfleglinge:	
Männer	544
Frauen	624
dazu freie Betten	
Männer	4
Frauen	4
Gesamt	1176
somatisch Kranke:	1563
dazu freie Betten	197
Gesamt	1760
Krankenhaus insgesamt	2936



Vergleicht man die beiden angeführten Bestandsmeldungen, so wird auch erkennbar, daß im letzten Kriegsjahr kaum eine Änderung bei den belegten Betten im psychiatrischen Bereich eintrat, vor allem wohl aufgrund der weiter stattfindenden Abtransporte von Geisteskranken, während die Belegung mit Allgemeinkranken während dieses Zeitraums um über ein Drittel anstieg. Welche Rückwirkungen dies möglicherweise auf Pflege und Ernährung der Geisteskranken hatte, ist nicht bekannt.

Daß aber über den gesamten Kriegsverlauf die psychiatrischen Patienten Langenhorns drastisch sich verschlechternden Bedingungen ausgesetzt gewesen sein müssen, kann man aus einem Vergleich der Sterberaten in der Anstalt ablesen. Die Zahl der in Langenhorn verstorbenen Geisteskranken ist nämlich bezogen auf die Zahl der behandelten Psychiatriefälle von knapp unter 6 % im Jahr 1939 auf über zwanzig Prozent im Jahr 1945 angestiegen. Dabei fragt sich, ob es sich um einen Zufall handelt, daß die prozentualen Sprünge gerade in den Jahren auffällig hoch waren, in denen die Zahl der Abtransportierten relativ niedrig lag (vgl. Tabelle 7).

*Tabelle 7: Anzahl der behandelten und verstorbenen Geisteskranken in Langenhorn während des Krieges \**

	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Behandelte							
Geisteskranke:							
Heilabteilung	3.890	3.157	3.113	3.308	3.356	2.593	3.035
Pflegeabteilung	785	602	600	606	521	208	198
Gesamt	4.675	3.759	3.713	3.914	3.877	2.801	3.233
Gestorbene							
Geisteskranke:							
Heilabteilung	267	214	278	483	402	495	660
Pflegeabteilung	1	4	3	6	-	2	4
Gesamt	268	218	281	489	402	497	664
Anteil der gest.							
Geisteskranken in %	5,73	5,8	7,57	12,49	10,37	17,74	20,54

\* Zahlenangaben nach: Kreßin, Artur, Das Allgemeine Krankenhaus Langenhorn in Hamburg 1950, Hamburg 1950, S. 38; vgl. auch die Graphik 10, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«, Berlin/Hamburg 1989, S. 156.

Zu den Mechanismen der Auswahl jener Patienten, die in den letzten Kriegsjahren aus Langenhorn abtransportiert wurden, wie auch zum Kenntnisstand der Beteiligten über die Vorgänge in den Euthanasie-Anstalten lassen sich aus den Zeugenaussagen, die etwa ein Jahr nach

Kriegsende im Rahmen richterlicher Voruntersuchungen gegen vier betroffene Ärzte zu Protokoll gegeben wurden, zusätzlich Details rekonstruieren. Daraus muß man schließen, daß über die betroffenen Ärzte hinaus Verwaltungspersonal, Pfleger und Schwestern auf unterschiedliche Weise in die Vorgänge eingebunden waren. Die zentrale Rolle des Dienststellenleiters in der Verwaltung Freese ist ohnehin nicht zu übersehen. Sämtliche Kontakte mit den Verlegungsanstalten wurden von ihm geknüpft bzw. auf seine Veranlassung von der Gesundheitsbehörde und dem Reichsbeauftragten hergestellt. Sein Kompetenzbereich in Langenhorn ging, wie Kurt Struve später aussagte, über reine Verwaltungsaufgaben hinaus. Denn von der Verwaltung sei »auch die Art der Unterbringung der Kranken, insbesondere ihre Massierung in den einzelnen Sälen [...] bestimmt [worden], kaum von den verantwortlichen Ärzten«. <sup>380</sup> Freese ist wohl auch persönlich zumindest in den Tötungsanstalten Hadamar und Meseritz-Obrawalde gewesen.

Auch die Selektion der abzutransportierenden Kranken scheint nicht immer allein von den Ärzten vorgenommen worden zu sein. Übereinstimmend berichteten später Anstaltsmitarbeiter und überlebende Patienten, daß zumindest an der Auswahl der für Meseritz-Obrawalde bestimmten Patienten die Oberpfleger maßgeblich beteiligt waren. So sagte der überlebende Patient W.: »Die Transporte, die nach Meseritz gingen, wurden von dem Oberpfleger in Langenhorn zusammengestellt, die Listen wurden den Ärzten zur Begutachtung vorgelegt.« Weiter vermutete er, daß diese Pflegekräfte vor allem Patienten auswählten, »die man gern los sein wollte«. <sup>381</sup> Ganz ähnlich formulierte es der Anstaltsangestellte R.: »Die Auswahl der Patienten erfolgte durch die Oberpfleger und die Ärzte begutachteten dann die Fälle. Die Oberpfleger legten natürlich bei der Verlegung Gewicht darauf, daß die sogenannten guten Arbeiter, die wir hier brauchen konnten, möglichst hierblieben.« <sup>382</sup>

Darüber hinaus führte das Langenhorner Verfahren, aus Kostengründen die Transporte möglichst vom eigenen Anstaltspersonal durchführen zu lassen, dazu, daß eine große Zahl von Schwestern und Pflegern mit den Euthanasie-Anstalten in Kontakt kam. Aus den Zeugenaussagen wird dies vor allem für Meseritz-Obrawalde deutlich. So berichtete ein Pfleger u.a.: »Wir fuhren mit unseren Kranken im Waggon in die Anstalt Meseritz hinein. Dort kamen die Kranken in ein Haus und wurden auf die verschiedenen Stationen verteilt. Wir lieferten dann bei der Verwaltung die Kranken- und Personalakten ab sowie die Wert- und sonstigen Sachen, die den Kranken gehörten, und fuhren darauf zurück.« <sup>383</sup> Ein weiterer Pfleger sagte aus: »Ich habe 2 oder 3 mal Transporte von Geisteskranken nach Meseritz mitgemacht [...]. Wir hielten uns zwar niemals lange in Meseritz auf, sondern fuhren sehr bald wieder zurück. Aber ich habe hier und da doch mal in Meseritz Gelegenheit gehabt, mit alten Pa-

tienten zu sprechen.«<sup>384</sup> Ähnlich ein anderer Pfleger: »Ich sah [...] in Meseritz ein paar alte Bekannte, die lange Jahre bei uns im Haus 9 gewesen waren und die kriminelle Patienten waren. Sie liefen dort frei im Gelände herum.«<sup>385</sup>

Ähnlich wie die beteiligten Pfleger wollten auch die 15 vernommenen Schwestern in Meseritz-Obrawalde keinerlei Auffälligkeiten bemerkt haben – bis auf eine Ausnahme. Eine Schwester berichtete nämlich: »Als ich eine Nacht in der Anstalt Meseritz übernachten mußte und dann durch die Säle ging erklärte mir eine Patientin in einem Saal, sie müsse dort in Meseritz schwer arbeiten. Wenn sie nicht arbeiten würde, bekäme sie eine Spritze und würde getötet. Ich habe aber dieses Gerede nicht für ernst genommen, weil es sich ja um eine Geisteskranke handelte, die mir dieses erzählt hatte.«<sup>386</sup>

So will denn auch Dr. Knigge, inzwischen zum stellvertretenden Leiter des »Allgemeinen Krankenhauses Langenhorn« aufgestiegen, erst nach dem letzten Hamburger Transport in die Anstalt Meseritz-Obrawalde von den dortigen Tötungen erfahren haben. Zwei aus Meseritz entwichene Patienten waren nämlich im September und November 1944 durch die Polizei erneut in Langenhorn eingewiesen worden und hatten dort über ihre Erfahrungen berichtet. Dr. Knigge sagte dazu im Juni 1945: »Angeblich sollten in Meseritz Geisteskranke bei ungenügendem Arbeitswillen in eine sogenannte Todeszelle kommen. Der Anstaltsfriedhof, auf dem viele beerdigt würden, trage bei den Patienten den Namen Katyn usw. Die Angaben beider Patienten waren zweifellos übertrieben und phantastisch ausgeschmückt. Eine Bestätigung war nicht zu erhalten, eine Nachprüfung nicht möglich. Außerdem waren beide Patienten kriminelle Psychopathen mit pseudologistischen Neigungen. Trotzdem warnte ich in einem mündlichen und schriftlichen Bericht an Dr. Oferdinger, der in beiden Fällen Rückfragen nach Berlin richtete. Die erste Antwort war meines Wissens beruhigender Art, die zweite kam nicht mehr zurück.«<sup>387</sup>

Verlegungen nach Meseritz fanden jetzt aber sowieso nicht mehr statt. Außerdem war dieser Bericht schon bald verschwunden wie offensichtlich eine Reihe weiterer Unterlagen auch. Eine Büroangestellte in der Dienststelle Freeses berichtete nämlich: »Ich kann auch nicht sagen, wo der Durchschlag dieses Berichtes, den ich angefertigt habe, abgeheftet worden ist und ob er bei dem Zusammenbruch mit anderen geheimen Sachen verbrannt worden ist. Ich weiß, daß damals beim Zusammenbruch, auf Anweisung des Dienststellenleiters, Amtmann Freese, eine Anzahl von Mappen oder Akten verbrannt worden sind. Den Inhalt dieser Akten kenne ich aber nicht.«<sup>388</sup> Es zeigt sich also, daß über alle Etappen des Verlegungsgeschehens – von der Auswahl der Patienten bis zur Ankunft in den Euthanasie-Anstalten – das Personal Langenhorns vielfältig beteiligt und über die Vorgänge am Zielort auch teilweise informiert war.

Auch wenn, wie es ein überlebender Patient betonte,<sup>389</sup> die Verantwortung für die Abtransporte bei den Ärzten lag, scheint die so erzeugte Komplizenschaft allen Beteiligten die reibungslose verwaltungsmäßige Abwicklung eher erleichtert zu haben.

Das Kriegsende brachte Neubesetzungen zunächst in der ärztlichen und Verwaltungsleitung Langenhorns. Die ärztliche Leitung Langenhorns wurde bis Ende Juli 1947 von wechselnden Personen kommissarisch wahrgenommen. Dr. Friedrich Knigge wurde am 28. Juni 1945 vom Dienst suspendiert und am 8. Dezember 1945 entlassen. Er starb zwei Jahre später.<sup>390</sup> Franz Freese nahm sich am 8. Mai 1945 das Leben, an seine Stelle trat elf Tage später kommissarisch der Stadtamtmann Adolf Krüger.<sup>391</sup> Dr. Gerhard Hanko, der aus dem Staatsdienst entlassen und dem der Beamtenstatus aberkannt wurde, kämpfte bis in die fünfziger Jahre um seine Wiedereinsetzung ins Beamtenverhältnis.<sup>392</sup>

Fast alle während der Kriegszeit in Langenhorn beschäftigten psychiatrischen Ärzte traten von 1945 bis 1949 in den Ruhestand oder verstarben. Anneliese Steinbömer, seit 1946 Oberärztin, schied kurz nach ihrer Eheschließung 1949 aus dem Krankenhaus aus. Als dann am 1. August 1947 Prof. Friedrich Mauz mit der ärztlichen Leitung Langenhorns betraut wurde, zunächst kommissarisch und am 1. Dezember des Jahres als ärztlicher Direktor, setzte die Stadt große Hoffnungen in seine zukünftige Arbeit. So hieß es in einem Vermerk: »Seine Anstellung in Hamburg bedeutet für uns wissenschaftlich und auch ärztlich einen großen Gewinn. Es ist dies umso bedeutender, als Langenhorn innerhalb der letzten 12 Jahre entschieden von seinem früheren hohen Niveau eingebüßt hat. Es ist notwendig, und wir erhoffen uns dies von Prof. Mauz, daß Langenhorn wieder auf dieses alte Niveau emporgeführt und zu einer modernen Anstalt zur Behandlung der Geisteskrankheiten, auch der akuten Psychosen, ausgebaut wird.«<sup>393</sup>

In dieser Neubesetzung aber verschränkten sich auf fragwürdige Weise Kontinuität und Neuanfang, denn Friedrich Mauz, im Krieg Direktor der Universitäts-Nervenklinik in Königsberg, war kein unbelasteter Mann. Daß er der SA seit 1934 und der NSDAP seit 1937 angehört hatte, war schon bei seiner Ernennung bekannt. Er war aber seit September 1940 auch Gutachter in der Meldebogen-Aktion gewesen und beteiligt an den Beratungen jenes Jahres über die gesetzliche Festschreibung der Euthanasie.<sup>394</sup> Wie aber sollte durch einen derart verstrickten Mann eine kritische Aufarbeitung der Geschehnisse in Langenhorn möglich sein, wie würde er mit Kranken umgehen, die ihre Verlegungen in Euthanasie-Anstalten überlebt hatten?

Denn zu Rückverlegungen überlebender Kranker nach Langenhorn kam es immer wieder. Teilweise kehrten diese Patienten aus Anstalten zurück, die gar nicht die ursprünglichen Verlegungsorte gewesen waren.

So wurden Langenhorn im September 1947 sieben überlebende Hamburger Kranke aus der Anstalt Pfafferode angekündigt. Ihre einstigen Zielorte waren aber die Umlandanstalten Rickling und Lüneburg gewesen. Sie sind also von dort weiterverlegt worden. Dasselbe war der Fall bei drei Kranken, deren Rückkehr im März 1948 aus Kaufbeuren angekündigt wurde. Ursprüngliche Zielanstalt war Ilten gewesen. Schließlich wurden im Juli 1949 neben 20 überlebenden Heimpfleglingen aus Österreich auch fünf aus Langenhorn und sechs aus den Alsterdorfer Anstalten in die Wiener Anstalt »Am Steinhof« abtransportierte Patientinnen repatriert.<sup>395</sup> Aber nicht alle überlebenden Langenhorner Kranken kamen in ihre Ursprungsanstalt zurück. So wurden am 18. Februar 1948 238 Geisteskranke in einem Sammeltransport aus Polen in die Privatanstalt Ilten verlegt, die im Krieg aus den verschiedensten Anstalten nach Meseritz-Obrawalde und Tiegenhof abgeschoben worden waren. Darunter befanden sich auch ehemalige Patienten aus der Anstalt Langenhorn.<sup>396</sup>

Den Namen »Langenhorn« sollte die in ein Krankenhaus umgewandelte Anstalt überdies nur noch wenige Jahre tragen. 1952 regte die Hamburger Gesundheitsbehörde eine Namensänderung an. Sie entschied gegen den Widerstand der Krankenhausleitung aufgrund eines Vorschlages der Deputation am 9. März 1953 die Umbenennung in »Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll«.<sup>397</sup> Gegen ehemalige, ins Euthanasie-Geschehen verstrickte Langenhorner Ärzte sowie gegen Kurt Struve wurden nach dem Krieg mehrfach, bis in die siebziger Jahre hinein, Strafverfahren eingeleitet. Alle Verfahren sind eingestellt worden.<sup>398</sup>

**Anmerkungen**

- 1 Vgl. den Jahresbericht der Anstalt, in: Kreßin, Arthur, Das Allgemeine Krankenhaus Langenhorn in Hamburg 1950, Hamburg 1950, S.10.
- 2 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 110, Verpflegung der Patienten und des Personals während des Krieges, Neuberger an Schröder, 5.6.1917.
- 3 Ebd., Neuberger an Hamburgisches Kriegsversorgungsamt, 30.6.1917.
- 4 Ebd., Langenhorn an Medizinalamt 14.11.1917.
- 5 StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Sonderbände Langenhorn, Strafsache gegen Bayer u.a., Bd. 4, Aussage Dr. Helmuth Rautenberg, Bl. 110.
- 6 Vgl. van den Bussche, Hendrik, Die Fakultät im Strudel der »neuen Zeit«, in: ders. (Hrsg.), Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«. Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät, Berlin-Hamburg 1989, S. 118 ff., hier S. 140 f., sowie Kreßin, Arthur, a.a.O., S.29.
- 7 Vgl. StArch HH, Finanzdeputation IV, VuO II c 22a xxx A, Unterbringung von Geisteskranken in auswärtigen Anstalten, Bericht an den Vorsitzenden der Gesundheitsbehörde vom 15.3.1928.
- 8 Vgl. StArch HH, Finanzdeputation IV, DV VC 10 e II, Ausbau der Irrenanstalt Strecknitz bei Lübeck, Senatsantrag an die Bürgerschaft von 1928.
- 9 Vgl. StArch HH, Finanzdeputation IV, VuO II c 22a xxx A, a.a.O., so die Hamburger Gesundheitsbehörde am 25.2.1931.
- 10 Ebd., Ausschlußbericht über den Senatsantrag.
- 11 Ebd., Schreiben der Wohlfahrtsbehörde an die Finanzdeputation vom 23.7.1932.
- 12 StArch HH, Finanzdeputation IV, DV VC 10 c II, a.a.O., Feststellung des Bauausschusses von 1931.
- 13 Vgl. Ebbinghaus, Angelika, Kostensenkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung, in: dies., Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 136 ff.
- 14 StArch HH, Finanzdeputation IV, VuO II c 22 a xxx A, a.a.O.
- 15 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15, Errichtung, Erweiterung, Organisation der Anstalt, Protokoll einer vertraulichen Sitzung der Gesundheitsbehörde vom 29.4.1932.
- 16 Ebd., Dr. Holm in einer Besprechung der ärztlichen Kommission vom 5.1.1933.
- 17 Ebd., Notiz vom 16.3.1932.
- 18 Ebd., Besprechung in der Gesundheitsbehörde am 4.4.1932.
- 19 Ebd., Übersicht über die Krankenbewegung seit Oktober 1931.
- 20 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., S. 74.
- 21 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik, Schreiben von Prof. Büssow vom 4.5.1954.
- 22 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 115, Feststellung der Kosten eines Krankenverpflegungstages, Belege über die Kosten für den Krankenverpflegungstag.
- 23 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15, a.a.O., Bericht der Gesundheitsbehörde an die Finanzdeputation vom 10.5.1932.
- 24 Vgl. ebd. Besondere Richtlinien für die Aufnahme und Behandlung von Wohlfahrtspatienten wurden durch Abkommen mit der Wohlfahrtsbehörde am 6.6.1931 festgesetzt. Es folgte am 18.6.1931 eine Vereinbarung mit der Wohlfahrtsbehörde, keine Entziehungskuren für Rauschgiftsüchtige durchzuführen, »es sei denn, daß Gefahr für Leib und Leben vorliege«. Eine Vereinbarung über die Vermeidung unnötiger Kosten durch die Aufnahme von Ausländern folgte am 7.8.1931. Zur Kontrolle der Verweildauer von Patienten wurden am 13.8.1931 Vorschriften über die Behandlung von Zahlungsverpflichtungen und Verlängerungsersuchen zusammen mit der Wohlfahrtsbehörde ausgearbeitet, die am 23.2.1932 noch erweitert wurden. Die Bündelung derartiger Maßnahmen dürfte die Abwärtsbewegung bei der Patientenzahl in den psychiatrischen Anstalten im Jahr 1931 erklären, vgl. van den Bussche, Hendrik, a.a.O., S. 143.
- 25 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15, a.a.O., Bericht der Gesundheitsbehörde an die Finanzdeputation vom 10.5.1932.
- 26 Ebd., Bericht der Wohlfahrtsbehörde vom 9.7.1932.
- 27 Ebd., Protokoll einer vertraulichen Sitzung der Gesundheitsbehörde vom 29.4.1932.
- 28 StArch HH, Finanzdeputation IV, VuO II c 22a xxx A, a.a.O., Bericht des Präses der

- Wohlfahrtsbehörde an die Finanzdeputation vom 23.7.1932. Diese Umschichtung von den »Alten« zu den sogenannten »Grenzfällen« in den Anstalten der Wohlfahrtsbehörde wird man wohl berücksichtigen müssen, wenn man die kaum ansteigende Zahl der Insassen in den Versorgungsheimen während der Krisenjahre interpretiert. Vgl. van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), a.a.O., S. 142 f.
- 29 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15, a.a.O., Dr. Holm in der Sitzung der Gesundheitsbehörde vom 29.4.1932.
- 30 Ebd., darin die undatierten Überlegungen unter dem Titel »Anregungen«.
- 31 Ebd.
- 32 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., S. 33.
- 33 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 29, Personalangelegenheiten, Schreiben des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg vom 29. März 1933.
- 34 Vgl. zum Folgenden: Ebd., Stellungnahme der Staatskrankenanstalt Langenhorn zum Schreiben der Gesundheitsbehörde vom 17. August 1933.
- 35 Ebd., Stellungnahme des Betriebsrats Pollin vom 24. August 1933.
- 36 Ebd., Schreiben der Gesundheitsbehörde vom 13. Sept. 1933.
- 37 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 31 b, Sonderlehrgang, Schreiben des Verwaltungsdirektors Schubert vom 24. August 1933.
- 38 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 29, a.a.O., Beurteilung durch den Verwaltungs-Oberinspektor Unger vom 25. August 1933.
- 39 StArch HH, Senatskanzlei-Personalakten C 776, Schreiben des Hamburger Personalamts vom 17.1.1952.
- 40 Vgl. Broszat, Martin, Der Staat Hitlers, München 1983, S. 247 f.
- 41 StArch HH, Senatskanzlei-Personalabteilung I, 1933, Ja 13 c, Geheimschreiben des RMdJ vom 9.4.1934.
- 42 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., S. 33.
- 43 Kommentar zum Sterilisationsgesetz von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttko, zitiert nach der zweiten, neubearbeiteten Auflage von 1936 in: Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Leben«, Frankfurt/Main 1985, S. 37.
- 44 Hamb.Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 22 vom 11.3.1934.
- 45 Vgl. den Fall des Patienten W. im Kapitel II. 3.
- 46 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 77, Gebäude und Bewirtschaftung der Gebäude, handschriftlicher Vermerk vom 12.4.1934.
- 47 Vgl. zum Folgenden: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 134, Sterilisationen, Einzelfälle, die erste Liste »Vorladung« vor dem Erbgesundheitsgericht zur »persönlichen Vernehmung« von Patienten am 9.3.1934 stammt vom 2.3.1934.
- 48 StArch HH, Gesundheitsverwaltung-Personalakten 401, Schreiben Prof. Schäfers an die Gesundheits- und Fürsorgebehörde vom 7.10.1933.
- 49 Der Artikel Schäfers in: Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Bd.1 H. 15, 1934, S. 136 f.
- 50 Ebd., S. 136.
- 51 Solche zirkulären Argumentationen, die in den Bereichen von Rassen- und Erbhygiene keine Seltenheit zu sein scheinen, finden dann auch Eingang in die Krankenblatteintragen psychiatrischer Patienten. Von einem Langenhorner Kranken heißt es z.B.: »Besonders wenn man es weiß, ist es deutlich, daß F. Halbjuden ist.«
- 52 Aufschlußreich dürfte auch Schäfers eher am Rande notierte Bemerkung zu möglichen Einwänden der Kirche sein: »Religiöse Bedenken habe ich noch nie geltend machen gehört; sie dürften auch in unserer protestantischen Gegend kaum eine Rolle spielen.« Schäfer, a.a.O., S. 136.
- 53 Schäfer, a.a.O., S. 137.
- 54 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 134, a.a.O. Das Schreiben liegt einer »Anleitung zur Ausfüllung der erbbiologischen Karteikarte« sowie einem Muster der Karte bei.
- 55 Vgl. folgenden Abschnitt.
- 56 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 134, a.a.O., Prof. Körtke am 10.12.1934 an die Langenhorner Ärzte.
- 57 Ebd., der Präsident des Reichsgesundheitsamtes am 15.2.1935.
- 58 Ebd.

## *Langenhorn im Nationalsozialismus*

- 59 Vgl. den Exkurs über »Gesundheitspaßarchiv und Reichseinheitskartei in Hamburg« von Thiele, Wilhelm, *Epidemiologie, Registrierung und Nachsorge bei Krebskranken*, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), a.a.O., S. 364 ff., hier S. 374.
- 60 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, Verlegungen nach Anstalten in: Langenhorn von der Anstalt Friedrichsberg, nach dem »Friedrichsberg-Langenhorner Plan« und aus anderen hamburgischen Anstalten. Darin: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan. Zusammenfassender Bericht, S. 2. Es ist interessant zu sehen, wie sehr diese Argumentation derjenigen anlässlich der Spardebatte in den Krisenjahren ähnelt. Dort hieß es anlässlich der Überlegungen zur Auflösung Friedrichsbergs: »Die Parkanlagen in Friedrichsberg, die heute fast nur dem Auge dienen, kämen für Nervenranke [sic!] Rekonvaleszenten viel besser zur Geltung, als dieses heute in den Krankenhäusern auf diesem Gebiet geboten werden kann.« Die NS-Machthaber verschieben die legitimatorische Logik der Sparpolitiker also nur vom medizinischen Paradigma in die Volksgemeinschaftsideologie. Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15, a.a.O., aus den »Anregungen«.
- 61 Vgl. van den Bussche, Hendrik, a.a.O., S. 145 ff.
- 62 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 4.
- 63 Vgl. Eder, Klaus, *Die Vergesellschaftung der Natur. Studien zur sozialen Evolution der praktischen Vernunft*, Frankfurt/Main 1988, S. 214: »In der Moderne wird das Symbolische ökonomisch und deckt in diesem »Ökonomisierungsprozeß« zugleich die symbolischen Grundlagen zu, auf der [sic!] das Ökonomische immer beruht. Dies ist die Dialektik moderner Vergesellschaftung: von kulturellen Voraussetzungen abhängig zu sein und diese zugleich unkenntlich zu machen.« Übrigens verweist Eder in diesem Zusammenhang »auf die in der Moderne einsetzende Praxis der tautologischen Thematisierung«, deren Verwendung im rassenhygienischen Paradigma im vorigen Abschnitt erwähnt wurde.
- 64 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., so Dr. Friedrich Knigge, Aussage vom 29.1.1946. Vgl. auch: StArch HH, Gesundheitsverwaltung - Personalakten 401, Anzeige an den Rechnungshof vom 29. Sept. 1934.
- 65 Hamburger Nachrichten vom 9.5.1935.
- 66 Ebd.
- 67 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 5.
- 68 Ebd., S. 6.
- 69 Ebd.
- 70 StArch HH, Innere Verwaltung, A IV 21 a, Bd. 1, zitiert bei: van den Bussche, Hendrik, a.a.O., S. 145.
- 71 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 6.
- 72 Ebd., S. 6.
- 73 Ebd., S. 21, S. 33. Auf die Zustände in den Versorgungsanstalten und das Schicksal der dorthin verlegten Geisteskranken wird in den folgenden Abschnitten noch zurückzukommen sein.
- 74 Ebd., S. 8 f.
- 75 Ebd., Anlage zum Bericht vom 31. Juli 1935 der Behörde für Technik und Arbeit, sowie ebd.: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 8.
- 76 Ebd., Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 9.
- 77 Vgl. van den Bussche, Hendrik, a.a.O., S. 149.
- 78 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 170, Verlegungen nach Anstalten in: Anscharhöhe. So Pastor Rothe am 1.6.1935 an Prof. Körtke.
- 79 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 10.
- 80 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 172, Verlegung nach Anstalten in: Rickling, darin: Abschrift des Vertrages zwischen dem Landesfürsorgeamt Hamburg und dem Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein vom 31.8.1935.
- 81 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorner Plan, S. 67.
- 82 Ebd., S. 66.
83. Ebd., S. 48.



- 84 Ebd., S. 22 f.
- 85 Vgl. den vorigen Abschnitt.
- 86 Vgl. den folgenden Abschnitt.
- 87 Vgl. Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, Die Psychiatrische und Nervenlinik und ihre Patienten, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), a.a.O., S. 289 ff.
- 88 Vgl. van den Bussche, Hendrik, a.a.O., S. 149.
- 89 StArch HH, Innere Verwaltung, A IV 21 b Bd. 2, Speth an Richter, 22.2.1938, Anlage 1 a, zitiert bei: Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, a.a.O., S. 289. Ob dieses Modell im gewünschten Sinne funktionierte, scheint mir fraglich.
- 90 Nämlich Langenhorn mit Siedlung Fuhlsbüttel, Ohlsdorf und Kleinborstel, vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 110, Verpflegungs- und Kostgeldsätze, Schreiben des Gesundheitsamtes vom 29.11.1927.
- 91 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorn Plan, S. 48 f., sowie in den Anlagen: Bericht Langenhorns vom 26.11.1935.
- 92 Vgl. Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, a.a.O., S. 289 f.
- 93 Bekanntmachung der Gesundheitsverwaltung vom 30.4.1938, in: Ärzteblatt für Norddeutschland 1, 1938, S. 180.
- 94 StArch HH, Hochschulwesen II, Ae 7, Verfügung der Gesundheitsverwaltung vom 25. Feb. 1942.
- 95 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 169, a.a.O., darin: Der Friedrichsberg-Langenhorn Plan, Anlagen, Bericht Langenhorns vom 12.11.1935 und vom 26. 11. 1935.
- 96 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 146, Berichte über besondere Vorkommnisse im Anstaltsbetrieb, Niederschrift vom 18.6.1934. Anlage zum Antwortschreiben Langenhorns vom 27.8.1945 aufgrund einer Nachkriegsbeschwerde.
- 97 Ebd., Antwortschreiben Langenhorns vom 27.8.1945.
- 98 Ebd., Niederschrift vom 18.6.1934.
- 99 Ebd., dies ist der Stellungnahme Dr. Knigges, enthalten im Antwortschreiben Langenhorns vom 27.8.1945, zu entnehmen.
- 100 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik, Bericht von Prof. Büssow am 4.5.1954.
- 101 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., Tabelle S. 74.
- 102 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 115, a.a.O., Einzelbelege über die Kosten für den Krankenverpflegungstag.
- 103 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 146, a.a.O., Antwortschreiben Langenhorns vom 27.8.1945.
- 104 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 42, Ärzte, Anstellung, Beschäftigung, Beförderung und Ausscheiden, teilweise mit Zahlenangaben der betreuten Patienten, 1906-1940.
- 105 Dies entnehme ich noch vorhandenen Personalakten und Karteikarten über die betreffenden Ärzte Dr. Wigand Quickert, Dr. Ludwig Schlippe, Dr. Martin Lua und Dr. Georg Saupe, in der Reihenfolge ihres Dienstantritts.
- 106 Vgl. Eder, Klaus, a.a.O., S. 95.
- 107 Lt. Karteikarte Dr. Friedrich Knigge aus dem Personalarchiv des A.K. Ochsenzoll.
- 108 Siehe folgenden Abschnitt.
- 109 Siehe unten in diesem Abschnitt.
- 110 Mündliche Mitteilung von Zeitzeugen während meiner Recherchen.
- 111 Mündliche Mitteilung von Zeitzeugen während meiner Recherchen.
- 112 Vgl. Kürschners Gelehrtenkalender 7. Aufl. 1950, S. 1167.
- 113 StArch HH, Gesundheitsverwaltung - Personalakten 399, Ärzte, Prof. Dr. Ernst Rittershaus, 1909-1947, Erklärung von Rittershaus am 25.8.1935.
- 114 Vgl. van den Bussche, Hendrik, Die Hamburger Psychiatrie auf dem Weg zur Rassenhygiene, in: ders., (Hrsg.) a.a.O., S. 233 ff., hier S. 235 f.
- 115 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 42, Ärzte, Verfügung Senator Ofterdingers vom 21.9.1936.
- 116 BA, R 36/1379, Mitteilung des Staatlichen Gesundheitsamtes vom 29.8.1936.

## *Langenhorn im Nationalsozialismus*

- 117 Vgl. Kapitel 1.
- 118 In der Literatur ist der Arzt besser bekannt unter seinem Doppelnamen Lange-Eichbaum. In den Krankenunterlagen zeichnet er nur mit Dr. Lange.
- 119 BA, R36/1378, Stellungnahme zu den Richtlinien und zu der Dienstanweisung für den Landesobmann und den beauftragten Arzt der erbbiologischen Bestandsaufnahme, vom 18.9.1937, S. 3.
- 120 Ebd., S.4.
- 121 Vgl. Thiele, Wilhelm, a.a.O., S. 376.
- 122 StArch HH, Gesundheitsverwaltung - Personalakten 399, a.a.O. Dies ist einem Fragebogen der Militärregierung aus der Nachkriegszeit zu entnehmen.
- 123 Vgl. Thiele, Wilhelm, a.a.O., S. 377.
- 124 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 170, Verlegungen nach Anstalten in: Ansharhöhe, Vermerke vom 14. und 15.5.1935.
- 125 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 108, Festlegung der Kostgeldsätze in den öffentlichen Krankenanstalten, Schreiben Hankos an den Redakteur Klahn vom 14.1.1937.
- 126 Vgl. Kapitel 1.
- 127 So der gleichlautende Titel seines Aufsatzes in: Volksgesundheit 4, 1938, S. 5 f., abgedruckt in: Wuttke-Groneberg, Walter, Medizin im Nationalsozialismus, Rottenburg 1982, S. 21 f.
- 128 Ebd., S. 21.
- 129 Ebd., S. 22.
- 130 Ebd.
- 131 Vgl. Hanko, Gerhard, 50 Jahre Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn. Zum Jubiläum der Anstalt am 1. April 1943, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 1943, H. 6, S. 86ff., hier S.86.
- 132 Ebd., Zur Seidenraupenzucht siehe auch: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 125, Werkstätten, Fuhrpark.
- 133 Ebd., S. 87.
- 134 Vgl. die Tabelle in: Kreßin, Arthur, a.a.O., S. 74 f.
- 135 Vgl. Hanko, Gerhard, 50 Jahre Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, a.a.O., S. 88.
- 136 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 125, Werkstätten, Fuhrpark, Vermerk von Stadt-Oberinspektor Freese am 8.4.1943.
- 137 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 146, Berichte über besondere Vorkommnisse im Anstaltsbetrieb. Darin die Aussage Ernst Rittershaus vom 10.9.1937.
- 138 Ebd.
- 139 Ebd.
- 140 Vgl. StArch HH, Finanzdeputation IV, DV VC 10 e IV, Heilanstalt Strecknitz, Verhandlungen wegen Lösung des Vertrages 1937/38. Schreiben der Hamburgischen Vermögens- und Liegenschaftsverwaltung an die Fürsorgebehörde vom 21.3.1938.
- 141 Vgl. Kapitel 1.
- 142 StArch HH, Finanzdeputation IV, DV VC 10 e IV, a.a.O., Schreiben des Beigeordneten der Sozialverwaltung an die Kämmerei vom 26.4.1938.
- 143 Ebd.
- 144 Vgl. StArch HH, Sozialbehörde I, StA. 27.81, Übernahme der landeshilfsbedürftigen Anstaltspfleglinge, und StA. 27.82, Übernahme der ortshilfsbedürftigen Anstaltspfleglinge.
- 145 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7, Übernahme und Verwaltung von Gut Düssin. Auskunft Gerhard Hankos vom 17.10.1938.
- 146 Lediglich für die aus den Rotenburger Anstalten der Inneren Mission abtransportierten Hamburger Kranken liegt mir eine Namensliste vor. Es handelte sich um 26 Personen, die Ende September/Anfang Oktober 1941 in folgende Anstalten verlegt wurden: Eberswalde, Sorau, Günzburg, Kaufbeuren, Lüneburg; Bethel und Uchtspringe. Vgl. StArch HH, Sozialbehörde II, 251-50-73, Rotenburger Anstalten der Inneren Mission.
- 147 Kreßin, Arthur, a.a.O., S. 70.
- 148 Vgl. StArch HH, Finanzdeputation IV, DV VC 10 e IV, a.a.O., Schreiben Senator Osterdingers vom 8.3.1938.
- 149 Vgl. zum Folgenden: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7, a.a.O.

- 150 Ebd., Schreiben Senator Ofterdingers vom 19.8.1938 an Senator Nieland.
- 151 Ebd.
- 152 Vgl. Hanko, Gerhard, Gedanken zum Problem der Reorganisation des deutschen Irrenwesens, auch im Hinblick auf die Heil- und Pflegeanstalten, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 1941, H. 8, S. 149 ff., hier S. 152.
- 153 Vgl. Ebbinghaus, Angelika, Kostensenkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung, a.a.O., S. 145 f.
- 154 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7, a.a.O., »Vorläufiger Plan für den Gutsbetrieb in Düssin« des Landwirtschaftlichen Verwalters Kabel.
- 155 Diese Vorgänge in: Ebd., zu letzterem Vorfall Schreiben Senator Ofterdingers vom 3.10.1940.
- 156 Vgl. Hanko, Gerhard, 50 Jahre Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, a.a.O., S. 88.
- 157 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7, a.a.O., Bericht der Besichtigung des Gutes Düssin am 23.8.1938, vorgelegt von Stadt-Oberinspektor Freese am 27.8.1938.
- 158 Ebd., Anfrage der Gesundheitsverwaltung vom 24.11.1939, sowie Antwort Langenhorns vom 5.1.1940.
- 159 StArch HH, Sozialbehörde I, StW. 23.22, Verwaltung des Gutes Düssin, Schreiben Senator Ofterdingers vom 2.10.1940.
- 160 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7, a.a.O., Schreiben von Reichsstatthalter Kaufmann an den Förster des Gutes Düssin vom 14.1.1939.
- 161 StArch HH, Sozialbehörde I, StW. 23.22, a.a.O., Schreiben des Amtes für Wohlfahrtsanstalten vom 17.7.1941 an die Organisationsabteilung.
- 162 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 172, Unterakte: Verlegungen nach Anstalten in: Ricklingen [sic]/Holstein, Schreiben Freeses vom 21.1.1940 an die Gesundheitsverwaltung.
- 163 Ebd., Listen vom 1.9.1939 und 9.10.1939.
- 164 Der Begriff Umlandanstalt wird hier im Rahmen einer Typologie verstanden, die die Vielzahl von Verlegungsorten Langenhorner Patienten während des Krieges nach ihrer ursprünglichen Funktion aufgliedern soll. Umlandanstalten unterscheiden sich so von den Zwischen- und Tötungsanstalten der Euthanasie. Erklärte Absicht dieser regional begrenzten Verlegungen war die Abschiebung von Patienten zur Schaffung von Bettenkapazitäten. Über das weitere Schicksal dieser Patienten, die in der Kriegszeit auch in den Umlandanstalten nicht sicher waren, ist damit nichts ausgesagt.
- 165 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., Tabelle S. 70.
- 166 Vgl. z.B. die Beiträge zu den Ricklinger Anstalten oder zur Privatanstalt Ilten.
- 167 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 42, Ärzte, Liste vom 23.9.1939.
- 168 StArch HH, Senatskommission für den höheren Verwaltungsdienst, G 4c HV 1939 V/16, Weiterbeschäftigung des Leitenden Oberarztes an der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn Professor Dr. Körte (1939).
- 169 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 6.
- 170 Ebd.
- 171 Ebd., Bl. 15.
- 172 StArch HH, Gesundheitsämter 4, Neuorganisation der Gesundheitsverwaltung, »Erste Verfügung über die Neuorganisation der Gesundheitsverwaltung« vom 12.2.1940.
- 173 Vgl. hierzu die undatierte Vernehmung Kurt Struves, in: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI. Hieraus geht auch hervor, daß Dr. Struve seit November 1933 der SA angehörte, wo er zuletzt den Rang eines Ober-Truppführers bekleidete, und daß er im Mai 1937 der NSDAP beitrug. Als Leiter der Allgemeinen Abteilung in der Gesundheitsverwaltung wurde Kurt Struve im Oktober 1945 entlassen. 1950 kehrte der Verwaltungsfachmann, nunmehr politisch als »entlastet« eingestuft, in den Staatsdienst zurück. Er arbeitete zunächst in leitenden Funktionen in der Finanzbehörde, wo er es bis zum Senatsdirektor brachte. Bis zu seiner Pensionierung im Jahr 1968 war er schließlich ein Jahr lang als Vertreter der Finanzbehörde Mitglied des Planungstabes in der Senatskanzlei. Vgl. hierzu: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve, S. 87 f. Noch über seine Pensionierung hinaus koordinierte Dr. Struve dann den Aufbau eines großen Hamburger Einkaufszentrums.
- 174 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Vernehmung vom 28.5.1969, Bl. 465.
- 175 Ebd.

## *Langenhorn im Nationalsozialismus*

- 176 Kurt Struve in seiner Vernehmung vom 28.5.1969, StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 471.
- 177 Vgl. das Kapitel über die Vorkriegszeit Langenhorns.
- 178 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 478, Vernehmung Dr. Struve vom 30.5.1969.
- 179 Ebd., Bl. 479.
- 180 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 33-36.
- 181 Ebd., Bl. 39.
- 182 Ebd., Bl. 40 und 44.
- 183 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 508, »Schriftliche Stellungnahme« Dr. Struves vom 6.8.1948.
- 184 Vgl. Kapitel II.2. über die Transporte nach Königsutter.
- 185 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 493 f. Wie sehr solche über mehrere bürokratische Ebenen in die Anstalten gelangte Vorgaben den ärztlichen Blick beeinflusst haben mögen, habe ich bei der Auswahl der Patienten für die T4-Transporte darzustellen versucht. Vgl. die Verlegungen nach Königsutter, Teil II. Kapitel 1. und 2.
- 186 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 49, Prof. Biemann am 9.8.1940 an das Hauptgesundheitsamt.
- 187 Ebd., Bl. 61.
- 188 Ebd., Bl. 68.
- 189 Ebd., Bl. 78.
- 190 Ebd., Bl. 81.
- 191 Ebd., Bl. 85, 86.
- 192 Ebd., Bl. 91.
- 193 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 2, Bl. 109, 120.
- 194 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 107, 108.
- 195 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 2, Bl. 147.
- 196 Ebd., Bl. 149.
- 197 Ebd., Bl. 151.
- 198 Vgl. hierzu ausführlich die Vernehmungen Kurt Struves sowie seine »Schriftliche Stellungnahme« in: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI.
- 199 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderbände Langenhorn, Strafsache gegen Dr. Bayer u.a., Bd. 4, Bl. 124 R, Aussage Dr. Heinrich Maintz.
- 200 Kurt Struve, Schriftliche Stellungnahme vom 6.8.1948, a.a.O., Bl. 504.
- 201 Ebd., Bl. 505.
- 202 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderbände Langenhorn, Strafsache gegen Dr. Bayer u.a., Bd. 1, Bl. 192, Aussage Dr. Lange vom 21.1.1948.
- 203 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 16.
- 204 Ebd., Bl. 28.
- 205 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Bd. 1, Allgemeiner Schriftwechsel, Bl. 7.
- 206 StArch HH, Sozialbehörde I, StW. 30.11, Schreiben des dortigen Oberpräsidenten vom 28.2.1941.
- 207 StArch HH, Sozialbehörde I, GF. 32.31, Kostenregelung bei Verlegung von Anstalts-Insassen nach außerhalb - Luftschutzmaßnahmen, Vermerk vom 17.3.1941.
- 208 StArch HH, Sozialbehörde II, 011.52-1, Aufgaben, Aufbau und Geschäftsverteilung des Amtes für Heime, hier Amtsleitersitzung Bd.1, Vermerk vom 16.2.1937.
- 209 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Bd. 1, Bl. 17.
- 210 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 172, Verlegungen nach Anstalten in: Lüneburg, Schreiben vom 24.4.1941.
- 211 StArch HH, Sozialbehörde I, GF. 32.31, a.a.O., Vermerk der Sonderstelle vom 19. 4. 1941.
- 212 Vgl. dazu das Kapitel über die Verlegungen nach Lüneburg.
- 213 Der Transport aus den Versorgungsheimen Oberaltenallee, Averhoffstraße, Norderstraße und Farmsen ging am 21.5.1941 ab. Vgl. die Liste in: StArch HH, Sozialbehörde I, StW. 30.11.

- 214 StArch HH, Konstanty Gutschow, B 40, Anordnungen des Reichsluftfahrtministeriums über den Bau von Luftschutzanlagen, Karl Kaufmann am 22.5.1941.
- 215 StArch HH, Konstanty Gutschow, B 90, Unterbringung ausländischer Arbeitskräfte, Schreiben des AKF vom 3.7.1941 an das Zentralbüro des Reichsstatthalters.
- 216 StArch HH, Sozialbehörde I, GF. 32.31, a.a.O., Ofterdinger an Martini am 24.6.1941.
- 217 StArch HH, Sozialbehörde I, VG. 24.38, Niederschriften über die Leitersitzungen, Leitersitzung vom 5.5.1941.
- 218 Vgl. die Notiz Langenhorns vom 5.8.1941, wo es heißt, daß »eine größere Anzahl von Patienten aus dem Versorgungsheim und den Alsterdorfer Anstalten in freie Plätze der Langenhorner Anstalt eingewiesen werden«. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bd. 89.
- 219 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 80, Notiz vom 13.1.1941.
- 220 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 470, Kurt Struve, Vernehmung vom 28.5.1969.
- 221 Vgl. zum weiteren Schicksal dieser Patienten den Teil »Verlegungen im Rahmen der Aktion T4«.
- 222 Vgl. Wunder, Michael, Die Abtransporte von 1941, in: ders., Ingrid Genkel und Harald Jenner, Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr, Hamburg 1987, S. 181.
- 223 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 579.
- 224 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 474, Kurt Struve, Vernehmung vom 28.5.1969.
- 225 StArch HH, Konstanty Gutschow, B 87, Liste beschlagnahmter konfessioneller Heime und sonstiger Unterkünfte zur Unterbringung ausländischer Arbeiter.
- 226 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 9.
- 227 Siehe unten in diesem Abschnitt.
- 228 Vgl. StArch HH, Sozialbehörde II, 251.50-80, Wahrendorffsche Krankenanstalten Bd. 1.
- 229 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 10 und 11.
- 230 Ebd., Bl. 10, Schreiben der Gekrat vom 9.12.1941.
- 231 Ebd., Bl. 11, Vermerk Struves vom 10.11.1941.
- 232 Ebd., Bl. 30, Schreiben der Sozialverwaltung vom 23.11.1942.
- 233 Ebd., Bl. 29, Schreiben von Stadt-Oberinspektor Freese am 19.12.1942.
- 234 Ebd.
- 235 StArch HH, Sozialbehörde II, 251.50-80, a.a.O., Schreiben des Rechnungswesens vom 17.10.1942.
- 236 Ebd., vgl. den Bericht des Leiters der Sonderstelle Abraham an Senator Martini vom 13.2.1943.
- 237 Ebd., Antrag der Anstalt an das Landessozialamt Hannover zur Erhöhung der Pflegesätze vom 30.8.1951.
- 238 Über die schlechte Ernährung in den Wahrendorffschen Anstalten während des Krieges berichtete mir einer der wenigen dort heute noch lebenden Langenhorner Patienten. Dafür spricht auch die außergewöhnliche Sterberate der Hamburger Geisteskranken in jener Zeit von ca. 65 Prozent.
- 239 Vgl. das Kapitel über die Anstalt Lübeck-Strecknitz sowie über die Zwischenanstalten Eichberg und Weilmünster.
- 240 BA-MA, H 20/463, Planungsakte Nitsche I, aus dem Bericht Prof. Carl Schneiders vom 11.2.1943.
- 241 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 168, Verlegungen in Anstalten: Unterakte Lübeck/Strecknitz, Kurt Struve am 17.9.1941.
- 242 StArch HH, Staatliche Pressestelle I-IV, 3062, Errichtung von Ausweichkrankenhäusern 1942-1943, Rundschreiben Karl Brandts vom 8.10.1941.
- 243 In: Reichsgesetzblatt I, Nr. 121 vom 27.10.1941.
- 244 StArch HH, Staatliche Pressestelle I-IV, 3062, a.a.O.
- 245 Dies ist der schon erwähnten Notiz Kurt Struves vom 17.9.1941 zu entnehmen, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 168, a.a.O.

## *Langenhorn im Nationalsozialismus*

- 246 Kurt Struve in seiner Vernehmung vom 30.5.1969, in: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 493. Der Gesamtzusammenhang der Entstehung der Aktion Brandt macht es nach meiner Auffassung fragwürdig, die Tötungen an Geisteskranken nach der Aktion T4 ebenfalls unter diesen Begriff zu bringen, wie es in der Literatur geschieht. Es scheint jedenfalls so, als habe Karl Brandt zunächst nicht an Euthanasie gedacht. Später wurde er auf Drängen führender Psychiater wieder in deren ehrgeizige Pläne zur »Hebung« ihres Fachs mit Einschluß der Tötung von »Unheilbaren« hineingezogen.
- 247 Vgl. StArch HH, Staatliche Pressestelle I-IV, 3062, a.a.O., und die dort abgelegten Presseberichte.
- 248 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde I, Bl. 102, vgl. die Einladung vom 24.12.1941 sowie den dortigen Vermerk von Kurt Struve.
- 249 StArch HH, Sozialbehörde I, StW. 30.11, Auszug aus der Niederschrift über die Senatsberatung vom 25.3.1942.
- 250 BA-MA, H 20/463, Planungsakte Nitsche I, aus dem Abschluß-Bericht der Planungskommission, S. 1.
- 251 Ebd., S. 5.
- 252 Ebd.
- 253 StArch HH, Gesundheitsämter 4, Neuorganisation der Gesundheitsverwaltung, aus der »Verfügung über ein Referat 'Organisation von Kriegsmaßnahmen' bei der Verwaltungsabteilung« vom 7. Mai 1942.
- 254 Ebd.
- 255 Ebd.
- 256 Dies geht aus einer Verfügung Senator Ofterdingers vom 12. Juni 1941 hervor, in: StArch HH, Gesundheitsämter 4, a.a.O.
- 257 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., Tabelle S. 70.
- 258 Auskunft eines Zeitzeugen während meines Interviews am 30.3.1989.
- 259 Auskunft eines Zeitzeugen während meines Interviews am 24.4.1989.
- 260 Vgl. die Verfügungen vom 28. April 1942, 18. Mai 1942, 25. November 1943, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, Aufnahme und Verlegung von Kranken - Allgemeines und einige Einzelfälle.
- 261 Dies war ab 17.6.1942 der Fall, vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 110, a.a.O.
- 262 Vgl. dazu StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 142, Ärzte.
- 263 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, a.a.O., Beschwerde Körtkes vom 30.9.1942.
- 264 Ebd., Anfrage Kurt Struves vom 16.1.1943.
- 265 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 47 f., undatierter Vermerk Körtkes auf die Anfrage Struves vom 10.6.1943.
- 266 Vgl. Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, Die Psychiatrische und Nervenambulanz und ihre Patienten, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.), a.a.O., S. 303.
- 267 Vgl. das Kapitel über die Vorkriegszeit Langenhorns.
- 268 Aus dem Schreiben Freeses vom 16.2.1942, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, a.a.O.
- 269 »Die Zahl der pro Monat verlegten Patienten schwankte zwischen sechzig und neunzig«, so Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb, a.a.O., S. 303.
- 270 Dieser Befund spricht nicht nur gegen empirische Behauptungen, wie sie in der Literatur zur regionalen Psychiatrie-Geschichte immer wieder aufgestellt wurden. Er läßt auch Zweifel an theoretischen Paradigma von »Heilen« und »Vernichten« aufkommen. Auch wenn dieses Paradigma möglicherweise das Selbstverständnis der NS-Psychiater und ihre programmatischen Intentionen bestimmte, muß es noch lange kein geeigneter Leitfaden für die Analyse der tatsächlich abgelaufenen Prozesse sein. Vielleicht muß man die Motive für die Ermordung von Mitgliedern der eigenen Gesellschaft in einer anderen kulturellen Dimension suchen.
- 271 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 174, Verlegungen nach Anstalten, Schreiben Freeses vom 15.5.1942.
- 272 Vgl. die Gesamtliste der Verlegungen im Anhang.
- 273 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Gesundheitsbehörde Bd. 2, Bl. 115.
- 274 StArch HH, Sozialbehörde I, GF. 32.30, Unterbringung von Schwachsinnigen und aus

- den Anstalten Langenhorn und Eilbecktal in den Anstalten des Amtes VI, Auszug aus Niederschrift über die Leitersitzung am 28.10.1941.
- 275 »S« steht für »Sonderverlegung«.
- 276 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 19.
- 277 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 173, Verlegung nach Anstalten, »Zusammenstellung der Anzahl der verlegten Geisteskranken« vom 31.5.1947.
- 278 Auskunft eines Zeitzeugen während meines Interviews am 24.4.1989.
- 279 Gemeint ist die Akte: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik. Dies ist um so verwunderlicher, als solche Zahlen in einer die Kriegsergebnisse sonst fast ganz aussparenden Chronik Langenhorns angegeben werden. Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., Tabelle S. 70.
- 280 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 110, a.a.O., Schreiben Langenhorns vom 8.2.1943.
- 281 Ebd., Schreiben der Ökonomie vom 16.12.1942.
- 282 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 125, Werkstätten, Fuhrpark, Vermerk von Stadt-Inspektor Freese am 8.4.1943.
- 283 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 110, a.a.O., Schreiben der Ökonomie vom 16.12.1942.
- 284 Insofern muß man den Befund von Götz Aly über die von ihm sogenannte »Aktion Brandt« wohl radikalisieren, der schreibt: »Differenzierte Tötungskriterien gab es nicht mehr. Es zählten allein Arbeitsfähigkeit und Ausmaß der medizinischen Folgen eines Bombenangriffs.« Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 1, Berlin 1985, S. 9 ff., hier S. 57. Prinzipiell, so scheint es, konnte eben jeder betroffen sein, auch der arbeitsfähige Patient. Aus regionaler Sicht werden an den Aussagen dieser vielfach erhellenden Studie darüber hinaus einige Modifikationen vorzunehmen sein. Das reicht von den Datierungen des Wiederauflebens der Euthanasie bis zu der grundlegenden Frage, ob man berechtigterweise diese gesamte Phase als »Aktion Brandt« bezeichnen kann. Aber auch theoretische Paradigmata zur Erklärung der NS-Euthanasie, wie sie etwa unter dem Stichwort der »Endlösung der sozialen Frage« auf den ersten Blick plausibel von Karl Heinz Roth und Klaus Dörner in Umlauf gebracht wurden, werden durch solche regionalen Ergebnisse berührt. Die willkürliche »Selektion« von Störern, Auffälligen, Lästigen im allerweitesten Sinn läßt sich umstandslos kaum mit der politischen Dimension der »sozialen Frage« zur Deckung bringen. Das pilzartig sich ausbreitende Geflecht technokratischer Ad hoc-Lösungen bzw. -Tötungen hatte eben eine Schwelle überschritten, an der ein irgendwie geartetes Ende noch hätte abschbar sein können. Nicht umsonst versuchten die NS-Psychiater im Verlauf des Jahres, diese außer Kontrolle geratene Entwicklung wieder unter ihren Einfluß zu bringen. Es scheint jedenfalls, daß dort, wo der Mensch pures Objekt von Planungsrationaltäten wird, dazu noch in einem durch die Kriegskatastrophe immer unübersichtlicher werdenden Umfeld, auch die soziale Frage ihren Inhalt verloren hat. Überdies waren für derartige Problemstellungen auch die Horizonte aufgrund der dezentral vorgenommenen Selektionen zeitlich und räumlich viel zu sehr eingezogen. Zu bedenken ist auch, daß - zynisch gesprochen - bei genauerem Hinschen auf die Entwicklungen der Mord gerade wegen seiner Endgültigkeit eine viel zu dubiose Planungsressource für gesellschaftspolitische Belange darstellte. Im Ergebnis trug dem sogar die Umstellung des Tötens auf individualisierende Verfahren durch Spritze und Giftpulver Rechnung. Sie eröffnete selbst noch am Ort des Schreckens Entscheidungsspielräume. Zur Erklärungskraft des Konstrukts von der »Endlösung der sozialen Frage« vgl. meinen Aufsatz: Auf der Suche nach einem anderen Paradigma. Überlegungen zum Verlauf der NS-Euthanasie am Beispiel der Anstalt Langenhorn, in: Recht und Psychiatrie, Jg. 9, 1991, H. 2, S. 50 ff.
- 285 Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 56 ff.
- 286 Zitate aus dem »Erlaß des Führers über das Sanitäts- und Gesundheitswesen« vom 28. Juli 1942. In: Reichsgesetzblatt I, Nr. 87, 17.8.1942.
- 287 Zitat aus dem Schnellbrief vom 5.8.1942 bei: Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 56.
- 288 Zitat bei Aly, Götz, ebd., S. 57.
- 289 Vgl. oben in diesem Kapitel.
- 290 Abgedruckt in: Reichsgesetzblatt I, Nr. 117, 17.11.1942.
- 291 StArch HH, Staatsverwaltung-Allgemeine Abteilung, H I 1. Verordnung über die

## Langenhorn im Nationalsozialismus

- Reichsverteidigungskommissare und die Vereinheitlichung der Wirtschaftsverwaltung vom 16.11.1942, aus der Niederschrift über die Dienstbesprechung beim Reichsinnenministerium vom 11.12.1942.
- 292 Ebd., anders als bei den Planungen von 1941 liest man in diesem Plan vom 23.4.1943 allerdings nichts über den Umgang mit Anstaltsinsassen.
- 293 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 464, Vernehmung Kurt Struves vom 28.5.1969.
- 294 Vgl. zu dieser Neuorganisation StArch HH, Gesundheitsämter 4, a.a.O., darin die »Geschäftsanweisung für den Verwaltungsleiter der Gesundheitsverwaltung« vom 15.3.1943 sowie die »Dritte Verfügung über die Neuorganisation der Gesundheitsverwaltung« vom 1.5.1943.
- 295 Genannt wird der Zeitraum »Ende 1942/Anfang 1943« in: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 618.
- 296 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Förderer, Zeugenaussage Anneliese Immig vom 19.11.1962.
- 297 Ebd., Zeugenaussage Anneliese Immig vom 19.2.1963.
- 298 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 736.
- 299 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Aussage Kurt Struve vom 28.11.1946.
- 300 Ebd., Aussage Dr. Lua vom 11.11.1946.
- 301 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Förderer, vgl. die Aussage von Anneliese Immig am 19.2.1963.
- 302 Ebd., Aussage von Anneliese Immig am 19.11.1962.
- 303 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Aussage Dr. Knigge vom 16.11.1946.
- 304 Siehe oben in diesem Kapitel.
- 305 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 35, Schreiben Freeses vom 26.1.1943.
- 306 Ebd., Bl. 230, Schreiben Sieberts vom 9.2.1943 und Vermerk Struves vom 22.2.1943.
- 307 Götz Aly etwa schreibt: »Mit einer Verzögerung war es Ende Juni 1943 soweit, in der beschriebenen Form der dezentralen und individuellen Tötung«. Vgl. seinen Aufsatz: Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 60.
- 308 Vgl. die beiden Schreiben Freeses vom 25.2.1943, in: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 228/229.
- 309 Ebd., Bl. 226, Antwortschreiben der Anstalt Meseritz-Obrawalde vom 9.3.1943.
- 310 Ebd., Bl. 225, Schreiben Freeses vom 23.3.1943. Es ist daran zu erinnern, daß zum Zeitpunkt dieses Transports die Sendung der Meldebögen nach Berlin eingestellt wurde. Inzwischen wurde allgemein die Krankenhausversorgung in Hamburg immer prekärer, und Senator Ofterdinger drängte deshalb in einem Schreiben an alle gemeindlichen Krankenhäuser vom 19.3.43 auf »Entlassung eines bestimmten Prozentsatzes von Patienten für die Schaffung von Raum für Schwerkranke«. Er bezog sich dabei vor allem auf die »Hilfskrankenhäuser«. Schon am 1.3. hatte Hamburg übrigens beim Oberpräsidenten der Mark Brandenburg angefragt, ob »im Falle der Räumung« der Irrenanstalten Geisteskranke nach Neuruppin verlegt werden könnten. Die Antwort vom 5.3. war negativ. Es ist dies aber wohl der früheste Beleg dafür, daß man die Räumung Langenhorns von Geisteskranken plante. Vgl. die Schreiben vom 19.3., 1.3. und 5.3.1943, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, a.a.O.
- 311 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 224 bzw. Bl. 222. Schreiben des Reichsbeauftragten vom 12.3.1943 an die Gesundheitsverwaltung sowie Schreiben Langenhorns an die Gekrat vom 24.3.1943.
- 312 Ebd., Bl. 221 und Bl. 220, Schreiben Freeses an die Gekrat vom 15.4.1943 sowie Schreiben der Gekrat ebenfalls vom 15.4.1943 an die Anstalt Langenhorn.
- 313 Vgl. das Schreiben der Gekrat an Langenhorn vom 19.4.1943, ebd., Bl. 214, das Schreiben Langenhorns an Königslutter vom 22.4.1943, ebd., Bl. 215, sowie die Mitteilung Königslutters an die RAG vom 22.4.1943, ebd., Bl. 219.
- 314 Vgl. das Schreiben der Gekrat an Langenhorn am 29.4.1943, ebd., Bl. 216, die Rückantwort Langenhorns an die Gekrat bezüglich Erlangen vom 7.5.1943, ebd., Bl. 213, sowie das Schreiben der Gekrat an Langenhorn bezüglich Weilmünster, ebd., Bl. 208.
- 315 Vgl. etwa die diesbezüglichen Unterlagen in: StArch HH, Sozialbehörde 1, VG. 30.90, 10tägige Zusammenstellung über die Zahl der Umquartierten und Verlegten nach Luft-



- angriffen, Bd. II; StArch HH, Staatsverwaltung-Allgemeine Abteilung, H II 11, Umquartierung wegen Luftgefährdung und Fliegerschäden - Vorschriften; StArch HH, Konstanty Gutschow, B 90, a.a.O.
- 316 StArch HH, Konstanty Gutschow, B 97, Unterbringung von Alten und Siechen hamburg. Wohlfahrtsanstalten außerhalb Hamburgs. Schreiben Martinis an Oberregierungsrat Busse vom 5.7.1943.
- 317 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 204. Vermerk Struves vom 11.6.1943. Die Anforderungen Martinis in Berlin, die zudem auch Geisteskranke einbezogen, muß es also schon spätestens seit Anfang Juni 1943 gegeben haben.
- 318 Ebd., Vermerk Struves vom 11.6.1943.
- 319 Ebd.
- 320 Ebd., Bl. 202, Schreiben Weilmünsters an Langenhorn vom 2.6.1943; sowie ebd., Bl. 205; Schreiben Freeses an Hadamar vom 8.6.1943.
- 321 Kurt Struve z.B., der ja besten Kontakt zur Verwaltungsleitung Langenhorns hatte, wußte genau, wie man jetzt bei den Tötungen in Hadamar vorging. Als ihm in einer Vernehmung am 30.5.1969 die Frage gestellt wurde: »Sie erwähnten im Zusammenhang mit den Transporten nach Hadamar das Wort »Sterbehilfe«. Wie haben Sie in Ihrer Vorstellung den Begriff damals ausgefüllt?«, antwortete er: »Ich habe mir zunächst keine Vorstellung machen können, wie die Ärzte bei der Gewährung von Sterbehilfe verfahren. Erst, als Dr. Knigge die Kinderabteilung eingerichtet hatte, habe ich ihn gefragt, wie der Arzt Sterbehilfe gewährt. Er hat mir erläutert, daß der Patient eine Injektion bekommt, die eine Lungenentzündung auslöst, an der er stirbt.« Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI.
- 322 Asendorf, Manfred, Als Hamburg in Schutt und Asche fiel und wie der NS-Staat die Krise bewältigte, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), a.a.O., S. 188 ff. Soweit nicht anders angegeben, beziehe ich mich hier auf diese Untersuchung sowie auf den »Bericht des Polizeipräsidenten in Hamburg als örtlicher Luftschutzleiter über die schweren Großluftangriffe auf Hamburg im Juli/August 1943 - Erfahrungen«; StArch HH, Zeitgeschichtliche Sammlung I, 3a.
- 323 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 497. Aussage von Kurt Struve am 30.5.1969.
- 324 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 42, Ärzte. Dr. Hollenbach am 12.8.1943 im Zusammenhang mit der lobenden Erwähnung der Arbeit eines Assistenz-Arztes.
- 325 Es besteht eine gewisse Divergenz zwischen der Langenhorner Transportliste, die 15 Frauen aufführt, und einer Namensliste aus Lübtheen, die 14 weibliche und zwei männliche Patienten enthält. Diese Divergenz setzt sich fort bei der Verlegung nach Sachsenberg. Nach der Hamburger Liste handelte es sich um sieben Frauen, nach der Liste aus Lübtheen um fünf Frauen und einen Mann. Kombiniert man beide Listen, so ergibt sich, daß sieben Frauen und ein Mann nach Sachsenberg weiterverlegt wurden. Vgl. neben der Langenhorner Transportliste die Liste aus Lübtheen vom 23.11.1943, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, a.a.O. Den Tod von zwei Patientinnen im Jahr 1943 teilte die Anstalt Sachsenberg am 9.9.1944 Langenhorn mit. Ebenfalls in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, a.a.O.
- 326 Kinder und Männer aus Alsterdorf, die zum Kalmenhof und zum Eichberg verlegt wurden, kamen an diesem Tag hinzu. Im übrigen zeigen sich bei den Transportzahlen geringfügige Diskrepanzen zwischen dem Langenhorner Aufnahmebuch, den in Langenhorn gefertigten Verlegungslisten sowie den schriftlich von der Gekrat mitgeteilten Transporten. Die im Text genannten Zahlen beziehen sich auf die Angaben in den Langenhorner Transportlisten.
- 327 Vgl. zum Schicksal der im Rahmen des »Sondereinsatzes Brandt« verlegten Patienten die detaillierten Angaben in den jeweiligen Kapiteln.
- 328 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 55, Schreiben Sieberts vom 15.8.1943.
- 329 Vgl. das Kapitel über die Verlegungen nach Wien.
- 330 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 56. Vermerk von -V-, d.h. Struve in seiner Funktion als Vertreter des Senators, am 17.8.1943.
- 331 Ebd., Bl. 57, Schreiben der Gekrat vom 19.8.1943.
- 332 Dies geht laut Telefonat vom 11.5.1987 mit der Gemeinde Lütjensee aus einem Ge-

## Langenhorn im Nationalsozialismus

- meindeprotokoll hervor, das Hotel soll Lazarett geworden sein.
- 333 Dieser Vorfall hat eine zeitliche und inhaltliche Parallele in jenem Transport von 284 vorwiegend älteren Menschen aus Hamburger Versorgungsheimen, von denen ein Teil nach einer strapaziösen Irrfahrt am 7. August in der Anstalt Neuruppin aufgenommen wurde. Noch im selben Monat hat man dort 38 der Männer und 16 der Frauen zu den Geisteskranken »überschrieben«. Da Neuruppin dann für andere Zwecke benötigt wurde, kamen 13 dieser Hamburger Heiminsassen im Oktober nach Meseritz-Obrawalde. Vgl. Asendorf, Manfred, a.a.O., S. 194 f.
- 334 Vgl. BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II, »Aufstellung über die von den Anstalten bis zum 30. September 1943 gemeldeten Geisteskranken« mit Stand vom 1.9. Danach befanden sich in Langenhorn zu diesem Zeitpunkt 419 Männer und 450 Frauen.
- 335 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 201, Schreiben Freeses an die Gekrat vom 21.9.1943, sowie ebd., Bl. 82, Antwortschreiben Sieberts an Langenhorn vom 27.9.1943.
- 336 Ebd., Bl. 104, Schreiben Herbert Lindens vom 14.9.1943 u.a. an Landesregierungen und Kommunen.
- 337 Ebd., Bl. 94, Schreiben Herbert Lindens vom 24.9.1943.
- 338 Ebd., Bl. 98, Timcke meldete dies Struve zur Weiterleitung an Ofterdinger am 5.10.1943.
- 339 Ebd., Bl. 103, Freese am 1.10.1943 an die Gesundheitsverwaltung.
- 340 Vgl. Ofterdingers Schreiben vom 5.10.1943, ebd., Bl. 101, sein erstes Fernschreiben vom 9.10.1943, ebd., Bl. 97, sowie sein zweites Fernschreiben vom 13.10.1943, ebd., Bl. 96.
- 341 Ebd., Bl. 95, Schreiben Sieberts an Ofterdinger.
- 342 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 173, Verlegung nach Anstalten, Erlaß Herbert Lindens »Betrifft: Übernahme von Personen, die gemäß § 42 b StGB. in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht sind, durch die Polizei« vom 8.8.1943.
- 343 Ebd.
- 344 Ebd., Schreiben von Allers an Ofterdinger, 28.10.1943.
- 345 Ebd., Vermerk Freeses vom 1.10.1943.
- 346 Ebd., Schreiben Ofterdingers an den Generalstaatsanwalt vom 6.10.1943 sowie die Antwort Labrigas vom 29.10.1943.
- 347 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 644, S. 651, S. 667. Siehe auch Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 52.
- 348 Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 51.
- 349 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 91, Rundverfügung des Reichsjustizministeriums vom 2. Juli 1943, in der auch Bezug genommen wird auf die Rundverfügung vom 10. März 1943.
- 350 StArch HH, Gesundheitsämter 4, a.a.O., Rundschreiben Ofterdingers vom 29.11.1943.
- 351 StArch HH, Staatsverwaltung-Allgemeine Abteilung, A II 2, Sitzungen der Abteilungsleiter. Schreiben Ofterdingers vom 7. August 1943, mit dem er seine Behörde von Anforderungen durch Hauptverwaltungsamt, Kämmerei und Staatsverwaltung entlasten wollte.
- 352 StArch HH, Gesundheitsämter 4, a.a.O., Schreiben Ofterdingers »Betrifft: Gedanken zur Neugestaltung« vom 28.1.1944.
- 353 Vgl. den Wortlaut der drei Verfügungen Ofterdingers vom 30. November 1943 »betr. das Allgemeine Krankenhaus Langenhorn« in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7 a, Verfügung vom 30.11.1943 betr. Umwandlung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in ein Allgemeines Krankenhaus.
- 354 Zu diesen Vorstößen u.a. mit dem Ziel einer »Hebung« des Ansehens der Psychiatrie gehörte etwa die Besprechung mit Reichsgesundheitsführer Conti am 5.6.1943 zwecks Erörterung der Denkschrift »Gedanken und Anregungen betr. die zukünftige Entwicklung der Psychiatrie«, das Treffen mit Karl Brandt vom 25.6.1943 zwecks Euthanasie-Auftrag an die Psychiater sowie die Erteilung des Euthanasie-Auftrags durch den bei all diesen Initiativen federführenden Nitsche an bestimmte Anstaltsleiter während einer Ärztebesprechung in Berlin am 17.8.1943. Nitsche zog sich kurz darauf mit seiner medizinischen Hauptabteilung der Euthanasie-Zentrale an den Attersee zurück. Fraglich scheint mir allerdings, als Resultat dieser Kontakte eine »Aktion Brandt« zu vermuten,

da von Brandt jedenfalls nicht die Initiative für diese Form der Euthanasie ausging, auch wenn er ihr zustimmte. Die zwielichtige Haltung Brandts zu Nitsches und de Crinis' Aktivitäten scheint mir eher aus einem Brief von Allers an Nitsche vom 15.1.1944 hervorzugehen, indem es anlässlich einer neuerlichen Konferenz-Planung heißt: »[...] ich habe auch Herrn Professor Brandt davon unterrichtet, der die Sache für durchaus richtig hält. Er erschien [sic!] sehr interessiert zu sein und sagte aber, daß er nichts ausprechen könne; vielmehr wegen seiner Dienststellung praktisch ja doch nur das Gegenteil sagen könne, seine Ansicht allerdings etwas verklausuliert bekanntgeben könne; er befürchtet aber, daß er dann nicht von allen verstanden würde. Auf jeden Fall ist Professor Brandt sehr interessiert an dem ganzen Problem. Er hat ausdrücklich betont, daß die Wiederaufnahme der Arbeit im großen Stil ohne Zweifel eines Tages kommen müsse, daß allerdings im Kriege nicht mehr damit zu rechnen sei.« Dieser Brief von Allers an Nitsche, 15.1.1944 in: Heidelberger Dokumente, War Crimes Group 133, File 707, Vol. 19; vgl. zu den aufgeführten Aktivitäten die Briefwechsel Nitsches in: BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II.

- 355 BA-MA, H 20/465, a.a.O., Schreiben Heinzes an Nitsche vom 20.1.1944.
- 356 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 200. Brief Freeses vom 18.11.1943.
- 357 Vgl. ebd., Bl. 131, das Schreiben Grabowskis an Langenhorn vom 31.3.1944.
- 358 Ebd., Bl. 133, Schreiben Grabowskis vom 25.3.1944.
- 359 Der Autor des Kapitels über die Verlegungen nach Meseritz-Obrawalde kommt aufgrund der von ihm näher analysierten Transporte zu hiervon abweichenden Ergebnissen.
- 360 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Dr. Knigge in einem Schreiben vom 23.6.1945.
- 361 Schreiben Dr. Grabow vom 13.10.1944 an den Oberpräsidenten in Schleswig-Holstein, die Mitteilung verdanke ich Harald Jenner.
- 362 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Schreiben Freeses an Meseritz vom 27.7.1944, Bl. 182, Anfrage Freeses beim Reichsbeauftragten vom 11.8.1944, Bl. 181, Antwort Lindens an Freese vom 2.9.1944, wohl nicht wie angegeben 2.8.1944, Bl. 177.
- 363 Ebd., Schreiben Freeses an Ofterdinger vom 4.9.1944, Bl. 178, Schreiben Ofterdingers an die RAG vom 11.9.1944, Bl. 172.
- 364 Vgl. dazu die Richtlinien Dr. Knigges vom 11.9.1944, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 15 e, Überführung von Einrichtungen des Bernhard-Nocht-Instituts nach Langenhorn. So wurden an Einrichtungen das Haus M 10, die Baracke hinter Haus 11, die Räume der Röntgeneinrichtung in M 11 sowie das Laboratorium im Verwaltungsgebäude zur Verfügung gestellt. So die Verfügung Ofterdingers vom 1.8.1944, in: StArch HH, Gesundheitsämter 4, a.a.O. Im übrigen wurde nun auch das »gesicherte« Haus M 18 nicht nur für geisteskranke Kriminelle, sondern auch für zwangsasylierte Lungenkranke in Anspruch genommen. Hier sollten weiter »bösaartige Dauerausscheider« untergebracht werden. Vgl. das Schreiben Dr. Knigges an das Hauptgesundheitsamt vom 31.7.1944, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 183, a.a.O.
- 365 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl. 173. Schreiben Freeses an Sachsenberg vom 19.9.1944.
- 366 Ebd., Bl. 234, vertrauliches Schreiben Dr. Strohmans vom 16.10.1943.
- 367 Ebd., Bl. 167 Schreiben des Gauarbeitsamtes an Freese vom 29.2.1944.
- 368 Vgl. das Schreiben Freeses an das Gauarbeitsamt vom 10.5.1944, ebd., Bl. 165, sowie die Antwort Strohmans vom 17.5.1944, ebd., Bl. 171.
- 369 Ebd., Bl. 170, Schreiben Freeses vom 24.5.1944.
- 370 Ebd., Bl. 164, Schreiben Borms vom 10.8.1944 an Langenhorn.
- 371 Ebd., Bl. 163, Schreiben Freeses an die RAG vom 22.8.1944.
- 372 Ebd., Bl. 236, Schreiben des Reichsinnenministeriums vom 6.9.1944.
- 373 Vgl. das Schreiben Dr. Grabows an Langenhorn vom 30.10.1944, ebd., Bl. 262. Zusätzlich befand sich ein deutscher Geisteskranker in dem Transport.
- 374 Lt. Anfrage in Schleswig-Stadtfeld befinden sich dort keine Unterlagen mehr, die über den weiteren Verbleib Auskunft geben könnten. Nach Fertigstellung des Manuskripts erfahre ich von Klaus Bästlein, daß aus Schleswig-Stadtfeld am 12.9.1944 ein »Ostarbeiter«-Transport mit 21 Frauen und sechs Männern nach »unbekannt« und am

## Langenhorn im Nationalsozialismus

- 17.11.1944 ein »Ostarbeiter«-Transport mit 28 Frauen und 20 Männern nach Lüneburg abging. Ob sich in diesen Transporten Patienten aus Langenhorn befanden und was nach der Ankunft in Lüneburg geschah, ließ sich nicht mehr überprüfen.
- 375 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Bl., 253, Schreiben des Reichsinnenministeriums vom 17.2.1943.
- 376 Vgl. hierzu das Schreiben Freeses an die Anstalt Schleswig-Stadtfeld vom 17.1.1945, ebd., Bl. 259, seine Aufforderung zur Meldung aus den Stationen vom 7.3.1945, ebd., Bl. 253 Rückseite, seine Anforderung von 50 Formularen am 7.3.1945, ebd., Bl. 250, sowie seine Anforderung von zehn Formularen am 29.3.1945, ebd., Bl. 249.
- 377 Die Kreis-Irrenpfleganstalt Pinneberg hatte an den Reichsbeauftragten am 3.10.1944 sowie erneut am 6.1.1945 freie Plätze für sechs Frauen und acht Männer gemeldet. Am 30.1.1945 antwortete Linden, daß er diese Mitteilung nach Hamburg weitergeleitet habe, und empfahl, sich in Zukunft direkt an Hamburg zu wenden. Langenhorn verlegte dann am 8.3.1945 neun Männer und drei Frauen nach Pinneberg. Vgl. das Schreiben der Pflegeanstalt Pinneberg an Linden vom 6.1.1945, das Antwortschreiben Lindens vom 30.1.1945 und den Vermerk Freeses von 9.3.1945 in: Landesbetrieb Krankenhäuser, Zentralregistratur, Gesundheitsbehörde/Betriebs- und Wirtschaftsabteilung, Ordner: Verlegung von Geisteskranken.
- 378 Diese Zahl ergibt sich aus den Angaben in der bereits erwähnten »Aufstellung über die von den Anstalten bis zum 30. September 1943 gemeldeten Geisteskranken«, wonach sich am 1.9. 869 psychiatrische Patienten in Langenhorn befanden, 419 Männer und 450 Frauen. Hinzuzuaddieren sind die dort angeführten freien Betten, nämlich 277 für Männer und 227 für Frauen. In: BA-MA, H 20/465, a.a.O.
- 379 Die hier und im folgenden aufgeführten Bettenzahlen ergeben sich aus den von April 1944 bis zum Mai 1945 vorliegenden monatlichen Bestandsmeldungen Langenhorns, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 141, Belegungsstatistik.
- 380 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungen Bd. XI, Bl. 476. Kurt Struve am 30.5.1969.
- 381 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Bl. 53, Zeuge W. am 28.11.1946.
- 382 Ebd., Bl. 20, Zeuge R. am 11.11.1946.
- 383 Ebd., Bl. 18, Zeuge St. am 11.11.1946.
- 384 Ebd., Bl. 19, Zeuge S. am 11.11.1946.
- 385 Ebd., Bl. 19, Zeuge Sch. am 11.11.1946.
- 386 Ebd., Bl. 25, Zeugin B. am 11.11.1946
- 387 Ebd., Bl. 5, Dr. Knigge am 13.6.1945.
- 388 Ebd., Bl. 67, die Büroangestellte K. am 30.1.1947.
- 389 Ebd., Bl. 52, Patient K.T. am 28.11.1946.
- 390 Nämlich am 2. Dezember 1947, die Daten entnehme ich der Personalkartei des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll.
- 391 Vgl. den Vermerk vom 19.5.1945, in: StArch HH, Sozialbehörde I, VG 98.06, Einsatz im S-Fall - Einsatzbefehle, 1943-45. An Krügers Stelle trat am 11. November 1948 Oberverwaltungsdirektor Arthur Kreßin.
- 392 Vgl. dazu StArch HH, Senatskanzlei-Personalakten C 776.
- 393 StArch HH, Gesundheitsverwaltung - Personalakten 402, Prof. Dr. Friedrich Mauz, Vermerk Dr. Nachtrabs vom 24.7.1947.
- 394 Vgl. die Gutachter-Listen in: Heidelberger Dokumente, War Crimes Group 133, File 707, Vol. 19, sowie die Diskussionsprotokolle zum »Sterbehilfe«-Gesetz, abgedruckt im Anhang zu: Roth, Karl Heinz und Götz Aly, Das »Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken«, in: Roth, Karl Heinz (Hrsg.), Erfassung zur Vernichtung, Berlin 1984, S. 101 ff., hier z.B. S. 163.
- 395 Vgl. zu diesen Rückverlegungen die diesbezüglichen Ankündigungsschreiben in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 173, a.a.O.
- 396 Vgl. dazu das Schreiben des Landeswohlfahrtsverbandes Hannover an die Hamburger Sozialbehörde vom 26.2.1949, in: StArch HH, Sozialbehörde II, 251.50-80 Bd. 1, Wahrendorffsche Krankenanstalten KG. In Ilten leben noch heute Patienten dieses Transports, auch aus Langenhorn.
- 397 Vgl. den Wortlaut der Entscheidung vom 9.3.1953, in: StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 7 a, a.a.O.
- 398 Vgl. Kuhlbrodt, Dietrich, »Verlegt nach ... und getötet«. Die Anstaltstötungen in Ham-

## *Anmerkungen*

burg, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), a.a.O., S. 156 ff., hier: S. 159. Aus diesen Verfahren vorliegende Materialien bildeten neben einer Vielzahl von Archivalien vor allem aus den Beständen des Staatsarchivs Hamburg eine der Quellen für die Rekonstruktion der hier dokumentierten Geschehnisse.



Peter von Rönn

## II. VERLEGUNGEN IM RAHMEN DER AKTION T4

### 1. Langenhorner Ärzte und ihre Befundberichte über zur Tötung ausgewählte Patienten

Im selben Monat, als die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn die letzten von ihr ausgefüllten Meldebögen 1 an Hamburgs Gesundheitsverwaltung zurückschickte, trafen die in der Berliner T4-Zentrale zusammengestellten Todeslisten mit den Namen zu verlegender Patienten in der Hansestadt ein. Knapp ein Jahr hatte sich die Bearbeitung der ersten Sendung von 2.000 Meldebögen durch Langenhorn hingezogen, bis man Ende Juni 1941 in der Gesundheitsbehörde vermerken konnte, »daß noch ungefähr 150 Meldebogen ausstehen, die im Laufe des Monats Juli fertiggestellt sein werden«.<sup>1</sup> Inzwischen waren auch die beteiligten Behördenvertreter und Ärzte über die tatsächlichen Hintergründe der sogenannten »planwirtschaftlichen Maßnahmen« informiert worden.<sup>2</sup> Gesundheitssektor Osterdinger und der Leiter der Allgemeinen Abteilung in der Gesundheitsverwaltung, Dr. Struve, im Spätsommer 1940 eingeweiht, gaben ihr Wissen am 16. Januar 1941 an die Spitzenbeamten der in Hamburg betroffenen Anstalten und Heime weiter. Einige Zeit vor dem Eintreffen der Verlegungslisten aus Berlin erschienen sie dann auch auf einer Ärztekonzferenz in Langenhorn, um die Abteilungsärzte der Anstalt auf die bevorstehenden Abtransporte vorzubereiten.

Vermutlich hat man in Langenhorn schon vorher nicht an eine nur statistische Erfassung im Zusammenhang mit der Meldebogen-Aktion geglaubt. So hat es jedenfalls im Juni 1945 Dr. Knigge – im Krieg unter anderem Leiter der Kinderfachabteilung in Langenhorn – bei seiner damaligen Vernehmung zu Protokoll gegeben, als er über die Zeit nach dem Eintreffen dieser Meldebögen aussagte: »Ein Zweck der Meldebögen wurde nicht bekanntgegeben, dagegen auf peinliche Sorgfalt der Ausfüllung seitens der Direktion gedrungen. Im Ärztekollegium riefen die Bo-

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

gen einige Beunruhigung hervor, da man eine nicht genügend vorbereitete Euthanasie-Aktion sowie Schließung der Anstalt Langenhorn befürchtete.«<sup>3</sup>

Wichtiger noch für das Verständnis des folgenden ist, was derselbe Dr. Knigge über die Modalitäten bei der Einweihung der Langenhorner Ärzteschaft berichtete: »Senator Dr. Ofterdinger erschien eines Morgens in der Konferenz. Der damalige stellvertretende ärztliche Direktor Prof. Dr. Körtke referierte den Inhalt der Schrift des Juristen Binding und des Psychiaters Hoche über die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Im Anschluß daran eröffnete Dr. Ofterdinger den Ärzten, auf Grund der ausgefüllten Fragebögen würden auch für Langenhorn eine Anzahl unheilbarer Geisteskranker von der Berliner Zentralstelle ausgesucht werden.« Weiter wurde den Ärzten nach seiner Aussage mitgeteilt, daß die Patienten bis zur Tötung noch in zwei weiteren Anstalten »endgültig begutachtet« werden sollten – ein Hinweis auf das in Wahrheit allerdings weitaus radikalere System der Zwischen- und Tötungsanstalten-, und um diese »Begutachtung« zu beschleunigen, wurden sie zu einer schriftlichen Beurteilung der selektierten Patienten aufgefordert: »Um ganz sicher und gewissenhaft vorzugehen, ordnete Dr. Ofterdinger 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.«<sup>4</sup>

Kurz darauf gingen im Rahmen der Aktion T4 drei Transporte in die Zwischenanstalt Königslutter ab, 50 Männer am 10. Juli 1941, 30 Frauen am 29. Juli und schließlich 75 Männer am 14. August. Soweit die Krankenakten dieser Patienten vorliegen, enthalten sie alle die erwähnte »Zusammenfassung des Befundes«. Ihr Vorhandensein in der Krankenakte ist somit einmal ein Indiz für die Auswahl von Betroffenen in der ersten Phase der NS-Euthanasie in Langenhorn, dann aber auch dafür, wie Ärzte zum Zwecke schneller Information der Entscheidungsträger in den Verlegungsanstalten über ihre Patienten berichteten, zu einem Zeitpunkt also, als sie von ihrer mit großer Wahrscheinlichkeit bevorstehenden Tötung Kenntnis hatten. Die Berichte geben daher nähere Auskunft über Haltung und Meinung derjenigen, die nach Kriegsende aussagten, »auf diese Verlegungen keinerlei Einfluß« gehabt zu haben. So jedenfalls hat es einer der Abteilungsärzte, Dr. Lua, am 11. November 1946 formuliert.<sup>5</sup>

Daß die beteiligten Ärzte ihren Einfluß zum Zeitpunkt des Geschehens sehr unterschiedlich einschätzten, daß sie auch weltanschaulich bzw. ideologisch verschiedene Auffassungen vertraten, und wie sich dies in ihren Patientenbeurteilungen niederschlug, will ich im folgenden nach-



weisen. Aus Gründen der Aktenlage konzentriere ich mich zunächst auf die Befundberichte zweier Ärzte des Männertransportes vom 14. August 1941 und werfe dann noch einen kurzen Blick auf die Berichte dreier weiterer Ärzte. Sie zeigen die Spannweite der Beurteilungsmöglichkeiten, die trotz Einpassung in die staatlich angeordneten Maßnahmen möglich war, von blinder Übernahme des in der Propaganda vom »lebensunwerten Leben« gebräuchlichen Wortschatzes bis zu differenzierten Patientenberichten, die in ihrer Mehrdimensionalität die folgenschwere Floskel von den »geistig Toten« unterliefen.

Die Kurzberichte, vorn in die Krankenakte eingehftet, waren formlos gehalten. Meist geben sie im Anschluß an Namen, Geburtstag und Langenhorner Diagnose eine knappe Entwicklungsgeschichte des Patienten, beschreiben sein Verhalten in der Anstalt und schließen mit einer zusammenfassenden Einschätzung des derzeitigen Krankheitsbildes. Auf diese Zusammenfassungen, manchmal auch nur die abschließende »Wertung« über den betreffenden Patienten, beziehe ich mich in der folgenden Gegenüberstellung der Arztberichte von Dr. Lange und Dr. Lua.

Dr. Lua arbeitete seit 1912 kontinuierlich in Langenhorn, seit 1919 als beamteter Abteilungsarzt. In NS-Erbgesundheitsgerichtsverfahren zur zwangsweisen Sterilisation von Patienten war er zeitweilig Beisitzer, ein konservativer Mann mit unauffälliger Beamtenkarriere, der wohl stets tat, was der Staat von ihm verlangte. Dr. Lange, sieben Jahre älter, war hingegen eine schillernde Persönlichkeit. Vor seinem Eintritt in den Krankenhausdienst 1928 soll er sich in Bohème-Kreisen aufgehalten haben, und so reichte es nicht mehr für eine ärztliche Karriere. Acht Jahre lang, bis kurz nach der Auflösung der Anstalt Friedrichsberg, arbeitete er in dieser zweiten Hamburger psychiatrischen Einrichtung. In deren Nachfolgeinstitution, der Psychiatrischen und Nervenklinik, war offensichtlich kein Platz mehr für ihn, so daß er nach Langenhorn versetzt wurde. Hier blieb er, überdies mit Alkoholproblemen belastet, Assistenzarzt bis zu seiner Entlassung nach Kriegsende.

Von beiden Ärzten liegen zum Männertransport vom 14. August 1941 je 17 Patientenbeurteilungen vor. In der Bandbreite der Diagnosen und deren prozentualem Anteil unterscheiden sich die Patientengruppen beider kaum: Knapp zwei Drittel der Fälle fielen unter das Krankheitsbild Schizophrenie, der Rest verteilte sich auf die übrigen Diagnosekriterien der T4-Zentrale: Idiotie, Imbecillität, Paralyse, Metencephalitis, Psychopathie.

Ich beginne mit Dr. Lange und gebe zunächst einen Eindruck von diesen zusammenfassenden Patientenurteilen in den Befundberichten.

Über einen Patienten mit der Diagnose »Schizophrenie« schrieb er u.a.:

»Verfolgungsideen, lehnt jede Arbeit ab. Autistisch, interessenlos, ohne Antrieb, kontaktlos. Unfähig, sich zu unterhalten. Schizophrener Endzustand. Homosexuell

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

le Neigungen. Unheilbar und für die menschliche Gemeinschaft als wertvolles Mitglied verloren.«

Über einen weiteren Patienten mit derselben Diagnose urteilte er:

»Zerfahren, läppisch, autistisch, zeitweise erregt. Arbeitet etwas im Freien (Kartoffeln sammeln usw.), aber ohne Ausdauer und mangelhaft, Endzustand von Schizophrenie. Unheilbar und geistig tot.«

Über einen Patienten mit der Diagnose »Imbecillität«:

»Hochgradiger Schwachsinn (besuchte Gymnasium bis Tertia, schlechte Leistung). Ganz unselbständig, leistet bei leichtester Hausarbeit fast gar nichts und auch dies nur zeitweise. Gelegentlich auch reizbar und gewalttätig gegen Mitkranke. Alles in allem eine wertlose Niete in der menschlichen Gemeinschaft.«

Und schließlich über einen Patienten mit »Paralyse«:

»Zerfahren, faselig, geordnete Unterhaltung nicht möglich. Im übrigen dement, faselig verblödet. Versagt jetzt auch bei der Arbeit im Freien (Straßenfegen usw.). Eine leere Ruine. Unheilbar.«

Man wird sagen können, daß Dr. Lange mit seinen starr festgehaltenen, zynisch abwertenden und kaum variierten Beurteilungen die schon zur Euthanasie-Verlegung bestimmten Patienten zusätzlich in den Tod diagnostiziert hat. In 14 seiner 17 Befunde taucht die abschließende Formel »Unheilbar« auf, oft verstärkt durch abschreckende Metaphern:

- »Unheilbar, Endzustand. Leer und ausgebrannt.«
- »Unheilbar. Ausgebrannter Krater.«
- »Eine leere Ruine. Unheilbar.«
- »Unheilbar. Geistig tot.«

Oder Dr. Lange suchte explizit die Nähe zur Binding-Hocheschen Wendung vom »lebensunwerten Leben«:

- »Unheilbar und ohne Wert für die Gemeinschaft.«
- »Unheilbar und für die menschliche Gemeinschaft als wertvolles Mitglied verloren.«
- »Unheilbar. Völlige Niete in der menschlichen Gemeinschaft.«

Bei drei Patienten – sie haben die Diagnose »Psychopathie« und zweimal »Imbecillität« – fehlt das Verdikt »Unheilbar«. Das Urteil Dr. Langes wird dadurch nicht günstiger.

Beim ersten Patienten heißt es:

»Durch die homosexuellen Neigungen schädlich und wertlos für die Gemeinschaft.«

Beim zweiten Patienten:

»Für die menschliche Gemeinschaft unproduktiv und ohne Wert.«

Beim – schon erwähnten – dritten Kranken:

»Alles in allem eine wertlose Niete in der menschlichen Gemeinschaft.«

Wenn es stimmt, wie berichtet wird, daß Dr. Lange kein Anhänger der NS-Ideologie war, muß man über die Gnadenlosigkeit seiner Urteile

um so mehr erschrecken. Und dennoch, die Stereotypie seiner im Wort-sinn vernichtenden Wertungen hat eine lange Tradition. Die Quelle war auf der erwähnten Ärztekonzferenz mehrfach genannt, und hier sprudelte sie ungebrochen: Binding-Hoche.<sup>6</sup> So hatte der Psychiater Hoche schon zwanzig Jahre zuvor von den »geistig Toten« geschrieben<sup>7</sup> und sie »Bal-lastexistenzen« oder »Defektmenschen« genannt.<sup>8</sup>

Man muß in diesem Zusammenhang wohl auch auf die in der NS-Zeit äußerst präsenten Konnotationen hinweisen, die die Autoren mit solchen Bewertungen verbanden. Hoche formulierte: »Die geistig Toten stehen auf einem intellektuellen Niveau, das wir tief unten in der Tierreihe wiederfinden.«<sup>9</sup> Zu erwähnen bleibt, daß Dr. Lange in den meisten seiner Befunde auch auf die Arbeitsleistungen seiner Patienten einging. Dabei verwundert kaum mehr, daß er sie, so vorhanden, fast durchweg negativ beurteilte, mit Bemerkungen wie:

»Arbeitet nur ganz wenig.«

»Arbeitet etwas, aber ganz unselbständig, geringe Leistungen.«

»Leistet bei leichtester Hausarbeit fast gar nichts und auch das nur zeitweise.«

In einem einzigen Fall wertete er in dieser Dimension positiver:

»Unter geeigneter Führung für mechanische Schreibarbeiten brauchbar.«

Aus der Homosexualität dieses Patienten leitete er dann allerdings trotzdem dessen gesellschaftliche Wertlosigkeit ab.

Nimmt man einmal zugunsten der Langenhorner Ärzte an, daß sie nach ihrer Einweihung in das NS-Euthanasie-Programm noch an weitere Begutachtungen der ausgesuchten Patienten in Zwischen- und Tötungsanstalten glaubten, so mußte Dr. Lange wissen, daß seine unterschiedslos aggressiv abwertenden Befundberichte den vermeintlich nachfolgenden Gutachtern zusätzliche Legitimation für ihr tödliches Handeln bieten würden.

Die Kurzberichte über die Patienten wurden erst wenige Tage vor ihrer Verlegung in die Zwischenanstalt Königslutter geschrieben. In diesem Stadium des Entscheidungs- und Selektionsprozesses noch von Handlungsspielräumen der Langenhorner Ärzte zu sprechen, würde die Situation sicher verkennen. Dennoch verdient festgehalten zu werden, daß sogar jetzt noch von Ärzten in gleicher Lage unterschiedlich gehandelt wurde, wenn auch im Rahmen prinzipieller Unterwerfung unter das Vernichtungsprogramm. Dr. Lua jedenfalls, der übrigens nach eigenen Angaben an der Ärztekonzferenz, in der das Euthanasie-Programm offengelegt wurde, nicht teilgenommen hatte,<sup>10</sup> ging in den zusammenfassenden Bemerkungen seiner Patientenberichte einen anderen Weg als Dr. Lange. Die Kategorie »Unheilbar« kommt in seinen Befunden überhaupt nicht vor, auch globaler Bewertungen seiner Patienten im Hinblick auf ihren gesellschaftlichen Nutzen enthielt er sich, suggestive, aber inhaltsleere Me-

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

rathern vermied er. Er verfolgte eine Strategie differenzierter mehrdimensionaler Beschreibungen. Das gab ihm die Möglichkeit, eine vielleicht negative Bewertung in der einen Dimension durch eine positive in einer zweiten auszubalancieren. Auch bezog er in die Bewertung seiner Patienten Prozesse seelischer Dynamik und Entwicklung ein. Welche Möglichkeiten sich ihm hieraus ergaben, versuche ich durch folgende Typologie darzustellen:

- a) Ausbalancieren von Urteilen über Patienten durch unterschiedliche Bewertung mehrerer Verhaltensdimensionen  
Dazu finden sich zahlreiche Beispiele:

»Arbeitsleistung mäßig. Erhält Besuch von Mutter und Schwester.«

»Gelegentlich zeigt sich eine Störung des Wirklichkeitsgefühls. Orientierung vorhanden. Ist kontaktfähig.«

»Keinen seelischen Kontakt mit Personen seiner Umgebung. Arbeitet fleißig in Kolonne. Orientierung mangelhaft.«

Das subjektive Bemühen des Arztes, einen Patienten nicht fallen zu lassen, berührte sich zuweilen mit objektiver Hilflosigkeit, so wenn Dr. Lua etwa schrieb:

»Antriebsschwäche, antwortet korrekt, zeitlich und örtlich orientiert. Kontaktfähig. Berichtet, er habe in Rickling bei Hausarbeit geholfen.«

Bedeutsam dürfte auch die Hervorhebung affektiver Bindungen sein, dies insbesondere im aktuellen Kontext der Vernichtungspolitik. So heißt es einmal:

»Zeitweilig bestehen Verstimmungszustände, in denen er still vor sich hinbrütet und jeden Zuspruch unwillig zurückweist. Mutter hängt mit großer Liebe an ihrem einzigen Sohn und besucht ihn regelmäßig.«

Durch die Berücksichtigung mehrerer Dimensionen im Handlungsfächer seiner Patienten erreichte Dr. Lua also eine differenzierte Einschätzung, die sich deutlich von den starren Abwertungen eines Dr. Lange unterschied. Vielleicht wollte er so vermeintlich nachfolgenden Gutachtern die Entscheidung zur Tötung erschweren.

- b) Berücksichtigung biographischer Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten

Die Akzentuierung von Entwicklungsdynamiken kann helfen, endgültige Urteile über Krankheitsverläufe zu vermeiden. Ein Beispiel:

»Nach Wiederaufnahme der Medikation ganz erhebliche Besserung des Zustandes, über das P. selbst erfreut ist. Bewegt sich freier, hat wieder Lebensmut, nimmt spontan an Reinigungsarbeiten im Krankensaal teil.«

Es gibt allerdings auch negative Beispiele:

»Nach vorübergehender Besserung scheint er wieder in die Richtung des früheren Zustandes abzugleiten.«

## *Befundberichte über zur Tötung ausgewählte Patienten*

### c) Überwiegend positive Bewertungen

Dazu ein Beispiel:

»Ist orientiert, freundlich, dabei affektiv matt, wenig mitteilend, gelegentlich zerfahrenere Gedankengänge paranoider Färbung. Kontaktfähig, zeigt Lebenswillen. Hat sich bei Gartenarbeit bewährt.«

### d) Durchgehend negative Bewertungen

Im Gegensatz zu Dr. Lange gibt es sie in »nur« drei Fällen, wobei sich zeigt, daß bei zwei dieser Patienten eine »Idiotie« diagnostiziert wurde. Über einen der beiden heißt es:

»Verständnislos, nicht kontaktfähig. Stürzt sich in hemmungsloser Gier auf das Essen, zeigt motorische Entladungen, zerreißt Wäsche. Es handelt sich um einen völlig asozialen Idioten.«

Über den dritten Patienten mit der Diagnose »Schizophrenie« schrieb Dr. Lua:

»Seit Jahren das gleiche Zustandsbild. Zerfahrenheit des Gedankens, Mangel an Kontaktfähigkeit, kurzdauernde Erregungszustände, wird dabei nie tätlich. Geringe Arbeitsleistung, nur unter besonderer Anweisung brauchbar.«

Dr. Lua hat sich zweifellos gegen die staatlichen Vorgaben eines Vernichtungsprogramms an Geisteskranken und die damit verbundenen Selektionskriterien nicht zur Wehr gesetzt. Einige Patienten hat er deshalb, vielleicht um mit seiner individuellen Strategie der gegensteuernden Differenzierung glaubwürdig zu bleiben, fallengelassen. In der Mehrzahl seiner Befundberichte aber erscheinen die von der T4-Zentrale zur Tötung ausgewählten Patienten keineswegs als »geistig tot«, wie sein Langenhorner Kollege Dr. Lange dies in blindem Nachvollzug einer gesundheitspolitischen Propaganda behauptete, deren Ursprünge sich auf Schriften wie die von Binding und Hoche zurückführen lassen.

Wirft man einen Blick auf die Befundberichte der übrigen Langenhorner Ärzte, die Patienten des Transportes vom 14. August 1941 zu beurteilen hatten, so fällt auf, daß die Wertungen u.a. auch durch Vorgaben regionaler Instanzen gefärbt werden konnten. Die Ärzte Dr. Knigge, Dr. Kerl und Dr. Quickert bemühten nämlich gern den Maßstab der sogenannten »produktiven Arbeitsleistung«.

Beispielsweise heißt es in den Berichten des für die geschlossenen Häuser zuständigen Abteilungsarztes Dr. Quickert:

»Seine produktive Arbeitsleistung ist nur sehr gering.«

»Zur produktiven Arbeitsleistung unfähig.«

Ähnlich urteilte der schon frühzeitig in das Vernichtungsprogramm eingeweihte Dr. Knigge:

»Kaum wirklich produktive Arbeitsleistung.«

»Hilft beim Reinemachen der Station, leistet aber keine eigentlich produktive Arbeit.«

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

Dr. Kerl, der neben Dr. Lange von der aufgelösten Anstalt Friedrichsberg nach Langenhorn übernommen worden war und unter einer nicht unerheblichen körperlichen Behinderung litt, machte sich sogar Gedanken über eine empirische Präzisierung des Maßstabs der Arbeitsleitung. So liest man in seinen Befundberichten:

»Die Arbeitsleistung war früher – an den Anstaltskosten gemessen – beachtlich, ist in den letzten Jahren (67 J.) wesentlich zurückgegangen.«

»Arbeitsleistung war unterschiedlich. Im wirtschaftlichen Ergebnis wohl nicht ausreichend zur Kostendeckung.«

Unter dem Druck einer Propaganda, die wie schon Binding und Hoche die »wirtschaftliche und moralische Belastung«<sup>11</sup> der Gesellschaft durch Geisteskranke hervorkehrte, wurde hier also eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufgemacht, die Anstalten aus der legitimatorischen Schußlinie bringen sollte. In Umkehrung der Beweislast hatte ein Kranker darauf zu achten, daß einer Anstalt aus seinem Aufenthalt dort keine Kosten entstehen. Diese paradoxe Verkehrung ins Gegenteil – nicht die Anstalt hat für die Kranken von Nutzen zu sein, sondern der Kranke für die Anstalt – wurde möglich durch eine unauffällige und suggestive Perspektivverschiebung: Die Einrichtung wurde als von ihren Patienten getragen definiert und nicht von der Gesellschaft – eine mehr als zweifelhafte Methode, sich öffentlichen Klagen über die zu hohen gesellschaftlichen Kosten des Anstaltswesens zu entziehen. Der schillernde Begriff der produktiven Arbeitsleistung und sein Maßstab war in der ärztlichen Optik geschrumpft auf die Dimension des Beitrags eines einzelnen Patienten zum Systemerhalt des Krankenhauses. So konnten sich unterschiedliche gesellschaftliche Instanzen derselben Phraseologie bedienen, wenn sie ein soziales Problem technokratisch auf Kosten der Betroffenen lösen wollten.

Der Begriff der »produktiven Arbeitsleistung« als Maßstab für den gesellschaftlichen Wert einer Person verweist aber in der aktuellen Situation des Jahres 1941 auch auf Diskussions- und Entwicklungsprozesse, die auf unterschiedlichen politischen Ebenen stattfanden – auf der Ebene zentraler Vorgaben für die Selektionskriterien der zu tötenden Kranken ebenso<sup>12</sup> wie auf der Ebene regionaler Interessenartikulation in Hamburg. Die Hamburger Gesundheitsverwaltung hatte nämlich im Zuge des Entwurfs eines zusätzlichen gemeindeeigenen Meldebogens das Kriterium der Beschäftigungsfähigkeit eines Patienten 1941 so weit eingeeengt, daß Kranke ohne »produktive« Arbeitsleistung nun auch von regionaler Seite einem verschärften Selektionsdruck ausgesetzt waren. Mit Verweis auf Dr. Struve, den Verfasser dieses Fragebogens, heißt es in der Anklageschrift der Hamburger Staatsanwaltschaft: »Damit verschärfte er erheblich das Selektionsverfahren für die Pflege der Hamburger Anstalten.

Durch seine Maßnahme fielen unter die Rubrik Ziffer 5, in der die sogenannten lebensunwerten Pfleglinge erfaßt werden sollten, auch Pfleglinge, die zwar beschäftigungsfähig aber nicht mehr arbeitsfähig ›im Sinne produktiver Arbeitsleistung‹ waren.«<sup>13</sup> Hatte die hier genannte Kategorie im ursprünglichen Entwurf nämlich noch gelautet: »unheilbar und nicht mehr beschäftigungsfähig«, so war sie jetzt ausgeweitet auf Patienten, die nur leichte Arbeit verrichteten. Die Kategorie hieß jetzt: »unheilbar und nicht mehr arbeitsfähig (im Sinne von 3)«. In Ziffer 3 wurde aber Arbeitsfähigkeit als »produktive Arbeitsleistung« (im Original hervorgehoben) definiert.

Zieht man ein Fazit aus den Befundberichten Langenhorner Ärzte, die ja die vermeintlichen Gutachter in den Zwischen- und Tötungsanstalten schnell über den Gesundheitszustand der Hamburger Patienten informieren sollten, so zeigt sich zunächst, daß an die Bewertung der Kranken je nach individueller Eigenart und moralischer Orientierung, Anpassungsleistung und Befindlichkeit des Arztes ganz unterschiedliche Maßstäbe herangetragen wurden. Zwar zögerte keiner der Beteiligten, den Auftrag des Gesundheitssenators zu erfüllen. Die Bandbreite der Urteile aber reichte von kritikloser Unterwerfung unter die von Binding und Hoche vorgegebenen Bewertungsschemata einer ausmerzenden Gesundheitspolitik über einen hilflosen Konservatismus, dem Differenzierungsmöglichkeiten sowohl in bezug auf die innere Struktur des einzelnen Patienten wie auch zwischen verschiedenen Patienten zu Gebote standen, bis zur Anwendung technokratischer Kalküle im Sinne scheinrationaler Kosten-Nutzen-Rechnungen. Die Argumentationsfiguren speisten sich aus disparaten Quellen – von Diskursen innerhalb der eigenen psychiatrischen Zunft über Richtlinien politischer Zentralinstanzen bis zu interessengeleiteten Vorgaben der Regionalpolitik. Sie verweisen darüber hinaus auf individuelle Spielräume des einzelnen Arztes, die er je nach Sozialisations- und Karrieremuster ausfüllte. Die hier im Einzelfall noch aufscheinende Ethik aber vermochte kaum etwas auszurichten gegenüber der Gewalt überdeterminierter Prozesse (wenn überhaupt, dann nur aufgrund des nicht vorhersehbaren plötzlichen Abbruchs der T4-Tötungen am 24. August 1941), in der die Interessen unterschiedlicher politischer Instanzen und gesellschaftlicher Sektoren sich vielfältig verknüpften. In den geliehenen Argumentationsmustern, ihren propagandistischen Unschärfen und Paradoxien hallt das nach.

An die Überzeugungskraft ihrer Argumente nach außen haben die Täter jedenfalls selbst nicht geglaubt. Dies zeigt nicht nur die irreführende Begründung in jenem Vordruck, mit dem Verwandte von der Verlegung eines Patienten benachrichtigt wurden: »Die gefährdete Luftlage, und die Notwendigkeit, Bettenreserven zu schaffen, bedingen eine Verlegung von Patienten nach außerhamburgischen Anstalten.« Dies läßt sich

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

auch daran ablesen, daß die Benachrichtigung offensichtlich erst dann abgeschickt wurde, als es für jede Intervention zu spät war. So beschwerte sich am 23. August 1941 die Ehefrau eines verlegten Patienten bei der Verwaltung Langenhorns: »Ich finde es einfach allerhand, mir vordem nichts davon mitzuteilen, daß man sich wenigstens aufwiedersehen sagen kann, denn dort nach Königslutter werde ich doch nie hinkommen, wenn ich nie gekommen wäre, des Sonntags, könnte ich es schon verstehen, daß man mir nichts mitgeteilt hätte [...]. Mein Mann hatte in Langenhorn schon immer Heimweh nach Hause, und wird wohl nun in Königslutter ganz kaputt vor Heimweh gehen.« Der verantwortliche Verwaltungsleiter Freese antwortete am 26. August 1941: »Über die Verlegung Ihres Ehemannes nach Königslutter wurden Sie am 14.8.1941 benachrichtigt. Die Benachrichtigung konnte erst erfolgen, nachdem die Verlegung endgültig feststand.« Selbst wenn man Freese glaubt, waren an dem Tag, an dem die Nachricht Langenhorn verließ, die Patienten schon unterwegs nach Königslutter.



## 2. Selektionskriterien und ihre praktische Umsetzung bei den Transporten nach Königsutter

Die Selektionskriterien für geistesranke Patienten, die im Nationalsozialismus für »lebensunwert« erklärt wurden und deshalb zu beseitigen waren, hatten sich in einer etwa zwanzigjährigen Geschichte zunehmender Interaktion und Interessenverflechtung zwischen psychiatrischen und politischen Instanzen herausgebildet. Frühe Überlegungen hierzu finden sich wiederum in der Schrift Binding-Hoches. In dem Text geht der psychiatrische Autor von einer Zweiteilung der von ihm so genannten »Zustände geistigen Todes« aus, die entweder im späteren Leben erworben oder bereits seit frühester Kindheit existent bzw. angeboren sein können. In kategorialer Ausfaltung dieser Dichotomie rechnet er zur ersten Gruppe etwa »Greisenveränderungen des Gehirns«, die »Dementia paralytica«, arteriosklerotische Veränderungen sowie die »Gruppe der jugendlichen Verblödungsprozesse (Dementia praecox)«. Zur zweiten Gruppe zählt er »grobe Mißbildungen des Gehirns« bzw. das »Fehlen einzelner Teile«, »Hemmungen der Entwicklung während der Existenz im Mutterleib« bzw. Erkrankungen in der ersten Lebenszeit, die bei einem »an sich normal angelegten Hirnorgan die Entwicklung sistieren«, dies verbunden mit epileptischen Anfällen bzw. anderen motorischen »Reizerscheinungen«. <sup>14</sup>

Die praktische Umsetzung solcher Überlegungen erfolgte bekanntlich politisch erstmals mit dem am 1. Januar 1934 in Kraft getretenen »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«. Zwangssterilisationen konnten danach durchgeführt werden an sogenannten Erbkranken, die an angeborenem Schwachsinn, an Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein, an Epilepsie, erblicher Blindheit bzw. Taubheit oder schweren körperlichen Mißbildungen litten. Unter die Kriterien fiel auch schwerer Alkoholismus. Im Kommentar von Gütt, Rüdin und Ruttke hieß es dazu: »Die Familie, aus der ein schwerer Alkoholiker stammt, ist fast immer minderwertig.« <sup>15</sup>

Nachdem sich noch in der Vorkriegszeit in vielfältiger Weise der staatliche Zugriff auf Geistesranke, Asoziale, rassisch und politisch Unliebsame verstärkt hatte, wurde kurz nach Kriegsbeginn mit der Formulierung des Kodex der zur Vernichtung auszusortierenden Geistesranke ein vorläufiger Endpunkt schriftlich fixierter Selektionskriterien erreicht. Sie stellten ein Konglomerat aus diagnostischen und Verhaltensmerkma-

len dar. Die Vordrucke jener Meldebögen 1, mit denen die T4-Zentrale in Berlin Anstaltsinsassen erfassen und durch ihre Gutachter für die Euthanasie freigeben wollte, trafen in Hamburg zusammen mit einem Schreiben des Reichsinnenministeriums vom 30. Juni 1940 ein. In ihm war von der »Notwendigkeit planwirtschaftlicher Erfassung« die Rede sowie davon, daß »die anliegenden Meldebogen umgehend nach Maßgabe des beiliegenden Merkblattes« auszufüllen seien, und zwar durch den »leitenden Arzt«.<sup>16</sup> Auf diesem Merkblatt wurde aufgelistet, welche Patienten zu erfassen seien:

- »Zu melden sind sämtliche Patienten, die
1. an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u.ä.) zu beschäftigen sind:  
Schizophrenie,  
Epilepsie (wenn exogen, Kriegsbeschädigung oder andere Ursachen angeben),  
senile Erkrankungen,  
Therapierefraktäre Paralyse und andere Lues-Erkrankungen,  
Schwachsinn jeder Ursache,  
Encephalitis,  
Huntington und andere neurologische Endzustände;  
oder
  2. sich seit mindestens fünf Jahren dauernd in Anstalten befinden;  
oder
  3. als kriminelle Geistesranke verwahrt sind;  
oder
  4. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht deutschen oder artverwandten Blutes sind unter Angabe von Rasse und Staatsangehörigkeit.«<sup>17</sup>

In der ersten Phase der NS-Euthanasie, der Aktion T4, ging es also vordringlich um sogenannte »Erbkranke« im Bereich von Psychiatrie und Neurologie wie ähnlich zuvor bei den Zwangssterilisationen. Zusätzliche Selektionskriterien waren Beschäftigungsfähigkeit, Kriminalität und Rassenzugehörigkeit. Aufgrund mehrfacher Änderungen dieses Meldebogens 1 im Verlauf des Krieges wurden immer differenziertere Angaben über die zu erfassenden Personen verlangt, etwa zum Verhalten und Pflegeaufwand (mit Fragen wie: vorwiegend bettlägerig?, sehr unruhig?, in festem Haus?), zur Therapie oder zum Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung. Besonderen Wandlungen aber unterlag die Frage zur Beschäftigung. Forderte man zunächst nur eine »genaue Angabe der Art der Beschäftigung«, so gab es hierzu ab Mai 1940 ausformulierte Vorgaben: »Genaueste Bezeichnung der Arbeit und der Arbeitsleistung, z. B. Feldarbeit, leistet nicht viel – Schlosserei, guter Facharbeiter. – Keine unbestimmten Angaben, wie Hausarbeit, sondern eindeutige: Zimmerreinigung usw. Auch immer angeben, ob dauernd, häufig oder zeitweise beschäftigt.« Eine noch spätere Fassung schließlich, im Anschluß an die Aktion T4 verwandt, fragte zusätzlich, ob die Arbeit »selbständig« ausgeführt werde und wie der »Wert der Arbeitsleistung« einzuschätzen sei,

»nach Möglichkeit verglichen mit der Durchschnittsleistung Gesunder«. All dies deutete darauf hin, daß Fragen der psychiatrischen Diagnose zunehmend an Bedeutung verloren und »externen« Kriterien wie Pflegeaufwand und Beschäftigung immer breiterer Raum gegeben wurde.

Indirekt erfaßten die verschiedenen Kriterien der Meldebögen aber auch Personengruppen, die entweder zunächst vom Vernichtungsprogramm ausgenommen oder zusätzlich ausgesondert werden sollten. Zur Euthanasie freigeben wollte man dagegen Langzeitpatienten, Patienten jüdischer Rasse, kaum oder nicht Arbeitsfähige sowie sogenannte »Psychopathen«. Der Umfang der letzten Gruppe, der »Kriminellen« insgesamt, war weit und unscharf gefaßt, wie sich noch zeigen wird. Dies geht auch aus einem Schriftwechsel hervor, den der Landeshauptmann der Provinz Hannover Geßner mit Dr. Linden im Reichsinnenministerium führte. In einem Brief vom 11. Juli 1940 definierte Geßner: »Mit den kriminell Geisteskranken gemeint sind nicht nur Kranke, die vom Gericht gemäß § 42 b oder c (RStGB) überwiesen sind, sondern auch solche, die durch die Polizei oder die Fürsorgeverbände überwiesen sind, die erhebliche Straftaten begangen haben, wenn sie wegen Zurechnungsunfähigkeit freigesprochen oder strafrechtlich überhaupt nicht verfolgt sind. Nicht zu den kriminell Kranken sind solche zu rechnen, die von der Justiz zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand überwiesen sind.«<sup>18</sup> Linden antwortete am 26. Juli 1940 u.a.: »Ihre Definition des Begriffs »kriminelle Geisteskranken« wird gutgeheißen.«<sup>19</sup> Andererseits wurden, vor allem mit Rücksicht auf die Reaktion im In- und Ausland,<sup>20</sup> Kriegsversehrte aus dem Ersten Weltkrieg, Alterserkrankte, soweit sie »nur« Arteriosklerotiker waren, und Ausländer vorerst vom Vernichtungsprogramm ausgenommen.

Im folgenden soll anhand statistischer Daten überprüft werden, in welcher Weise die aufgeführten Meldebogenkriterien bei den genannten T4-Transporten aus der Anstalt Langenhorn praktisch umgesetzt wurden, ob sich Abweichungen ergaben, ob interpretationsfähige Kriterien eng oder weit ausgelegt wurden, welchem Trend also Ermessensspielräume unterlagen, wie sich die Merkmale bei Frauen und Männern unterschieden, und ob zusätzliche Auffälligkeiten den gesundheits- und sozialpolitischen Hintergrund der Selektionen weiter ausleuchten. Da die Daten den Krankenakten entnommen sind, sind einige inhaltliche und methodische Vorbemerkungen zu machen.

Insgesamt erfolgten aus Langenhorn fünf Direkttransporte in die Anstalt Königslutter, davon die drei bereits erwähnten im Rahmen der ersten Phase des NS-Euthanasie-Programms. Letztere stehen deshalb im Mittelpunkt der Analyse. Ein methodisches Problem folgt allerdings aus der Aktenlage.<sup>21</sup> Durch Kranken- und Personalakten gut repräsentiert ist der Transport mit 30 Frauen vom 29. Juli sowie der Transport mit 75

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

Männern vom 14. August 1941. Vom Frauentransport sind alle Akten vorhanden, vom Männertransport die Akten von 70 Personen. Da sich aber die Auswertung teilweise auf die in den Akten eingeklebten Meldebögen bezieht, ergeben sich einige Inkonsistenzen. Denn nur von 57 Männern sind die Meldebögen vorhanden bzw. von 28 Frauen. Zuweilen, etwa bei der Diagnose und bei der Frage des durchgehenden Gesamtaufenthalts, ließen sich die Angaben aus den Akten ergänzen, teilweise aber, was etwa den Eintrag der Beschäftigung in die Meldebögen betrifft, war das nicht möglich. Die Folge ist, daß die Grundgesamtheit des Männertransports zwischen 57 und 70 Fällen, beim Frauentransport zwischen 28 und 30 schwankt.

Der Transport mit 50 Männern vom 10. Juli 1941 ist durch Krankenakten bis auf eine Ausnahme nicht belegt. Er kann deshalb nicht näher analysiert werden. Der historische Hintergrund für die unterschiedliche Quellenlage besteht darin, daß der zeitlich erste Transport noch zur Ermordung der Patienten in die Tötungsanstalt Bernburg weitergeleitet wurde, was zur Weitergabe der Krankenunterlagen mit letztlich bis heute unbekanntem Ziel führte.<sup>22</sup> Die Patienten der beiden weiteren Transporte blieben aufgrund des Euthanasie-Stopps vom 24. August 1941 in der damals noch als Zwischenanstalt fungierenden Anstalt Königslutter und unterlagen einem anderen als dem geplanten Schicksal, wie noch zu zeigen sein wird. Von diesen Kranken sind die Unterlagen nach Langenhorn zurückgekommen. Wenn ich die späteren Direkttransporte (30 Frauen und Männer am 24. März 1942, 20 Frauen nach den schweren Bombenangriffen auf Hamburg am 5. August 1943) trotz fehlender Krankenakten knapp in die Auswertung einbeziehe, dann einmal aus Gründen dokumentarischer Vollständigkeit, vor allem aber, um auf mögliche Veränderungen der Selektionskriterien hinzuweisen, die sich aus noch in Langenhorn vorhandenen Karteikarten und Verlegungslisten andeutungsweise erschließen lassen.

Im Mittelpunkt der Analyse stehen also die 30 am 29. Juli 1941 verlegten Frauen sowie die 75 am 14. August 1941 verlegten Männer, deren Schicksal nicht nur die praktische Durchführung der Euthanasie-Ermächtigung im Verlauf der kriegsbedingten Verwerfungen widerspiegelt, sondern auch das Vorgehen gegen die Geisteskranken im weiteren Kriegsverlauf. Denn einerseits vollzog sich ihre Auswahl in der Absicht, sie ihm Rahmen der Aktion T4 schnellstmöglich durch Giftgas zu ermorden, andererseits nahm der ihnen noch verbleibende Lebensweg wegen des sogenannten Euthanasie-Stopps von 1941 eine andere Wendung. Dies ergibt eine doppelte Untersuchungsperspektive. Einmal ist zu fragen, welche Personen tatsächlich zur Tötung ausgewählt wurden, zum anderen bleibt zu klären, wie unter veränderten Bedingungen mit ihnen umgegangen wurde. Allerdings: das Wissen darum, daß von den Männern et-

## *Selektionskriterien und ihre praktische Umsetzung*

wa 70 % (insgesamt 52, bei den durch Akten belegten Fällen 50 von 70) in Königsutter trotz Beendigung der Aktion T4 gestorben sind, von den Frauen sogar 97 % (nämlich 29 von 30), unterstreicht nochmals die Dringlichkeit einer Analyse der Selektionskriterien.

Fragt man nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Aussonderungsmerkmale für die Frauen und Männer und betrachtet dazu zunächst die im Meldebogen genannten Diagnosen, so ergeben sich gravierende Differenzen (Tabelle 1).

*Tabelle 1: Diagnosen laut Meldebogen*

Diagnose	Frauen 29.7.1941		Diagnose	Männer 14.8.1941	
	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
Schizophr.	24	80,0	Schizophrenie	38	54,3
progr.			Imbecillität	10	14,3
Paralyse	3	10,0	Epilepsie	6	8,6
Parkinson-			Paralyse	5	7,1
nismus	2	6,7	Psychopathie	5	7,1
Mongoloide			Schwachsinn	2	2,9
Idiotie	1	3,3	Idiotie	2	2,9
			Parkinsonismus	1	1,4
			chron.Alkohol-		
			lismus	1	1,4
	30	100,0		70	100,0

Die bei den Männern anzutreffenden Diagnosen Epilepsie, Psychopathie, Alkoholismus finden sich bei den Frauen überhaupt nicht, und die bei den Männern mit etwa 20 % auftretenden unterschiedlichen Schwachsinnformen sind bei den Frauen nur durch einen, allerdings schweren Fall repräsentiert. Bis auf Parkinsonismus und Alkoholismus sind alle Diagnosen unter den Meldebogenkriterien zu finden, vorausgesetzt man zählt die sogenannten Psychopathen zu den »kriminellen Geisteskranken«. Fallweise ist darunter wohl auch der Alkoholismus zu subsumieren, der ja schon zu den Sterilisationskriterien gehörte. Die Aussonderungsmerkmale, die den Meldebögen zugrunde lagen, waren aber so flexibel handhabbar, daß auch die Patienten mit Parkinsonismus ihnen ohne Schwierigkeiten zuzuordnen sind. Entweder wird bei ihnen in den Akten zugleich Metencephalitis erwähnt (zwei Fälle) oder eine mindestens fünfjährige Aufenthaltsdauer in der Anstalt (ein Fall). Umgekehrt sieht man, daß bei den Frauen die relativ unspezifische Diagnose Schizophrenie wesentlich häufiger (80 % vs. 54 %) anzutreffen ist.

Im übrigen ist bei manchen Diagnosen kaum nachzuvollziehen, wie sie zustande gekommen sind. Ein Patient etwa vereinte zugleich die beiden »männerspezifischen« Diagnosen »Debilität« und »Psychopathie« im Meldebogen. Er war wegen homosexueller »Delikte« in eine Anstaltskarriere geraten. An seiner Diagnose »Debilität« schien Dr. Lange nach der Selektion in Berlin selbst zu zweifeln, wenn er im Kurzbefund anmerkte, daß der Patient die Schule »bis zur Sekunda (Latein, Engl., Französ.)« besucht habe und abschwächte: »Höchstens Debilität im Verhältnis zur Schulbildung«, – was immer das heißt. So finden sich in der Krankengeschichte u.a. Fragen zu literarischen Kenntnissen: »(Werke von Schiller?) Glocke, Jungfrau, Fiesko... Schluß! (Werke von Goethe?) Erlkönig, Clavigo... Schluß!«

Ferner ist dort vermerkt, er schreibe »sauber und gewissenhaft Gutachten u.ä. für die Ärzte ab«. Zu vermuten ist, daß hier ein Patient wegen abweichenden Verhaltens der Ermordung ausgeliefert werden sollte, wie überhaupt bei näherer Betrachtung der Daten »Asozialität«, insbesondere im Männertransport, eine nicht unwichtige Rolle bei der Aussonderung spielte. Darauf deutet nicht nur die Diagnose »Psychopathie« hin. Mindestens 25 Männer waren, sei es bei vorherigen Aufenthalten oder bei der Einweisung, mit Justiz- oder Polizeiinstanzen in Berührung gekommen. Drei Patienten waren zuvor im Gefängnis, zwei im sogenannten »Arbeitshaus«. Gravierende Straftaten fand ich nur in einem Fall, ansonsten handelte es sich um Kleinkriminalität bzw. spezifisch nationalsozialistische GefängnisKarrieren wegen Bettelei. Fünf weitere Patienten waren aufgrund von Sittlichkeitsdelikten auffällig geworden, drei davon als Homosexuelle.

Auffällig ist, daß knapp ein Drittel der Männer (22 von 70) aufgrund des § 22 des Hamburger Verhältnisgesetzes, »betreffend das Verhältnis der Verwaltung zur Rechtspflege« von 1879, in die Anstalt eingewiesen wurde. Dahinter verbarg sich das Instrument polizeilicher Anstaltseinweisung. Wenn man die Einweisung zuweilen auch mit dem »eigenen Schutz« der Person begründete, so ging es in der Regel jedoch vor allem um »die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ruhe oder die Abwendung von Gefahren für andere Personen«. Schon in den zwanziger Jahren war dieses Gesetz (neben der Entmündigung) in Hamburg herausragendes Instrument zur Anstaltseinweisung auffälliger Personen (Trunksüchtiger, »lebensuntüchtiger Psychopathen«, Schwachsinniger und »harmloser Geisteskranker«), nachdem die Möglichkeit der Einlieferung solcher sogenannten »Grenzfälle« in Korrekationsanstalten nach dem Ersten Weltkrieg aus rechtlichen Gründen aufgehoben worden war.<sup>23</sup> Im Grunde gab es diese »korrektionale Nachhaft«, d.h. die Einweisung in eine gefängnisähnliche Arbeitsanstalt, wieder mit dem ab 1. Januar 1934 wirksamen »Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher«, wie dies

auch Patientenkarrieren des Transports vom 14. August 1941 zeigen. Der § 22 Verhältnisgesetz wurde aber weiterhin, verstärkt noch mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges, extensiv genutzt. So heißt es in einer Dienstverordnung der Hamburger Sozialverwaltung vom 14. September 1939: »(1) Die Unschädlichmachung asozialer Personen ist während der Kriegsdauer besonders dringliches Gebot.« Dann folgt der Hinweis auf den § 22 Verhältnisgesetz sowie darauf, daß der Polizeipräsident »Anträgen auf Inverwahrungsnahme weitgehend [...] stattzugeben« habe.<sup>24</sup>

Diese sogenannten »Grenzfälle« oder »Asozialen«, in sorgfältiger Unterscheidung zu den »Antisozialen«, konnten also über unterschiedliche Wege einer Anstaltskarriere zusätzlich in den Strudel der Euthanasie geraten, wie der hohe Prozentsatz der Polizeieinweisungen im hier zu untersuchenden Transport zeigt. Zusammen mit den »Psychopathen« bildeten sie jene Gruppe »asozialer« und krimineller Geisteskranker, auf deren frühe Selektion in der Aktion T4 schon kurz nach Kriegsende in einer Untersuchung über die Anstalt Eglfing-Haar hingewiesen wurde.<sup>25</sup> Übrigens zeigt sich hier eine geschlechtsspezifische Differenz, nur auf zwei Frauen war der § 22 Verhältnisgesetz angewandt worden.

Zur Einschätzung der Umsetzung des im Merkblatt unter Punkt 2) genannten Selektionskriteriums für die Meldebögen, nämlich den durchgehenden Anstaltsaufenthalt von mindestens fünf Jahren, könnte möglicherweise die Kenntnis der Altersstruktur der Patienten bei der Verlegung nach Königslutter als Hinweis dienen. In dieser Hinsicht ergeben sich zwischen Frauen und Männern kaum Unterschiede, wie überhaupt die Altersverteilung der verlegten Patienten ohne besondere Auffälligkeiten ist, bei einem Altersdurchschnitt für die Frauen von 44 und für die Männer von 45 Jahren. Etwa 60 % sind in beiden Gruppen zwischen 30 und 49 Jahren alt. Auch ihre Spannweite (Frauen 28-67 Jahre, Männer 22-67 Jahre) zeigt kaum Differenzen; ein Zeichen dafür, daß in der Aktion T4 die Alterserkrankten vorerst tatsächlich verschont blieben. Die folgende Tabelle gibt die Altersverteilung in Zehn-Jahres-Schritten wieder:

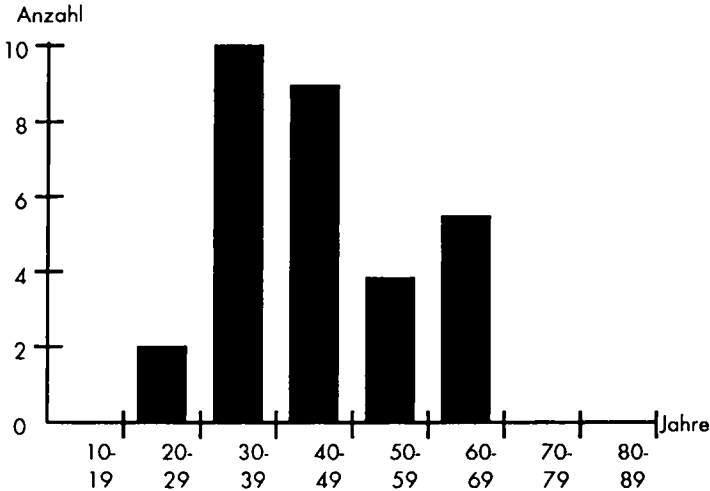
*Tabelle 2: Alter bei Transport nach Königslutter*

Alter	Frauen 29.7.1941		Männer 14.8.1941	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
20 – 29 Jahre	2	6,7	3	4,3
30 – 39	10	33,3	25	35,7
40 – 49	9	30,0	19	27,1
50 – 59	4	13,3	14	20,0
60 – 69	5	16,7	9	12,9
	30	100,0	70	100,0

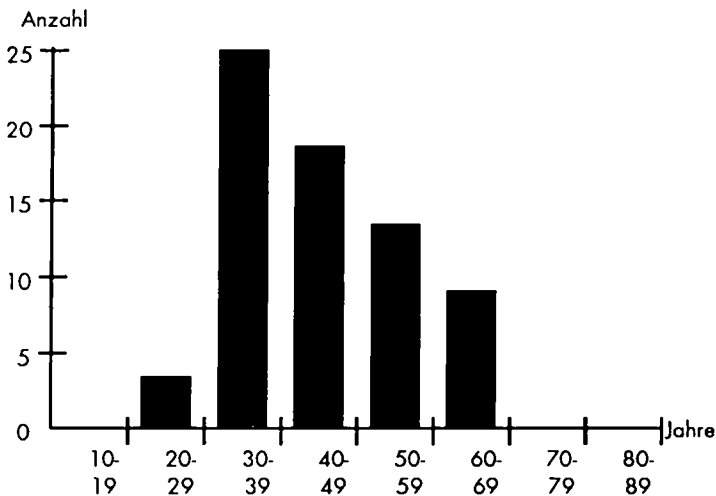
## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

Die Graphiken veranschaulichen noch einmal die Verteilung, um einen Vergleich mit den Graphiken der später erfolgten Transporten nach Königslutter zu ermöglichen.

*Graphik 1: Altersverteilung des Frauentransports vom 29.7.1941 bei Ankunft in Königslutter*



*Graphik 2: Altersverteilung des Männertransports vom 14.8.1941 bei Ankunft in Königslutter*





## Selektionskriterien und ihre praktische Umsetzung

Ermittelt man weiter die Anteile an Patienten, die sich »mindestens fünf Jahre dauernd in Anstalten« befanden, so ergibt sich zwischen Männern und Frauen allerdings eine deutliche Differenz. Nicht nur, daß die Patientinnen zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Meldebögen Ende 1940 im Durchschnitt nur etwa halb so lange durchgehend in Heil- und Pflegeanstalten waren wie die Männer, erheblich weniger erreichten auch die Fünf-Jahres-Grenze (Tabelle 3).

*Tabelle 3: Durchgehender Anstaltsaufenthalt bis zum Ausfüllen der Meldebögen*

	Frauen 29.7.1941		Männer 14.8.1941	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
durchgehender Anstaltsaufenthalt unter 5 Jahre	16	53,3	17	24,3
5 Jahre u. mehr	14	46,7	53	75,7
Gesamt	30	100,0	70	100,0

Die Männer hatten also bedeutend längere Anstaltskarrieren als die Frauen. Beträgt die Durchschnittsaufenthaltsdauer bei jenen 10,3 Jahre, mit einer Spannweite von einem halben bis zu 30 Jahren, so bei letzteren nur 5,5 Jahre, mit einer Spannweite von vier Monaten bis zu 25 Jahren. Man kann das auch umgekehrt lesen: Die Selektion bei den Frauen war »schärfer«. Dies schlägt im Einzelfall auch auf die unterschiedlichen Diagnosen durch, so etwa, wenn die Patientin mit der Diagnose »Idiotie« erst zehn Monate in der Anstalt waren, die beiden Patienten mit derselben Diagnose neun bzw. siebzehn Jahre.

Nun waren in den Meldebogenkriterien die selektionsentscheidenden Krankheitsbilder allerdings einer – zumindest scheinbaren – Zusatzbedingung unterworfen worden. Zu melden waren die davon betroffenen Kranken dann, wenn sie »in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u.ä.) zu beschäftigen« waren. Da die Frage der Beschäftigung von Patienten nicht nur für ihre Auswahl in das Vernichtungsprogramm, sondern darüber hinaus möglicherweise auch für den weiteren Umgang mit ihnen nach dem sogenannten Euthanasie-Stopp von Bedeutung war, wende ich mich ihr genauer zu. Möglicherweise gab es in den Anstalten geschlechtsspezifische Differenzen in bezug auf den Anteil der Beschäftigung. Jedenfalls fällt auf, daß bei den hier zu untersuchenden Transporten erheblich mehr Männer als Frauen im Anstaltsbetrieb beschäftigt worden waren. Bei den durch Meldebogeneintragungen belegten Grundgesamtheiten (28 Frauen, 57 Männer) zeigt sich, daß knapp 60 % der Männer zumindest »leicht« gearbeitet haben, aber nur 18 % der Frauen (Tabelle 4).

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

Tabelle 4: Beschäftigung in der Anstalt laut Meldebogen

Beschäftigung lt. Meldebogen	Frauen 29.7.1941		Männer 14.8.1941	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unbeschäftigt mindestens leicht beschäftigt	23	82,1	23	40,4
	5	17,9	34	59,6
Gesamt	28	100,0	57	100,0

Dieses Ergebnis betrifft vorerst nur die Frage der Beschäftigung überhaupt. Um darüber hinaus zu klären, was denn bei der Auswahl der Patienten unter der eingeschränkten Beschäftigungsform der »mechanischen Arbeit« verstanden wurde, bei der im Merkblatt »Zupfen« als Beispiel angeführt wird, kann ich mich auf wenige Fälle beschränken. Zur näheren Analyse auszuwählen sind nur die Personen, die beschäftigt und weniger als fünf Jahre durchgehend in Anstalten waren. Alle anderen fallen ja unter das zweite Aussonderungskriterium (»mindestens fünf Jahre dauernd in Anstalten«), bei dem die Frage der Beschäftigung keine Rolle mehr spielte. Aufzulisten sind drei Frauen und fünf Männer (wegen des kombinierten Selektionskriteriums füge ich in Tafel 1 die Diagnose hinzu).

Wie immer man das Zustandekommen der Leistungsbewertung einschätzt, deutlich wird, daß unter »mechanischer« Arbeit jedenfalls nicht nur derart eingeschränkte Tätigkeiten wie das im grünen Merkblatt als Beispiel genannte »Zupfen« verstanden wurde. Als »Ballast« galten Geisteskranke offensichtlich schon, wenn sie Kartoffeln schälten oder Hausarbeit leisteten. Das macht auch der oben bereits erwähnte Briefwechsel des Landeshauptmannes von Hannover mit dem Ministerialrat im Berliner Innenministerium deutlich. Geßner hatte in seinem Schreiben vom 11. Juli 1940 nämlich eine eng umschriebene Definition von »mechanischer Arbeit« vorgeschlagen: »Zu den mechanischen Arbeiten rechnen nicht solche, die von Kranken regelmäßig in täglich mindestens vierstündiger Beschäftigung in besonderen Arbeitsabteilungen in wirtschaftlich wertvoller Weise erledigt werden, wie z.B. Anfertigen von Kartonnagen, Tüten, Matten und dergleichen, Arbeiten, bei denen es auf die Genauigkeit des Arbeitsergebnisses ankommt und eine gewisse Geschicklichkeit nötig ist. Ebensovienig gehören hierhin die Arbeiten in Haushalt und Küche, wie z.B. Kartoffelschälen und Gemüseputzen. Zu den mechanischen Arbeiten zu rechnen sind nur solche, die keinerlei Geschicklichkeit erfordern, wie Zupfen, Sortieren von Lumpen und Papier, Erbsenauslesen und dergleichen.«<sup>26</sup>

## *Selektionskriterien und ihre praktische Umsetzung*

*Tafel 1: Ausgesonderte Personen, die weniger als fünf Jahre durchgehend in einer Anstalt und beschäftigt waren*

### *Frauentransport 29.7.1941*

#### lt. Meldebogen

Diagnose	Beschäftigung
Schizophrenie/Endzustand (der Zusatz »Endzustand« findet sich bei allen Frauen mit der Diagnose »Schizophrenie«)	Stopft zeitweise Handtücher, leistet aber nichts
Schizophrenie/Endzustand	Stopft und flickt Wäsche, leistet nicht viel
Progressive Paralyse	Schält Kartoffeln, leistet nicht viel

### *Männertransport 14.8.1941*

#### lt. Meldebogen

Diagnose	Beschäftigung
Epilepsie	Zimmerreinigung
Schizophrenie	Hausarbeit (Bohnern usw.) Geringe Leistung, wechselnd
Schizophrenie	Regelmäßig Wolle knüpfen Dürftige Leistung
Schizophrenie (hebephrene Form)	Karrenkolonne (Erde, Unrat fahren), dauernd
Psychopathie	Mit Zimmereinigungen beschäftigt, leistet nicht viel

Das praktisch nicht so verfahren wurde, belegen die ausgesonderten Patienten aus Langenhorn. Tatsächlich hatte Dr. Linden vom Reichsinnenministerium die »enge« Definition Geßners zurückgewiesen: »Mit der von Ihnen vorgeschlagenen Einschränkung des Begriffs der mechanischen Arbeiten kann ich mich nicht einverstanden erklären. Es sind eher zuviel als zu wenig Kranke zu melden. Die Aussortierung erfolgt hier nach einheitlichen Grundsätzen. Im Zweifelsfall kann das Ausmaß und Beschränkung der Arbeitsleistung angegeben werden, worauf überhaupt großer

Wert zu legen ist. Kartoffelschälen und Gemüseputzen, Anfertigen von einfachen Kartonnagen, Tüten und Matten usw. sind als mechanische Arbeiten anzusehen.«<sup>27</sup>

Linden bewegte sich mit seiner Antwort auf einer Linie, die schon seit den ersten Beratungen über die Selektionskriterien in der T4-Zentrale vorgegeben war, wie der Euthanasie-Arzt Dr. Pfannmüller 1960 ausgesagt hat: »Ich erinnere mich noch mit Sicherheit daran, daß Professor Dr. Heyde bei dieser ersten Besprechung anwesend war und ich in der Diskussion mit ihm eine Kontroverse über die Frage der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Heilanstaltsinsassen hatte. Ich hatte damals die ›Arbeitsfähigkeit‹ auch in den Fällen bejaht, bei denen es sich um primitive Arbeitsleistungen, z.B. Kartoffelschälen, einfache Putzarbeiten usw. handelte, wogegen Dr. Heyde diese Arbeitsleistungen nicht mehr unter den Begriff der ›Arbeitsfähigkeit‹ einbezogen sehen wollte.«<sup>28</sup> Wenn diese Darstellung richtig ist, hat sich jedenfalls der SS-Arzt und erste Leiter der medizinischen Abteilung der Zentraldienststelle in der Tiergartenstraße 4, Werner Heyde, durchgesetzt.

In Langenhorn ging man sogar soweit, einen übrigens relativ jungen hebephrenen Patienten der Euthanasie auszuliefern, der regelmäßig in der Kolonne arbeitete und mit seiner Karre Erde und Unrat transportierte. In Königslutter gehörte er mit einigen seiner Hamburger Mitpatienten nach dem Euthanasie-Stopp plötzlich zu denjenigen, die »produktive Arbeit« leisteten. Seine Krankengeschichte enthält aus Königslutter den Eintrag: »Macht die Abteilungsküche, ganz fleißig und ordentlich, immer freundlich.« Auf solche Veränderungen und die damit verbundenen lebensentscheidenden Folgen für manche Kranke wird noch einzugehen sein. Festzuhalten ist, daß die von der T4-Zentrale und vom Reichsinnenministerium vorgegebenen Maßstäbe zur Durchführung der NS-Euthanasie einen weiten Spielraum zur Aussonderung von Geisteskranken ließen und daß in der Praxis extensiv vorgegangen wurde. Erklären läßt sich dies vermutlich damit, daß die Tötung von Kranken im Schnittpunkt unterschiedlicher Interessen lag: etwa der Kriegsplaner in den Reichsbehörden zur Bereitstellung von Krankenhausraum<sup>29</sup> sowie der Psychiater zur Hebung ihres Ansehens durch die Beseitigung nicht therapiefähiger Fälle. Damit war aber die Ausweitung der Euthanasie auf weitere Betroffenen-gruppen auch in der T4-Phase schon angelegt.

Zum Verständnis des Umgangs mit den Hamburger Kranken in Königslutter ist möglicherweise von Bedeutung, ob sich ein Zusammenhang zwischen Diagnose und tatsächlicher Beschäftigung schon in Langenhorn erkennen läßt. Überprüft man dies anhand der Eintragungen bei jenen 57 Männern, von denen Meldebögen vorhanden sind, ergibt sich folgende Verteilung (Tabelle 5):

## Selektionskriterien und ihre praktische Umsetzung

*Tabelle 5: Beschäftigung und Diagnose beim Männertransport vom 14.8.1941*

Diagnose lt. Meldebogen	Beschäftigung in Langenhorn lt.Meldebogen		Gesamt
	nein	ja	
Schizophrenie	13	18	31
Epilepsie	5	1	6
Imbezillität		6	6
Schwachsinn		2	2
Psychopathie		4	4
Paralyse	3	1	4
Idiotie	2		2
chron.Alkoholismus		1	1
Parkinsonismus		1	1
	23	34	57

Es zeigt sich, daß die Differenz des Anteils von Beschäftigung und Nichtbeschäftigung bei den schizophrenen Patienten am geringsten ist. Auch wenn es sich bei den anderen Diagnose-Gruppen um weitaus geringere Fallzahlen handelt und deshalb keine statistischen Schlußfolgerungen möglich sind, weise ich doch auf einige Auffälligkeiten hin. So arbeiteten in Langenhorn alle Kranken mit den Diagnosen Imbecillität, Schwachsinn, Psychopathie sowie die beiden Patienten mit den Diagnosen »chronischer Alkoholismus« und Parkinsonismus. Etwa umgekehrt ist die Verteilung in den übrigen Fällen. Die beiden Patienten mit »Idiotie« arbeiteten nicht, ebenfalls arbeiteten nicht fünf von sechs Epileptikern und drei von vier Paralytikern. Bedenkt man, welche Bedeutung die Frage der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang der NS-Aussonderungspolitik gehabt hat, so liegt die Vermutung nahe, daß der enge Zusammenhang zwischen bestimmten Krankheitsbildern und Beschäftigung auch für das weitere Schicksal der Hamburger Patienten eine Rolle gespielt haben mag. Dies soll später näher untersucht werden.

Die Beziehung zwischen Diagnosen und Beschäftigung bei den nach Königslutter verlegten Frauen wird hier nicht betrachtet, weil nur sehr wenige dieser Frauen in Langenhorn gearbeitet hatten. Mit ihrer mangelnden Beschäftigungsfähigkeit oder -möglichkeit mag es zusammenhängen, daß diese Frauen während der ersten Kriegsjahre überhaupt schlechtere Anstaltsbedingungen hatten als die ebenfalls von der Selektion betroffenen männlichen Mitpatienten. Jedenfalls waren sie schon vor ihrem Euthanasie-Transport weitaus häufiger in andere Anstalten verlegt worden als die Männer. Zwölf von 30 dieser Frauen, also 40 %, hatte Langenhorn vor ihrer endgültigen Verlegung seit Beginn des Krieges

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

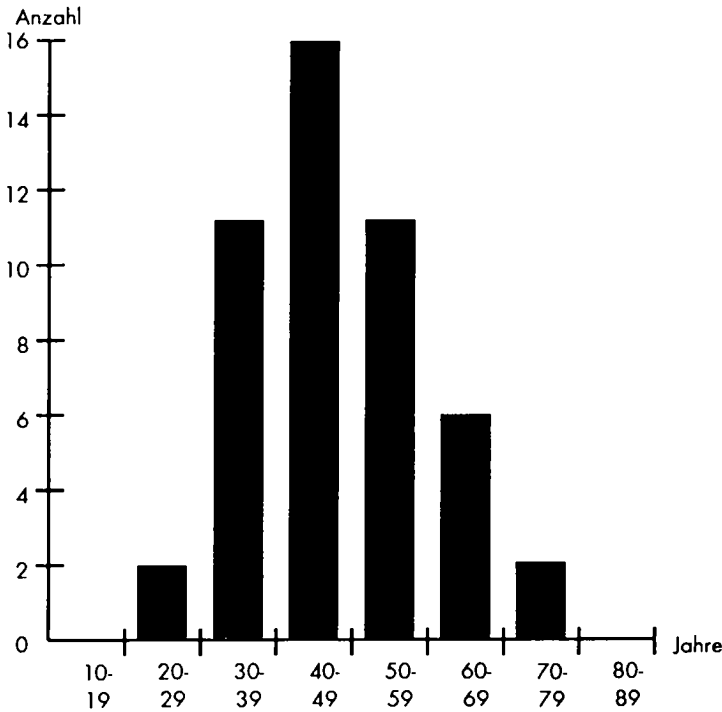
schon nach Lüneburg, Neustadt/Holstein und Strecknitz abgeschoben, während von diesem Schicksal des Hin- und Zurückverlegens, zusätzlich auch nach Rickling, nur zehn der 70 Männer, also 14 %, betroffen gewesen waren. Allerdings war ein Teil der Männer dieses Transportes vor Kriegsbeginn kurzzeitig nach Düssin verlegt worden, wo die Hamburger Behörden mit der Durchführung eines Plans zur Errichtung einer Arbeitsanstalt außerhalb der Stadtgrenzen begonnen hatten. Folgerichtig hat es sich aber hier, wie die Daten zeigen, eher umgekehrt um Patienten gehandelt, die man auch sonst zur Beschäftigung einsetzen konnte.

An weiteren Auffälligkeiten der im Rahmen der Aktion T4 abtransportierten Patienten ist einmal anzumerken, daß ein hoher Prozentsatz von ihnen bereits von den Zwangssterilisationen der dreißiger Jahre betroffen gewesen sein muß. Da hier die Krankenblattunterlagen recht unzuverlässig sind, bleiben nur ungefähre Angaben. Bei 48 der betroffenen Männer ist den Krankenakten etwas über diese Frage zu entnehmen. 34 von ihnen, das sind 71 %, wurden sterilisiert. Neun von 22 der betroffenen Frauen, über die die Unterlagen zu diesem Zwangseingriff etwas hergeben, wurden sterilisiert, das sind 41 %. Weiter lassen sich Aussagen zur sozialen Herkunft der Verlegten, dies allerdings nur mit aller Vorsicht, machen. Einmal haben wir bei den betroffenen Frauen die Schicht öfter nach dem Beruf des Ehemanns einschätzen müssen, in anderen Fällen ließ sich eine Zuordnung, z.B. bei der Angabe »Rentner«, nur schwer, etwa nach dem Bildungsstand, durchführen. Drittens schließlich lag der ausgeübte Beruf zuweilen lange zurück oder war nur kurz ausgeübt worden. Unter diesen Einschränkungen ergibt sich, daß bei den hier interessierenden Patientinnen sieben von 22 von uns der Mittelschicht (Ehemann: Kaufmann, Kapitän usw.) zugeordnet wurden, eine sogar der Oberschicht, acht waren also gar nicht zuzuordnen. Bei den Männern wurden immerhin elf von jenen 65, bei denen eine Einschätzung möglich war, der Mittelschicht zugezählt (z.B. Ingenieur, Kaufmann, Kunstmaler, Musiker, Bankangestellter), der Rest der Unterschicht.

Nach Königslutter erfolgten aus Langenhorn weitere Abtransporte, die aus Gründen der Materiallage hier nicht vollständig analysiert werden können. Einige vorhandene Unterlagen geben aber Hinweise auf mögliche Veränderungen der Selektionskriterien im Kriegsverlauf, die kurz erwähnt werden müssen.

Die Altersverteilung jener 50 Männer des Transportes vom 10. Juli 1941, von denen fast alle durch Gas getötet wurden, ähnelt noch derjenigen der oben analysierten Verlegungen. Dies läßt sich aus vorhandenen Karteikarten rekonstruieren. Der Altersaufbau gleicht sogar, statistisch gesehen, am deutlichsten einer sogenannten Normalverteilung mit einem Mittelwert von 47,5 Jahren und einer Spannweite von 29 bis 78 Jahren. Daraus läßt sich schließen, daß das Alter noch kein entscheidendes Kriterium für die Selektion war (vgl. Graphik 3).

Graphik 3: Altersverteilung des Männertransports vom 10.7.1941 bei Ankunft in Königsutter



Im Vergleich zum oben analysierten Männertransport vom 14. August 1941 dürften sich auch bei weiteren Merkmalen kaum Unterschiede ergeben, auch wenn dies mit Zahlen nicht vollständig zu belegen ist, weil nicht alle Karteikarten vollständige Informationen enthalten oder diese nur undifferenziert sind (z.B. Diagnose: »Geisteskrankheit«). Neben Schizophrenie werden an Diagnosen zuweilen zusätzlich aufgeführt: Schwachsinn, Paralyse, Epilepsie, Psychopathie, also die schon bekannten selektionsrelevanten Merkmale geisterkranker Männer. Auch dürfte ein Teil dieser Patienten ebenfalls polizeilich und gerichtlich auffällig geworden sein, da manchmal als Einweiser »Gefängnis«, »Amtsgericht« bzw. »Polizei« angegeben wird.

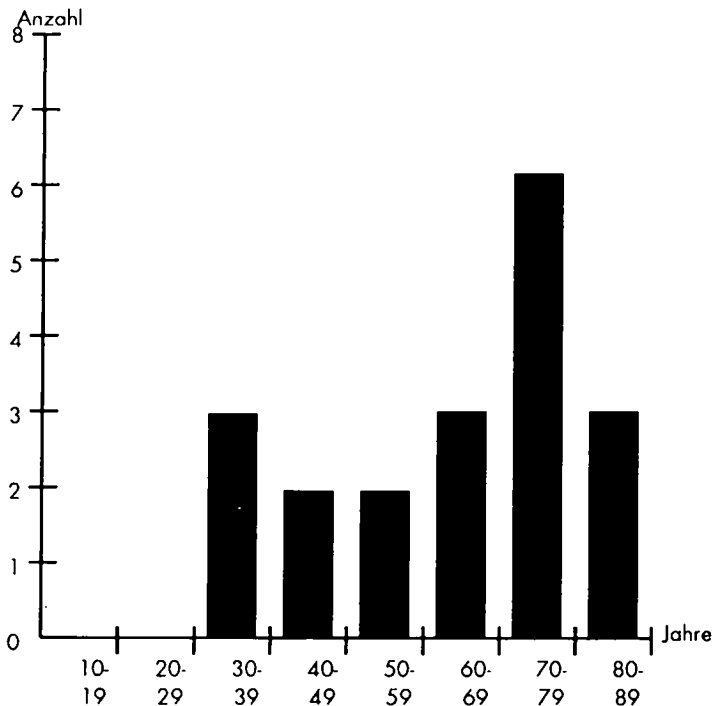
Der Transport von 30 Frauen und Männern nach Königsutter am 24. März 1942, also nach dem Ende der Aktion T4, unterscheidet sich erkennbar durch eine scheinbar nur geringfügige Veränderung gegenüber den vorhergehenden. Während z.B. die Altersstruktur der 15 Frauen und 15 Männer an die schon bekannte Verteilung erinnert (Frauen: Mittelwert 41,6 Jahre, Spannweite von 25 bis 67 Jahren; Männer: Mittelwert

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

46,1 Jahre, Spannweite 30 bis 84 Jahre), fällt auf, daß laut Karteikarteneintrag mindestens sieben Patienten aus Versorgungsheimen nach Langenhorn, davon vier erst 1942, eingewiesen worden waren, und zwar vier jüngere aus der Arbeitsanstalt Farmsen und drei ältere aus dem Heim Oberaltenallee. Hier zeigen sich wohl die konkreten Auswirkungen des Erlasses von Gesundheitssenator Offerdinger vom 24. Juni 1941, in dem er die Verantwortung für die »Einheitlichkeit der Verlegungen« auch aus Versorgungsheimen und den Alsterdorfer Anstalten Langenhorn übertrug. Zwar waren auch einige Patienten der früheren Transporte aus Heimen nach Langenhorn gekommen, aber zum Zeitpunkt der Verlegung hatten sie sich schon viele Jahre in der Anstalt aufgehalten.

Der letzte Direkttransport von Langenhorn nach Königslutter folgte nach den schweren Bombenangriffen auf die Stadt Ende Juli/Anfang August 1943. Obwohl auch die Merkmale der 20 Patientinnen dieser Verlegung vom 5. August 1943 sich nur aus spärlichen Karteikarteninformationen rekonstruieren lassen, werden doch erhebliche Veränderungen gegenüber den vorhergegangenen Transporten erkennbar. Die Altersverteilung macht deutlich, daß diese Patientinnen sehr viel älter waren. Der

Graphik 4: Altersverteilung des Frauentransports vom 5.8.194 bei Ankunft in Königslutter





Altersdurchschnitt von 62,2 Jahren liegt knapp zwanzig Jahre über dem des Frauentransports vom 29. Juli 1941. Allein zwölf Patientinnen von 19, bei denen das Alter zum Zeitpunkt der Verlegung bekannt ist, waren 60 Jahre und älter. Betrachtet man die Graphik 4, so sieht man, daß bei einer Aufteilung in Dekaden die relativ meisten Patientinnen sich in der Kategorie 70 bis 79 Jahre befinden.

Das heißt nun aber nicht, daß diese Frauen sich schon lange in Langenhorn aufgehalten hatten. 15 von ihnen waren erst in den Jahren 1941 bis 1943 in die Anstalt gekommen. Schon deshalb kann man vermuten, daß es sich bei ihnen vorwiegend um Alterserkrankte handelte. Da in die Verlegungsliste ausnahmsweise die Diagnosen eingetragen sind, kann man zeigen, daß die Krankheitsformen dieser Patientinnen tatsächlich wesentlich von den schon bekannten Mustern abweichen (Tabelle 6).

Über die Hälfte der Patientinnen litt also an Erkrankungen des höheren Lebensalters. Sehr alt waren etwa die Patientinnen mit der Diagnose »Dementia senilis«, vier von ihnen zwischen 71 und 81 Jahren, aber auch die Katatonikerin mit 72 Jahren. Keine der Patientinnen war erst nach den schweren Bombenangriffen in die Anstalt Langenhorn gekommen, so daß für sie vielleicht aufgrund der Bettennot kein Platz gewesen wäre. Offensichtlich hatte man keine Hemmungen, diese wohl z.T. siechen Frauen in den Kriegswirren nach auswärts zu verlegen im Zuge katastrophopolitischer Maßnahmen, deren Präferenzen nun rigoros auf die Heilungschancen somatisch Erkrankter verlegt wurden. Über das weitere Schicksal dieser Frauen in Königslutter ist aufgrund fehlender Unterlagen nichts bekannt.

*Tabelle 6: Diagnosen laut Verlegungsliste des Transports vom 5.8.1943*

Diagnosen	Anzahl	Prozent
Dementia senilis	5	25
Schizophrenie	4	20
Status (post)apoplekticus	3	15
Cerebralsklerose	2	10
Epilepsie	1	5
Man.depr.Irresein	1	5
Psychopathie	1	5
Multiple Sklerose	1	5
Katatonie	1	5
Praesenile Depression	1	5
	20	100

### 3. Stufen zunehmender Degradierung und psychiatrische Interaktionsrituale – ein Fallbeispiel

#### Vom beruflichen Abstieg zur Euthanasie – die Lebensgeschichte des Patienten W.

Das Syndrom aus Armut, abweichendem Verhalten und »Geistesschwäche« bildete den Ausgangspunkt für jenes sich seit dem 19. Jahrhundert immer differenzierter verzweigende Institutionen- und Anstaltsgeflecht, in dessen Netzen auffällig gewordene Verwahrlosung eingefangen und ausgesondert wurde.<sup>30</sup> Die hier sich entwickelnden Disziplinen und Praktiken einschließlich ihrer Selbsterhaltungs- und Professionalisierungstendenzen formten ihre Klientel zu defizitären Persönlichkeiten im Wege kaum durchschaubarer Stigmatisierungs- und Degradierungsprozesse. Widerstand der Opfer barg die Gefahr in sich, die eigene negative Karriere zu verschärfen. Gegen eine kritische Öffentlichkeit ließen sich solche Prozesse durch Moralisierungstrategien sowie durch Mechanismen legalen oder nicht nachprüfaren Verwaltungshandelns abdichten. Will man derartige Patientenschicksale nachträglich rekonstruieren, so ist man zumeist ausschließlich auf bürokratisch bearbeitetes Aktenmaterial angewiesen, das seine »Fälle« aufgrund partieller Interessen selektiv strukturiert hat. Dennoch möchte ich versuchen, die Lebensgeschichte eines von der Aktion T4 betroffenen Langenhorner Patienten nachzuzeichnen.

Wie die vorhergehende Datenanalyse zeigte, waren von dieser ersten Phase der Euthanasie häufig schon Personen betroffen, die sozial auffällig geworden waren. Was immer die Psychiatrie mit der sich radikalisierenden erbbiologischen Orientierung ihrer Diagnostik und den daraus resultierenden Maßnahmen und Techniken bezweckte, sicher ist, daß »Störer« der sogenannten Volksgemeinschaft unter dem Deckmantel eugenischer Maßnahmen ebenfalls in Anstalten für Geistesranke ausgesondert werden konnten. In deren Biographien findet man häufig jene kaum auflösbare Trias aus Armut, »Asozialität« und Geistesstörung wieder, die im Zuge institutioneller Bearbeitung auf jenen Weg geführt hat, der unter den eingeschnürten Bedingungen des Nationalsozialismus in die Euthanasie mündete. Das Schicksal des Patienten W. kann dies vor Augen führen.<sup>31</sup>

Darüber hinaus greife ich mit der Nachzeichnung dieses Lebensweges die Anregung von Ernst Köhler auf, der in seiner Studie über »Arme und Irre« bemerkt: »Es wäre eine Aufgabe für sich, einmal den typischen Weg dieser armen Geisteskranken zu rekonstruieren – aus den spärlichen Hinweisen in dem bürokratisch bornierten und oberflächlichen Quellenmaterial: lange Zeiten der Verwahrlosung, an deren Ende dann die polizeiliche Einweisung in irgendeine verfügbare Anstalt und das schnelle, von keinem Arzt bekämpfte Versinken in den Endzustand der Krankheit steht.«<sup>32</sup> Mag sein, daß diese für das 19. Jahrhundert getroffene Feststellung in bezug auf das 20. mit seinen veränderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen modifiziert werden muß. Aber vielleicht lag es ja gerade an diesen veränderten Rahmenbedingungen, daß für diejenigen, die immer noch nicht integrierbar waren, schließlich der staatliche Mord bereitstand.

Der im Jahre 1907 geborene W. soll nach den Angaben seines Vaters ein »froher Junge« gewesen sein, in der Schule war er »mäßig«. Mit fünfzehn Jahren begann er eine Bäckerlehre, die er 1925 abschloß. Nach einem halben Jahr als Geselle im selben Betrieb wechselte er die Stelle. Dort arbeitete er ein weiteres Jahr als Bäckergeselle. 1927 war ein einschneidendes Jahr für W. Einmal starb in diesem Jahr seine Mutter, zum anderen verließ er das Elternhaus und gab seinen Beruf auf. Zu vermuten ist, daß zwischen beiden Ereignissen ein Zusammenhang besteht. Sehr indirekt wird er jedenfalls in den Angaben des Vaters hergestellt, die er später in Langenhorn machte: »Mutter des Patienten ist 47jährig 1927 in der Irrenanstalt Herzberge, wohin sie im Anschluß an das letzte Wochenbett gekommen war, nach 4 Wochen gestorben. Sie hat 14 Jahre lang an Basedow, zuletzt an Verfolgungswahn gelitten. Er habe von jeher die Befürchtung gehabt, daß auch sein Sohn erkranken würde, er habe das ganze Gesicht der Mutter, ebenso kleine Augen und spreche so leise. Sei seit 1927 nicht mehr im Hause gewesen, nur ganz selten auf Stunden zu Besuch gekommen. Sein Verhalten sei schon derart gewesen, daß er ihm zu einer Untersuchung geraten habe. A.V. [wohl: Auf Vorhalt] meinte er, er sei der Ansicht, daß einer in der Familie die Krankheit beerben müsse.«

Der Vater war ein einfacher Mann, »Produktenhändler«, genauer Lumpensammler, wie sein Sohn klarstellte. Er hat später nachdrücklich zugunsten von W. interveniert. Hier aber, möglicherweise in einer Lebenskrise des Sohnes, stigmatisierte er ihn zumindest unbewußt. Vielleicht konnte er sich auch nur nicht helfen und griff deshalb zu ins Alltagsdenken abgesunkenen erbbiologischen Erklärungsmustern. Was folgte, erfährt man unter anderem aus einer späteren ärztlichen Exploration. »Dann habe ich 7 Jahre als Bauarbeiter gearbeitet, aber nicht ständig, mal wurde man arbeitslos, da habe ich gestempelt, dann fand man wieder was und so ging das durch 7 Jahre. Gewohnt habe ich auf Logis.« W. verlor

allmählich seinen sozialen Halt. Rekonstruieren kann man verschiedene Wirkungskreise: den Verlust der Mutter, die Stigmatisierung durch den Vater, vielleicht auch ökonomische Schwierigkeiten aufgrund der krisenhaften Wirtschaftsentwicklung. Möglicherweise entwickelten sich bei ihm auch jetzt schon die dann später deutlicher hervortretenden resignativen Züge. Als die Zeiten der Arbeitslosigkeit zunahmen, verfiel W. auf eine Idee, die ihm erst recht zum Verhängnis wurde. In seinem später gezwungenermaßen geschriebenen Lebenslauf liest man: »Als ich 4 Jahre arbeitslos war [gemeint sind die letzten Jahre als Bauarbeiter], kam mir der Gedanke, die Stadt zu wechseln um vielleicht besser Arbeit zu kriegen und ging nach Hamburg wo sich die Arbeitslosigkeit nicht besserte.« Diesem Aufbäumen folgte der Fall, denn staatliche Unterstützung bekam er in Hamburg nicht. Aufgrund der kritischen ökonomischen Lage der Stadt wurde Hamburg nämlich am 6. April 1934 zur Notstandsgemeinde erklärt. Für Zuziehende, insbesondere Einzelne ohne Kinder, wurden Unterstützungsgelder, so die offizielle Lesart, nur noch im Rahmen des »zur Fristung des Lebens Unerläßlichen« gezahlt.<sup>33</sup> In der Praxis bedeutete dies, daß die Zahlungen in der Regel überhaupt verweigert bzw. statt dessen »Anstaltspflege« angeordnet wurde. Wanderer und andere Arbeitslose, die nicht aus der Großgemeinde Hamburg stammten, sollten so vom Zuzug abgehalten bzw. zum Verlassen der Stadt gedrängt werden.

Völlig ohne materielle Ressourcen, blieb W. jetzt offensichtlich nichts anderes als das Betteln. Dieser berufliche und soziale Niedergang bot den Behörden dann die Möglichkeit zum Einschreiten. Zwei- bis dreimal kam W. in Hamburg wegen Bettelei vor Gericht und erhielt Freiheitsstrafen zwischen zwei und vier Wochen. Seit Herbst 1933 wurde im Reich mit drastischen Maßnahmen gegen dieses »Delikt« vorgegangen.<sup>34</sup> Das mehrfache Auffälligwerden von W. gab der Justiz dann die Möglichkeit, ihn zu einer zunächst zweijährigen Korrekionshaft in die Arbeitsanstalt Vechta einzuweisen. Man muß annehmen, daß dies aufgrund des am 24. November 1933 erlassenen »Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« geschah, das die Möglichkeit der Zwangseinweisung von Bettlern nach § 42 d RStGB vorsah.<sup>35</sup> Infolge einer Amnestie wurde W. zwar kurzfristig aus dem Arbeitshaus entlassen, kurz darauf aber wieder festgenommen und nach erneuter Haft, die die Voraussetzung für eine Zwangseinweisung war, in die Anstalt Vechta zurückgeschickt. Der Grund der neuerlichen Festnahme war offensichtlich rein präventiv, wie zwei Dokumente belegen. So heißt es in einer Abschrift aus der Strafakte:

»Am 31. August 1934, um 21.20 Uhr kam [W.] zur Anzeige, weil er in den letzten Nächten auf dem Boden des Hauses Papendamm 24 übernachtet hatte und die Einwohner die Befürchtung hatten, daß er strafbare Handlungen begehen könnte. Da er kein Obdach hatte und völlig mit-

tellos war, kam er an Wache. An Wache gab er an, er sei schon seit 1933 arbeitslos und seit 1934 obdachlos. Da er keine Unterstützung bezog, bestreite er seinen Lebensunterhalt durch Betteln und Gelegenheitsarbeit. « Weiter heißt es darin: »[W.] sieht vollkommen verwahrlost und verkommen aus. Da seine Kleidung sehr schmutzig und sein Gesicht völlig schwarz aussieht, erweckt er dem Publikum gegenüber einen ekelerregenden Eindruck.« W. selbst schilderte seine Festnahme so: »Einmal bekam ich 2 Jahre Arbeitshaus, dann kam die Amnestie und ich wurde entlassen. Eine Woche später haben sie mir wieder geschnappt. Da habe ich aber nur auf einer Stange gegessen und die haben mich wohl auf dieser Stange am Sternschanzenbahnhof nicht sitzen sehen können in dem Park.«

Hier sind die Elemente exemplarisch versammelt, die zur erfolgreichen Degradierung einer Person nötig sind. Garfinkel schreibt, daß in einem solchen Prozeß nicht einfach einzelne Merkmale einer Person ausgetauscht werden, sondern daß es sich um einen Austausch der gesamten Identität handelt.<sup>36</sup> Diese Transformation werde durch eine rituelle Destruktion erreicht, deren wichtigstes Element »moral indignation«, moralische Entrüstung, ist. Elemente von Scham, Schuld, Gefühle des Lästigfallens treten hinzu. Wichtigstes Verhaltensmerkmal eines erfolgreichen Ausdrucks moralischer Empörung sei die öffentliche Verurteilung. Dieses Mittel, alle zu Zeugen dafür aufzurufen, daß einer nicht ist, was er scheint, sondern von niedrigerer Art, habe zweierlei Folgen: Es stellt die Gruppensolidarität in einer quasi säkularisierten Kommunion wieder her, und es zerstört die bisherige Identität einer Person derartig grundlegend, daß seine neue Identität als eine solche erscheint, die dem Opfer immer schon eigen war.

Ich habe die Dramatik dieses Vorgangs hier plausibel zu machen versucht, weil sie in einem offensichtlichen Gegensatz zum tatsächlichen Verhalten des W. steht. Der »ekelerregende Eindruck« auf das »Publikum«, die Tatsache, daß man W. aus dem öffentlichen Gesichtskreis entfernen wollte, reichten dem Gericht offensichtlich für eine Verurteilung. Als er dann auch noch zugab, seinen »Lebensunterhalt durch Betteln« zu bestreiten, lautete der Spruch: »Der Angeklagte wird wegen Bettelns zu einer Haftstrafe von 1 Monat und in die Kosten des Verfahrens verurteilt. Die Unterbringung in einem Arbeitshause wird angeordnet.« W. war endgültig als »gefährlicher Gewohnheitsverbrecher« abgestempelt, die Degradierung war erfolgreich. Im Prozeß dieser »moralisch« grundierten Zeremonie geht dann auch die Erinnerung daran verloren, daß für W. aufgrund der Notstandsmaßnahmen in Hamburg sozialstaatliche Absicherungen überhaupt nicht mehr existierten, und daß er zum Kriminellen gemacht wurde, ohne eine Straftat begangen zu haben.

Die Arbeitsanstalt Vechta war dann nur eine weitere Stufe in der voran-

schreitenden Degradierung des W. Er verhielt sich dort, wie es im Amtsdeutsch heißt, »undiszipliniert«, woraufhin die Anstalt ihn wieder loswerden und mit der Begründung einer angeblichen »Geistesstörung« nach Hamburg zurückschicken wollte. Im März 1935 schrieb die Gefangenenanstalt an das Amtsgericht Hamburg: »[W.] befindet sich seit dem 1.10.34 in der hiesigen Landesarbeitsanstalt. Er mußte bereits mehrfach wegen Gehorsamsverweigerung diszipliniert werden, einmal mit 28 Tagen Arrest. Die Strafen machten keinerlei Eindruck auf ihn, so daß schließlich die Vermutung auftauchte, es könnte Geistesstörung vorliegen.« Der Anstaltsarzt hatte in seinem beiliegenden Gutachten u.a. folgendes geschrieben: »Der Gef. fällt schon seit seiner Aufnahme auf durch albernes, unmotiviertes Lachen, durch Stumpfheit und Gleichgültigkeit, er betätigt sich weder körperlich noch geistig. Bestrafungen sind wirkungslos. Ich halte eine Pfropf-Schizophrenie, aufgebaut auf Schwachsinn für vorliegend; wegen der zunehmenden Verblödung ist die Beobachtung in einer Heil- und Pflegeanstalt erforderlich.«

Was es möglicherweise mit dem »unmotivierten Lachen« auf sich hat und ob bei W. von »Verblödung« gesprochen werden kann, versucht die nachfolgende qualitative Analyse eines Arzt-Patienten-Gesprächs herauszuarbeiten. W. selbst begründete seine Verweigerungshaltung dort auch ganz anders: »Ja, aufgeregt habe ich mir wohl, weil sie ... ich sollte da einen Lebenslauf schreiben und habe schon 3 geschrieben gehabt und die wollten immer noch einen haben. Ich konnte doch nicht immer Lebensläufe schreiben und sagte, das mache ich nicht. Da haben sie mich 1 Monat in den Keller eingesperrt.«

Der weitere Weg des W. war jetzt jedenfalls vorgezeichnet. Nach einem kurzen Aufenthalt im Gefängnis Fuhlsbüttel wurde er am 6. April 1935 »wegen Geisteskrankheit« mit dem Polizeiwagen in Langenhorn eingeliefert. Aus dem Bäckergesellen war ein Gelegenheitsarbeiter, aus diesem ein Bettler, daraus ein »gefährlicher Gewohnheitsverbrecher« und nun also ein Geisteskranker geworden. Das Drama war damit aber noch nicht beendet, denn für kurze Zeit hegte W. wohl die Hoffnung, aus der Staatskrankenanstalt wieder entlassen zu werden. Jetzt begann nämlich sein Vater, sich für ihn einzusetzen, und dies mit einer für einen Mann seines Status erstaunlichen Bestimmtheit. So schrieb er etwa am 5. April 1935 an die Anstaltsleitung Langenhorns: »Durch die Wohlfahrt erfahre ich, daß sich mein Sohn W. in der Anstalt befindet. Ich bitte hiermit um Auskunft, wenn es geht einen ausführlichen Bericht über seine Krankheit (deutsche Sprache) und sein Befinden.« Diese Auskunft, sogar in »deutscher Sprache«, wurde ihm zuteil. Die daraus resultierenden Aktivitäten des Vaters waren ein Besuch in Langenhorn sowie ein erneutes Schreiben an die Anstalt: »Hiermit möchte ich anfragen, wie mein Sohn W. sich nach meinem Besuch verhalten hat. Außerdem bitte ich höflichst um

Überweisung des Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft Hamburg, da ich in der Sache Schritte zu unternehmen gedenke.«

Langenhorn antwortete, daß W. jetzt »zugänglicher, mitteilbarer und lebhafter geworden« sei und auch regelmäßig »Hausarbeiten« mache. Das Aktenzeichen wurde übersandt. In seinem nächsten Schreiben fragte der Vater, ob es ihm erlaubt sei, seinem Sohn »eine kleine Freude zu machen«. Das Schicken von Paketen wurde ihm gestattet.

Kurz darauf schrieb der Vater erneut an die Anstalt. Die eindrucksvolle familiäre Solidarität des immerhin materiell äußerst dürftig gestellten Vaters setzte sich in eine konkrete Forderung um: »Antwortlich Ihres Schreibens [...] teile ich Ihnen mit, daß mein Sohn W. seine Strafe verbüßt hat und entlassen werden kann. Ich frage hiermit an, ob ich meinen Sohn versuchsweise auf Urlaub nehmen kann? Ich bin der Meinung, daß er zu Hause wenn er wieder in Arbeit steht ein brauchbarer Mensch wird. Eine Verwahrlosung kommt somit nicht in Frage. Ich bitte hiermit meinen Sohn in Kenntnis zu setzen daß er sofort nach Hause kommen kann. Ich hoffe daß diese Nachricht zum guten auf sein Gemüt einwirkt [...]. Anbei die Nachricht vom Amtsgericht Hamburg. Ich bitte mir diese wieder zuzusenden.«

Leider findet sich diese Nachricht nicht in der Akte. Immerhin erfährt man so, daß der Vater sich zwischenzeitlich an das Gericht gewandt hatte. Man kann vermuten, daß es vorbehaltlich der Einwilligung Langenhorns der Entlassung bzw. Beurlaubung zugestimmt hat. Die Anstalt aber lehnte dies ab, die Durchsetzungsmacht des Vaters hatte nicht ausgereicht. Der zuständige Arzt verwies sogar darauf, daß W. selbst bei Entlassung mit weiteren Zwangsmaßnahmen rechnen müsse: »Nach Einsicht in die Strafakte besteht keine Aussicht, daß Ihr Sohn aus der Anstalt entlassen werden kann. Würde sich sein geistiger Zustand soweit bessern, müßte er wieder in Korrekthaus zurück, da die Haft nur unterbrochen ist.« Auch einem Gnadengesuch würde man sich verschließen, da erneute Verwahrlosung des Sohnes anzunehmen sei. Der Vater W.'s sah nun wohl keinen Weg mehr, seinem Sohn zu helfen. Jedenfalls reißt sein Briefwechsel mit Langenhorn hier ab.

Wie man den Pflegeberichten der Krankenakte entnehmen kann, arbeitete W. bis Mitte 1939 fleißig in der Bürstenmacherei, hielt sich aber sonst von seinen Mitpatienten fern. Es kam dann zu ersten Unregelmäßigkeiten, bis er nach drei weiteren Monaten Hausarbeit die Beschäftigung aufgab. Der Eintrag lautet: »14.9.39. Nicht zur Beschäftigung, die er schon nach Tagen einstellt, zu bewegen. Es habe alles keinen Zweck.« Die Resignation ist nach allem, was vorhergegangen war, verständlich. Wäre W. tatsächlich aus Langenhorn herausgekommen, hätte schon die Anstalt Vechta auf ihn gewartet. Und auch dann wäre nicht absehbar gewesen, wann man ihn dort freigelassen hätte. Heißt es doch in § 42 f.

des »Gewohnheitsverbrechergesetzes«: »Lehnt das Gericht die Entlassung des Untergebrachten ab, so beginnt mit dieser Entscheidung der Lauf der im Abs. 3 genannten Fristen von neuem.« Die Fristen beliefen sich bei Bettlei auf jeweils zwei Jahre.

Als »Geistesgestörter« und Krimineller stigmatisiert, geriet W. so in die Meldebogenaktion. Alle möglichen der offiziellen Selektionskriterien trafen jetzt auf ihn zu: Über fünf Jahre in der Anstalt, »Pfropfhebeephrenie«, Strafgefangener, ohne Beschäftigung. Langenhorn nahm nur noch einmal mit dem Vater Kontakt auf, und zwar am 8. August 1941 vor der Verlegung W.'s nach Königsutter. Er sollte die Geburtsurkunde des Sohnes nachreichen. Über die bevorstehende Verlegung wurde er dabei nicht unterrichtet. In Königsutter war W. nach dortiger Krankenblatteintragung »völlig unansprechbar«. Sehr schnell ging er »körperlich stark zurück«, er wurde »bettlägerig und hilflos« und nahm »kaum Nahrung zu sich«. Dies dürfte eine Umschreibung für aktives Eingreifen der Anstalt sein.<sup>37</sup> Elf Monate nach seinem Eintreffen dort starb W. an »Kachexie«. Das letzte, was der Vater über W. erfuhr, steht in einem Telegramm aus Königsutter: »Sohn verstorben. Beerdigung Donnerstag. Heilanstalt.« Der Lumpensammler schickte 100 Reichsmark für eine angemessene Beerdigung und antwortete telegraphisch: »Ich komme.« Zur Erinnerung: als typisch hatte Köhler die Patientenverläufe jener armen Geisteskranken bezeichnet, deren Merkmale »lange Zeiten der Verwahrlosung« sind mit darauf folgender polizeilicher »Einweisung in irgendeine verfügbare Anstalt« sowie »das schnelle, von keinem Arzt bekämpfte Versinken in den Endzustand der Krankheit«. Im letzten Befundbericht aus Langenhorn ist über W. zu lesen: »[...] bietet das Bild eines schizophrenen Endzustandes.«

### **Mechanismen des Verbergens – qualitative Analyse eines Arzt-Patienten-Gesprächs.**

Mit dem Versuch der Rekonstruktion des Lebensweges eines schließlich von den Euthanasie-Maßnahmen betroffenen Patienten gerieten Stufen des sozialen Abstiegs und der sozialen Aussonderung in den Blick, die ohne die Kenntnis der Veränderungen im gesellschaftlichen Rahmengenüge und mit ihnen der institutionellen Eingriffsmöglichkeiten kaum verstehbar wären. Was nun die Vorgänge innerhalb der Institutionen betrifft, kann man die methodische Sonde noch schärfer einstellen, wenn man etwa nach der besonderen Interaktion zwischen Arzt und Patient im Mikrokosmos des Anstaltsalltags fragt. Vielleicht lassen sich hier, und dies schon vor der radikalen Zuspitzung im Euthanasie-Geschehen, strukturell verfestigte Konfliktmuster erkennen, die den Einbruch außermedizi-



nischer Interessen und damit die Aufhebung ärztlicher Verantwortung begünstigt haben. Es kann auch umgekehrt sein, daß derartige Verfestigungen durch heteronome Interessen, die ins Anstaltswesen hineinwirkten, produziert wurden. Eine solche Rekonstruktion des Arzt-Patienten-Verhältnisses, wie es sich in der Vorkriegszeit abgespielt haben mag, begegnet großen methodischen Schwierigkeiten. Für einen vorläufigen ersten Versuch wähle ich die Analyse eines explorativen Gesprächs zwischen einem Anstaltsarzt und dem Patienten W., das wörtlich in dessen Krankenakte wiedergegeben ist. Wie bei der biographischen Rekonstruktion handelt es sich auch hier um eine Form qualitativer Analyse, bei der es weniger um die Feststellung historischer Fakten als um die Deutung eines intersubjektiven Zusammenhangs und der damit einhergehenden Verhärtungen und Beschädigungen geht. Eine solche Deutung bleibt anfechtbar, solange sie nicht durch die Analyse weiterer Dokumente bestätigt oder modifiziert wird.

Das Gespräch zwischen dem Abteilungsarzt Dr. Quickert und dem Patienten W. wurde im Jahr 1936 geführt, ungefähr zu dem Zeitpunkt, als W. in Langenhorn Besuch von seinem Vater bekam. Bevor ich den einzelnen Fragen und Antworten und damit der Dynamik des Interviewverlaufs Schritt für Schritt nach gehe, gebe ich das Gespräch im Zusammenhang wieder.

*Qu.: Wie lange wollen Sie hier bleiben?*

*W.: »Ich habe keine Ahnung.«*

*Warum hergekommen?*

*»Ich weiß es nicht, ich bin vom U.G. hierhergeschickt worden.«*

*Weshalb denn?*

*»Ich habe gebettelt und kam in Haft.«*

*Sie kamen zuerst nach Vechta und dann ins U.G.?*

*»Ja.«*

*Warum haben Sie die Strafe nicht abgemacht?*

*»Ich weiß es alleine nicht, die haben mich nach dem U.G. geschickt.«*

*Was ist in Vechta losgewesen?*

*»Da bin ich hingekommen, weil ich gebettelt habe. Ich hatte kein Geld und habe gebettelt.«*

*Aber darum brauchen Sie doch nicht in die Irrenanstalt zu kommen. Glaubte man in Vechta Sie sind geisteskrank?*

*»Ich weiß nicht, nicht daß ich wüßte.«*

*Warum machen Sie hier immer so ein lächerliches Gesicht?*

*»Lächerlich?«*

*Grinsen vor sich hin, sind uninteressiert, dösen! Warum?*

*»Ja.«*

*Sie müssen sich klar darüber werden, ob Sie dauernd in der Irrenanstalt bleiben wollen oder ob Sie Ihre Strafe abmachen wollen, denn die ist unterbrochen!*

*»Ich kann ja nichts dagegen machen.«*

*Sie haben sich ja schon etwas geändert, weil Sie jetzt arbeiten!*

*»Ja, arbeiten tue ich, ich scheuer die Treppe und putze Fenster, weiter nichts.«*

*Warum sitzt kein Schwung hinter Ihnen?*

*» – lacht – Sie müssen schon entschuldigen, daß ich lache, aber wie soll ich mich aus-*

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

drücken? Ich bin hierher geschickt worden vom Staat und bin in Gewalt des Staates. Ich kann doch zu Ihnen nicht sagen, hier sind die Akten, ich habe bloß gebettelt und sie schmeißen mich 2 Jahre rein und jetzt bin ich hier schon 1 Jahr. Ich kann doch nichts machen, der Staat hat doch die Gewalt über mich.«

*Die haben Sie über sich selber!*

»Wie kann ich Gewalt über mich haben, wenn Sie der Vormund sind über die Anstalt.«

*Sie haben eine Strafe bekommen, sollen die absitzen, haben sich aber nicht in der Gewalt, um das fertig zu bringen!*

»Ja.«

*Sie wissen auch, daß Sie nicht betteln dürfen und haben sich nicht in der Gewalt, das zu unterlassen!*

»Was soll ich denn machen, soll ich stehlen?«

*Zur Wohlfahrt gehen!*

»Die wollen das alles erst untersuchen und das weiß man nicht.«

*Dann sagt man der Wohlfahrt, wenn ihr mir nicht helft, muß ich betteln oder stehlen! Oder zur Polizei gehen!*

»Sie müssen bedenken, es kommen Tausende zur Wohlfahrt und sagen, sie müssen hungern und müssen betteln oder stehlen oder schlagen jemanden tot. Aber die Beamten können einem doch nicht gleich Geld mitgeben, wenn einer so sagt, sonst bekommen sie einen Rüffel, sie müssen doch erst alles prüfen.«

*Waren Sie mal bei der Wohlfahrt?*

»Ja, ich war ja schon drei bis vier Jahre arbeitslos.«

*Warum bleiben Sie denn nicht dort, wo Sie die Unterstützung bekommen?*

»Einmal muß ich doch wo anders hin. Wenn ich in Berlin Unterstützung gekriegt habe, kann ich doch nicht dauernd in Berlin bleiben. Ich habe ja damit gerechnet, daß ich Arbeit finden würde wo man sich ernähren kann, und das ist nichts gewesen.«

*Da konnten Sie ja nach Berlin zurückgehen oder an den Vater schreiben, er soll Ihnen helfen!*

»Der kann das nicht, das kann man auch nicht verlangen vom einem Manne, der selbst zur Wohlfahrt geht und sich Unterstützung holt.«

*Warum haben Sie die Strafe in Vechta nicht abgemacht?*

»Die haben mich doch hierher geschickt.«

*Warum denn? Da muß doch etwas vorgefallen sein. Haben Sie sich aufgeregt?*

»Ja, aufgeregt habe ich mir wohl, weil sie ... ich sollte da einen Lebenslauf schreiben und habe schon drei geschrieben gehabt und die wollten immer noch einen haben. Ich konnte doch immer Lebensläufe schreiben und sagte, das mache ich nicht. Da haben die mich einen Monat in den Keller eingesperrt.«

*Haben Sie getobt?*

»Getobt habe ich überhaupt nicht. Erst sperrten sie mich 14 Tage so ein, weil ich nicht schreiben wollte, dann habe ich vier Wochen im Keller gegessen bei Wasser und trockenem Brot (lacht). Weiter war nichts.«

*Keine Beschäftigung gehabt die vier Wochen?*

»Nein.«

*Prügel bekommen?*

»Nein, nicht das ich wüßte.«

*Was machten Sie denn im Keller?*

» – lacht – Was soll man da machen oder denken?«

*Sie haben da drin gespinnnt und Stimmen gehört!*

»Stimmen habe ich nicht gehört. Da denkt man nach über die Zeit als Schuljunge oder so.«

*Angst gehabt?*

»Nein »

## Stufen zunehmender Degradierung

*Herzklopfen?*

»Nein.«

*Kopfschmerzen?*

»Nein.«

*Da haben Sie sich wohl gefühlt bei Wasser und Brot?*

»- lacht - Wohl gefühlt kann man nicht sagen, man hat eben so gelebt. Dann bin ich rausgekommen und wurde hierher geschickt.«

*Sie haben dort wohl über die Beamten und alle gelacht, wie hier auch!*

»Gelacht habe ich.«

*Sie müssen hier auch mal einen Lebenslauf schreiben!*

»Gern tue ich das nicht.«

*Nur um den guten Willen zu zeigen. Wir müssen doch mal sehen, daß Sie Ihre Strafe absitzen können!*

»Gestatten Sie mal, ich bin überhaupt der Meinung, daß Lebensläufe dazu gar nicht gehören. Ich werde eingeliefert auf der Polizei und soll Lebenslauf schreiben. Das nutzt doch nichts. Erstens habe ich nichts davon und...«

*Ich habe aber viel davon, ich sehe wie Sie schreiben und kann daran Ihre Intelligenz beurteilen. Was haben Sie dagegen?*

»Ja, ich halte nichts davon, der Lebenslauf den ich schreiben soll, ist mir sehr unsympathisch.«

*Sind Sie sterilisiert?*

»Ich bin noch nicht sterilisiert.«

*Lebenslauf ist doch eine harmlose Sache!*

»Wenn ich beim Militär bin und stehe unter Eid, da gehört es sich, da muß ich ihn schreiben, aber hier, wenn ich hier bin wegen Betteln oder Raub, das ist nicht nötig. Aber es geht ja nicht nach mir.«

*Hier müssen Sie schreiben!*

»Ich kann mir nicht einbilden, daß man viel daraus ersehen kann.«

*Sie haben in der Schule doch gut gelernt?*

»Ich war nicht der Erste und nicht der Letzte, aber der Vorletzte bin ich bestimmt gewesen.«

*Strengt es Sie so an, einen Lebenslauf zu schreiben?*

»Anstrengen nicht. Sehen Sie mal, nach meiner Meinung ... wie soll ich mir ausdrücken,... ich möchte Ihnen nicht in die Sachen pfuschen. Aber nach meiner Meinung ist das überflüssig. Sie sind Arzt, haben studiert und müssen sehen, der Mann benimmt sich so und so, und so hat er sich die ganze Zeit betragen und da legen Sie Ihre Akten danach an.«

*Dazu gehört auch der Lebenslauf!*

»- lacht - Das kann ich nicht einsehen, das geht mir nicht in den Kopf.«

*Das ist auch nicht nötig, Sie sollen es nur tun, weil es angeordnet ist!*

»Das ist mir nicht zuträglich.«

*Was ist nicht zuträglich?*

»Den Lebenslauf schreiben, der ist mir unsympathisch.«

*Warum ist er nicht zuträglich?*

»Ich bin der Meinung, wenn ich so ein großer Verbrecher wäre oder schwer krank, nach der Strafe hin gerechnet, da müßte die Polizei sich da erkundigen und sich da den Lebenslauf herholen, wo ich gelebt und gearbeitet habe und nicht von mir. Ich kann ja sonst was schreiben.«

*Gerade. Haben Sie denn was zu verbergen!*

»Ich habe nichts zu verbergen. Was wollen Sie wissen? Was soll ich da reinschreiben?, ich bin in die Schule gegangen, kam bis in die und die Klasse, ging in die Lehre, war dann solange arbeitslos und dann bin ich hierher gekommen. Da können Sie sich auch weiter kein Bild machen. Kam dann ins Gefängnis und vom Gefängnis hierher.«

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

*Wollen Sie nicht schreiben?*

»Na, wenn Sie es durchaus wünschen!«

*Sind Sie mißtrauisch?*

»Gestatten Sie mal, Sie können von mir nicht verlangen...ich komme von Berlin hier auf und werde ins Gefängnis gestopft, daß ich Vertrauen habe zur Staatsregierung.«  
*Ich bin keine Staatsregierung! Sie hätten ja längst mal zu mir sagen können, Sie sind nicht geisteskrank, Sie gehören nicht hierher!*

»Das ist ja egal, ob ich im Gefängnis sitze oder in der Irrenanstalt. Hier ist es nicht besser wie da und dort nicht besser wie hier.«

*Wenn Sie zurückkommen nach Vechta, benehmen Sie sich so, daß Sie die Strafe abmachen können und dann auf freien Fuß kommen!*

»Ich habe mich so benommen, ich habe keinen Grund dazu gegeben, hierher zu kommen.«

*Hier machen Sie ja keine Schwierigkeiten, im Gefängnis heißt es aber stramm stehen! Nachher können Sie machen was Sie wollen, nur nicht betteln!*

»Ja, da haben wir ja wieder einen Punkt. Wenn ich rauskomme, wer gibt mir da die Unterstützung, daß ich die ersten 5 Tage leben kann? Wie Sie aber sehen aus den Akten, bin ich 2 bis 3 mal auf freien Fuß gekommen, aber 2 Tage später hat man mich wieder geschnappt, weil ich keine Fingerbewegung, kein Geld hatte. Wie kann ich denn eine Woche leben, ehe ich was von der Wohlfahrt kriege?«

*Im Gefängnis bekommen Sie doch Geld für die Arbeit, da hat man doch etwas für die ersten Tage!*

»Es dauert bestimmt 5 Tage, ehe ich von der Wohlfahrt Geld kriege, wenn ich rauskomme und mich gemeldet habe. Würden Sie mir denn einen neuen Anzug geben wenn ich Ihnen sage, ich komme in 14 Tagen wieder? Das glaube ich auch nicht. Sie müssen sich erkundigen und die müssen sich auch erkundigen, da ist nichts zu machen.«

*Es gibt doch Hilfsvereine für entlassene Gefangene, wo man Unterstützung bekommt!*

»Ich weiß nicht wo das ist. Wenn so eine Organisation besteht und man kriegt nicht gleich das Geld wenn man entlassen wird, dann nutzt es auch nichts. Manchmal wird man entlassen 5 Minuten vor 6 oder 7 Uhr, da kann man auch nirgends mehr hingehen und nichts erreichen, wo soll man denn da hingehen?«

*Der Strafanstaltsdirektor hat doch für solche Fälle eine gewisse Summe zur Verfügung!*

»Davon habe ich nichts gewußt.«

*Es scheint so, als wenn Sie eine Abneigung haben herauszukommen aus Angst, daß Sie gleich wieder gefaßt werden, wenn Sie rauskommen!*

»Das ist leicht möglich, wenn es so ist wie damals, daß ich 2 mal entlassen bin und am nächsten Tage schnappt man mich schon wieder!«

*Tausende betteln und werden nicht erwischt. Ich denke, die Berliner sind helle!*

»Das hat mit Helligkeit nichts zu tun. Die Polizeireviere sind ja darin in den verschiedenen Orten auch verschieden, manchmal mehr oder weniger scharf in der Sache.«

In diesem Gespräch werden inhaltlich zum Teil Themen angesprochen, die im vorigen Abschnitt in den größeren Lebenszusammenhang des W. gestellt wurden. Im folgenden Versuch einer qualitativen Analyse geht es aber weniger um Fragen der weiteren Ausdifferenzierung einer Biographie, sondern um strukturelle Aspekte.<sup>38</sup> Die wichtigste Fragestellung dabei ist, wie sich in der Dynamik eines Arzt-Patienten-Gesprächs die zugrundeliegende Beziehung ausdrückt und mit welchen Begriffen

diese Basis-Relation beschreibbar ist. Deshalb ist auch nicht das bestimmte Verhalten dieses oder jenes Arztes oder Patienten von Interesse, sondern die eventuelle Verallgemeinerungsfähigkeit einer Beziehung, ihrer Qualitäten und Defizite. Vielleicht kommen bei einer möglichst genauen Gesprächsanalyse strukturelle Einschränkungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses in den Blick, in denen sich der Einfluß außermedizinischer Interessen verdeckt manifestiert.

Schon eine erste Lektüre dürfte einige durchgehende Aspekte des Gesprächs erkennbar machen. Geht man von den Interessen der beteiligten Partner aus, so scheint es dem Arzt Qu. um die Frage zu gehen, ob er W. als Kriminellen oder Geisteskranken definieren soll, mit den entsprechenden daraus abzuleitenden Konsequenzen. W. kann zu Eingang des Gesprächs wohl nur ahnen, daß irgendwelche Entscheidungen über ihn fallen sollen, ist also von vornherein in einer defensiven Rolle. Die Definitionsmacht liegt beim Psychiater, also auch das Wissen, worum es geht. Die eigentümliche Verschränkung von Wissen und Macht auf seiten des Arztes bildet also den Gesprächshintergrund, auf den sich der Patient auch schnell einstellt. Damit sind sofort strategische Positionen aufgebaut, die das Arzt-Patienten-Verhältnis kennzeichnen. Die Frage ist, wie diese Strategien sich inhaltlich auffüllen, wie sie sich in der Dynamik des Gesprächs verändern, ob sie andere Möglichkeiten eröffnen oder sich im Gegenteil verhärten, ob sie überhaupt die Möglichkeit eines Gesprächs, das ja eine gewisse Gleichberechtigung voraussetzt, eröffnen. Wo liegen die Gründe für diesen besonderen Gesprächsverlauf, was läßt sich aus ihnen generalisieren?

Dabei gewinnt man den Eindruck, daß W. alle Fragen Qu.'s kompetent beantwortet, aber nie so, wie dessen Erwartungen sind. Zwar stehen die Tatsachen fest, aber die »Optik« beider im Hinblick auf die Bewertung bestimmter Situationen, ihr Entstehen und die Folgerungen, sind diametral entgegengesetzt. Kompetenz meint insofern auch, daß W. sich nicht einschüchtern läßt und etwa die Definitionen des Arztes übernimmt. Es handelt sich auch zumindest der Form nach um ein wirkliches Gespräch, als die Äußerungen des Gegners/Partners aufgegriffen und für das eigene Vorgehen strategisch verwendet werden. Dies ist sicher eine Voraussetzung, die im Sinne G. Kleinings eine »maximale strukturelle Variation« bei der Fallauswahl darstellt,<sup>39</sup> aber damit auch die Chance eröffnet, Dimensionen des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Fall eines »kompetenten« Partners herauszuarbeiten.

Weiter fällt auf, daß der Arzt Qu. die staatlichen Institutionen der Bearbeitung abweichenden Verhaltens als ein wohlgeordnetes System wahrnimmt, – vom Gefängnis über Arbeitshaus, Irrenhaus, Wohlfahrt bis zur subsidiären Familie. Wenn man sich dessen normativen Erwartungen einpaßt, lösen sich alle Probleme wie von selbst. Probleme reduzieren sich

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

damit auf die Probleme von Personen. Umgekehrt sieht der Patient die Probleme auf der Ebene des ökonomischen/politischen Systems. Jeder artikuliert also genau das, was der andere ausblendet. Während Qu. in der Dimension »Abweichendes Verhalten, Arbeitsscheu, Aufsässigkeit, psychische/geistige Defizite« argumentiert, beharrt W. auf der Dimension »ökonomische/staatliche Gewalt«. Der unaufhebbare Grundkonflikt des teilweise sich dramatisch zuspitzenden, manchmal komödiantischen, gegen Ende fast einvernehmlichen Wechselspiels ist wohl, daß der Arzt exponierter Vertreter jener Institutionen ist, die er nicht kritisieren läßt. Aufgrund dieser unerschütterbaren Machtposition wäre auch ein Nachgeben für den Patienten weitaus gefährlicher.

Qu. leitet das Gespräch ein mit der Frage:

- Wie lange wollen Sie hier bleiben? -

und unterstellt damit dem Patienten einen *freien Willen*<sup>40</sup> – unabhängig vom institutionellen Kontext.

W. antwortet:

- Ich habe keine Ahnung.-

Er weist die Unterstellung zurück und artikuliert seine mangelnde Fähigkeit zu einem – im institutionellen Kontext – eigenen *Handlungsentwurf*, begründet durch *Nicht-Wissen*. Dies Muster wiederholt sich in der zweiten Frage. Qu.:

- Warum hergekommen? -

Hier ist schon die Möglichkeit eines *Fehlverhaltens* des Patienten eingeschlossen. W. reagiert vorsichtig und artikuliert wieder sein *Nicht-Wissen*:

- Ich weiß es nicht. -

Damit umgeht er die in der Frage liegende Interpretationsmöglichkeit, eigenes Verhalten beschreiben zu sollen. Er artikuliert behördliche Entscheidungen, deren Gründe er nicht kennt.

... ich bin vom U.G. hierhergeschickt worden.-

Qu. stößt jetzt nach, schon schärfer in die Dimension »Fehlverhalten« zielend:

- Weshalb denn? -

W. weicht hier offensichtlich aus und interpretiert die Frage in dem Sinn um, weshalb er ins U.G. gekommen sei:

- Ich habe gebettelt und kam in Haft.-

Das »Fehlverhalten« ist so in die ökonomische Dimension existentieller Reproduktion geschoben. Qu.'s nächste Frage führt denn auch in die ihm näherliegende Sphäre staatlicher Institutionen zurück, wo abweichendes Verhalten sich präziser mit sanktionierbaren/therapierbaren Konsequenzen verknüpfen läßt.

Scheinbar geht es nur um Tatsachen:

- Sie kamen zuerst nach Vechta und dann ins U.G.? -

- Ja.-

Das zeigt aber schon, daß eine Diskussion über ökonomische und soziale Verhältnisse nicht erwünscht ist, das Thema wird – zunächst – ausgeklammert.

Immer deutlicher schält sich heraus, daß Qu. über scheinbar unverfänglichen Tatsachenfragen an das konkrete (Fehl-)Verhalten von W. herankommen will, während W. ausweicht, auf sein *Nicht-Wissen*, das aus *Behördenentscheidungen* resultiert, zurückgreift und seine *sozialen Umstände* betont.

- Warum haben Sie die Strafe nicht abgemacht? -

- Ich weiß es alleine nicht, die haben mich nach dem U.G.geschickt. -

- Was ist in Vechta losgewesen? -

- Da bin ich hingekommen, weil ich gebettelt habe. Ich hatte kein Geld und habe gebettelt.-

Die Merkmale, die der Patient in bezug auf sich *selbst* hervorhebt, sind solche der *Unschuld*: Ich weiß nichts, ich habe nichts. Dagegen enthält seine Beschreibung der Institutionen Kennzeichen der *Willkür und Undurchschaubarkeit*, die ihn fremden Mächten ausgeliefert erscheinen lassen. So beschreibt er das Betteln als Straftatbestand, aber so emotionslos, daß er zwar die Tatsache der Einsperrung als logische Konsequenz, nicht aber als Konsequenz aus *schuldhaftem* Handeln erkennen kann.

Qu. will – erneut – über diese Logik nicht diskutieren, lenkt deshalb auf das Institutionengeflecht zurück, um doch noch dem Nachweis des *Fehlverhaltens* näherzukommen:

- Aber darum brauchen Sie doch nicht in die Irrenanstalt zu kommen. Glaubte man in Vechta Sie sind geisteskrank? -

So gezielt nach eigenen psychischen Defiziten gefragt, fühlt W. sich bedroht, in der Falle, was aus der zweifachen Betonung seines *Nicht-Wissens* hervorgeht:

- Ich weiß es nicht, nicht daß ich wüßte.-

Qu. stößt konkret nach und deutet mit seiner Frage erstmals die Mög-

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

lichkeit einer schon aus äußeren Anzeichen ablesbaren *psychischen Abweichung* an:

- Warum machen Sie hier immer so ein lächerliches Gesicht? -

Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird hier zur *direkten Konfrontation*, wobei W. seine Strategie modifiziert und nur vorsichtig wiederholt:

- Lächerlich? -

Qu. zielt jetzt ganz konkret und direkt auf negative Merkmale des Patienten:

- Grinsen vor sich hin, sind uninteressiert, dösen! Warum? -

Es hat schon hier komödiantische Züge, wie W. den Arzt zugleich *bestätigt* und ihm *ausweicht*. Die Beschreibung gibt er zu, Gründe nennt er lieber nicht:

- Ja. -

Die strategische Orientierung Qu.'s an der Frage, ob bei dem Patienten kriminelles oder psychisch abweichendes Verhalten vorliegt, legt der Arzt jetzt gewissermaßen offen, aber wiederum so, *als ob* er die Entscheidung darüber W. überläßt:

- Sie müssen sich klar darüber werden, ob Sie dauernd in der Irrenanstalt bleiben wollen oder ob Sie Ihre Strafe abmachen wollen, denn die ist unterbrochen. -

In der Sprache der NS-Zeit geht es also um die Definition: *gemeinschaftsfremd* versus *geisteskrank*. In seiner resignativen Antwort, die wiederum Handlungsmöglichkeiten ausschlägt, lehnt der Patient zugleich eine Entscheidung ab:

- Ich kann ja nichts dagegen machen. -

Er thematisiert also erneut – vielleicht nicht ganz ohne Trotz – seine *Ohnmacht*. Auch der Arzt spielt jetzt das Spiel von *Ausweichen* und *Bestätigen*, und zwar so, daß er auf die Analyse des Patienten eingeht, sie aber nicht in bezug auf die institutionelle Ebene anwendet, sondern W.'s individuelles Verhalten daran mißt:

- Sie haben sich schon etwas geändert, weil Sie jetzt arbeiten. -

Im Nebensatz wird ironischerweise deutlich, daß der Arzt sich so doch zum Agenten institutioneller Erwartungen, und zwar hier des ökonomischen Systems, macht.

Das Spiel von *Bestätigen* und *Ausweichen* setzt auch W. fort. Er bestätigt die Beschreibung, aber ohne die daran geknüpften Erwartungen:

- Ja, arbeiten tue ich, ich scheuer die Treppe und putze die Fenster, weiter nichts. -



Statt auf die Interpretationsunterschiede einzugehen, zielt der Arzt auf die fehlende persönliche *Motivation*:

- Warum sitzt kein Schwung hinter Ihnen? -

In einer längeren, durch ein später sich wiederholendes *Lachen* eingeleiteten Antwort expliziert der Patient seine Ohnmacht gegenüber einer *Logik*, die er *als Gewalt* interpretiert. Auf das Betteln folgt nach institutioneller Logik die Einsperrung, aus der Sicht des Betroffenen erscheint die staatliche Reaktion als unangemessene *Gewalt* und *Willkür*. Was sich als Logik tarnt, ist für den Unschuldig/Schuldigen undurchschaubarer Ausdruck der Macht. Qu. als der Vertreter des Staates wird mindestens unterschwellig mit dieser *irrationalen Logik* identifiziert:

-lacht- Sie müssen schon entschuldigen, daß ich lache, aber wie soll ich mich ausdrücken? Ich bin hierher geschickt worden vom Staat und bin in Gewalt des Staates. Ich kann doch zu Ihnen nicht sagen, hier sind die Akten, ich habe bloß gebettelt und Sie schmeißen mich 2 Jahre rein und jetzt bin ich hier schon 1 Jahr. Ich kann doch nichts machen, der Staat hat doch die Gewalt über mich. -

Damit hat der Patient auch implizit eine Antwort auf die Frage nach seinem emotionalen Ausdruck («lächerliches Gesicht») gegeben, den Qu. pathologisieren wollte. In der Verschränkung der Arzt-Patienten-Beziehung mit institutioneller Gewalt kann trotz allen Austausches von Argumenten ein vernünftiger Dialog nur Fiktion sein. Der Arzt als Vertreter des Staates verfügt über Sanktionsmöglichkeiten, kann damit W.'s Situationsdeutungen manipulieren und sie staatlicher »Logik« einpassen.

Dies belegt Qu. in der nächsten Runde von Bestätigen und Ausweichen, indem er zwar die Worte des Patienten aufgreift, sie aber des geäußerten Situationskontextes beraubt und so wieder einer radikal individualisierenden Deutung zustrebt. Das Vorgegebene der Institutionen (Staat/Ökonomie) wird so tabuisiert und diskussionsunfähig gehalten.

- Die haben Sie über sich selber. -

W. macht nochmals einen Anlauf zur Thematisierung, wobei in der Wortwahl »Vormund« in bezug auf den Arzt möglicherweise eine *Verdichtung* vorliegt, die auf drohende Entmündigung (Sanktionsmöglichkeit) und damit *Absprechen der Vernunft* verweist.

- Wie kann ich Gewalt über mich haben, wenn Sie der Vormund sind über die Anstalt.-

Unter der Voraussetzung der stillschweigenden Akzeptanz staatlicher Logik insistiert der Arzt auf der Pathologisierung des Patientenverhaltens:

- Sie haben eine Strafe bekommen, sollen die absitzen, haben sich nicht in der Gewalt um das fertig zu bringen! -

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

Das folgende »Ja« des Patienten ist sicher wiederum nur als Zustimmung im Kontext von Bestätigung und Ausweichen zu verstehen.

Qu.'s Pathologie-Konzept ist hier verengt auf eine kontextunabhängige, also immer gültige Kontrolle über sich selbst, wie er an einer weiteren Situation demonstriert.

- Sie wissen auch, daß Sie nicht betteln dürfen und haben sich nicht in der Gewalt, das zu unterlassen! -

Ironisch greift W. dies Pathologie-Konzept auf, indem er einmal nicht den *Kontext* betont, sondern die Alternative eines stärker zu sanktionierenden *Fehlverhaltens* vorschlägt:

- Was soll ich denn machen, soll ich stehlen? -

Umgekehrt greift nun der Arzt/Staatsvertreter auf die Welt der Institutionen zurück und macht dem Patienten einen nicht in die Illegalität führenden Handlungsvorschlag:

- Zur Wohlfahrt gehen! -

Was dem Arzt als wohlgeordnetes und so gegen Kritik abgedichtetes Geflecht staatlicher Institutionen erscheint, hat selbst in diesem scheinbar harmlosen, nicht auf Sanktionen gerichteten Beispiel für den Patienten eine bedrohliche Dimension: Der *Undurchsichtigkeit* institutionellen Handelns stellt er dessen Tendenz zur *Durchleuchtung* der Klientel und der damit verbundenen *Identitätsgefährdung* zur Seite.

- Die wollen das alles erst untersuchen und das weiß man nicht.-

Qu. macht daraufhin W. den Vorschlag, helfende und sanktionierende Staatsapparate gegeneinander auszuspielen, womit er übrigens eigenem Verhalten im weiteren Gesprächsverlauf vorgreift:

- Dann sagt man der Wohlfahrt, wenn Ihr mir nicht helft, muß ich betteln oder stehlen! Oder zur Polizei gehen! -

Das Thema des Changierens der Staatsapparate zwischen *Helfen* und *Kontrolle* wird von W. jetzt näher plausibel zu machen gesucht:

- Sie müssen bedenken, es kommen Tausende zur Wohlfahrt und sagen, sie müssen hungern und müssen betteln oder stehlen oder schlagen jemanden tot. Aber die Beamten können einem doch nicht gleich Geld mitgeben, wenn einer so sagt, sonst bekommen sie einen Rüffel, sie müssen doch erst alles prüfen.-

Wiederum schneidet Qu. diese für den Betroffenen kritische Dimension ab und besteht auf *individuellen* Entscheidungen:

- Waren Sie mal bei der Wohlfahrt? -

Bestätigung und Variation von seiten des Patienten, indem er seine öko-

nomische Situation ins Spiel bringt:

- Ja, ich war ja schon drei bis vier Jahre arbeitslos. -

Indem der Arzt endlich einmal institutionell erwartetes Handeln bestätigt sieht, fragt er nach:

- Warum bleiben Sie denn nicht dort, wo Sie die Unterstützung bekommen? -

Der Patient begründet dies mit dem Hinweis, auch einmal *Handlungsalternativen*, und zwar in bezug auf seine ökonomische Situation, erprobt zu haben:

- Einmal muß ich doch woanders hin. Wenn ich in Berlin Unterstützung gekriegt habe, kann ich doch nicht dauernd in Berlin bleiben. Ich habe ja damit gerechnet, daß ich Arbeit finden würde wo man sich ernähren kann, und das ist nichts gewesen. -

Die daraus resultierende *Ohnmacht* versucht Qu. zu neutralisieren im Verweis auf das System sozialer Sicherheiten, in das auch die Familie qua Subsidiaritätsprinzip eingeschlossen ist.

- Da konnten Sie ja nach Berlin zurückgehen oder an den Vater schreiben, er soll Ihnen helfen! -

W. dagegen strukturiert den Vater nicht als *staatsanaloge*, sondern als *lebensweltliche* Institution:

- Der kann das nicht, das kann man auch nicht verlangen von einem Manne, der selbst zur Wohlfahrt geht und sich Unterstützung holt.-

Aus dieser Sackgasse kehrt Qu. wieder um, indem er anhand einer weiteren Institution versucht, W.'s Verhalten zu ergründen.

- Warum haben Sie die Strafe in Vechta nicht abgemacht? -

W. erwidert wie oben mittels behördlicher Entscheidungen:

- Die haben mich doch hierher geschickt. -

Qu. greift erneut bei der individuellen Abweichung an:

- Warum denn? Da muß doch etwas vorgefallen sein. Haben Sie sich aufgeregt? -

Bestätigung und Variation auch jetzt, indem der Patient den »Vorfall« mit einer institutionellen Maßnahme verknüpft, die aus seinem Erleben in doppelter Weise auf die *Identität* des Betroffenen zielte:

- Ja aufgeregt hab ich mir wohl, weil sie ....ich sollte da einen Lebenslauf schreiben und habe schon drei geschrieben gehabt und die wollten immer noch einen haben. Ich konnte doch nicht immer Lebensläufe schreiben und sagte, das mache ich nicht. Da haben die mich einen Monat in den Keller eingesperrt. -

Das Thema der Sanktionen/Kontrollen wird hier subtil verknüpft mit

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

dem Angriff auf die persönliche Integrität. Qu. greift aus dieser Situationsbeschreibung nur die möglichen individuellen Reaktionen heraus, damit indirekt das Thema der Kontrolle, auf das aktuelle Arzt-Patienten-Geschehen zurückgebogen, bestätigend:

- Haben Sie getobt? -

Im Zusammenhang mit den vom Patienten beschriebenen *Sanktionen* und den von ihm *unterdrückten Affekten* meldet sich wieder sein *Lachen*.

- Getobt habe ich überhaupt nicht. Erst sperrten sie mich 14 Tage so ein, weil ich nicht schreiben wollte, dann habe ich vier Wochen im Keller gegessen bei Wasser und trockenem Brot (lacht). Weiter war nichts. -

Qu. will die Kellersituation jetzt genauer ausleuchten, warum, wird weiter unten deutlich. Die Vermutung bestätigt sich, daß W.'s Lachen mit einer *unterdrückten* Reaktion auf Sanktionen zusammenhängt und seine *Ohnmacht* auf emotionaler Ebene ausdrückt.

- Keine Beschäftigung gehabt die vier Wochen? -

- Nein. -

- Prügel bekommen? -

- Nein, nicht das ich wüßte.-

- Was machten Sie denn im Keller? -

- lacht- -Was soll man da machen oder denken? -

Um seinen diagnostischen Zielen näherzukommen, kleidet Qu. jetzt die Frage nach W.'s psychischem Zustand in eine provozierende psychiatrische Tatsachenbehauptung, um dann in einem Stakkato drei Fragen nach Symptomen anzuschließen:

- Sie haben da drin gespinn und Stimmen gehört! -

- Stimmen habe ich nicht gehört. Da denkt man nach über die Zeit als Schuljunge oder so. -

- Angst gehabt? -

- Nein. -

- Herzklopfen? -

- Nein. -

- Kopfschmerzen? -

- Nein. -

Hier verschiebt sich die legitime Position des Arztes, nach Sympto-

men zu fragen, um eine Krankheit zu heilen, in einen Kontext, der *Verhörcharakter* hat, bei dem es um mögliche Formen der Einsperrung geht. Qu. hat ständig die Möglichkeit, zwischen helfendem und sanktionierendem Bezugsrahmen zu wechseln, dies nicht aus therapeutischen Gründen, sondern weil der Rollenwechsel auf seine Verflechtung in unterschiedliche institutionelle Anforderungen verweist.

Mit einer erneuten Provokation versucht Qu., den Patienten der Unglaubwürdigkeit zu überführen.

- Da haben Sie sich wohl gefühlt bei Wasser und Brot? -

Wieder zeigt das folgende Lachen des Patienten den Bezugsrahmen von Sanktionen und unterdrückten Reaktionen an, es weist aber auch auf eine weitere Dimension: Mögliche emotionale Reaktionen teilt W. dem Arzt nicht mit. Er klammert sie aus und zeigt so an, daß ein wirklicher Dialog im Sinne eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient nicht zustandekommt. Genau die Auskünfte, die der Arzt haben will, verweigert der Patient systematisch, der Dialog verläuft wie ein Katz- und Maus-Spiel.

- -lacht- Wohl gefühlt kann man nicht sagen, man hat eben so gelebt. Dann bin ich rausgekommen und wurde hierher geschickt. -

Wenigstens beim konkret faßbaren Lachen will Qu. den Patienten packen:

- Sie haben dort wohl über die Beamten und alle gelacht, wie hier auch! -

Zugleich mit der Bestätigung des Tatbestandes verweigert W. die kontextuelle Deutung. Gewissermaßen komplementär zum Verhalten von Qu., der strategisch seinen Bezugsrahmen wechselt (Pädagoge, Arzt, Vertreter staatlicher Kontrollinstanzen) wie auch frei über die Situationsdeutungen des Patienten verfügt, indem er die Kontexte negiert, versteift sich W. auf sein Verhalten. In fast komödiantischer Weise kommt es zu einem *komplementären* Rollenspiel.

- Gelacht habe ich. -

Dieser Satz hat eine ähnliche Struktur wie Qu.'s Bemerkung weiter oben: »Gewalt haben Sie über sich selber.«

Mit seiner folgenden Äußerung legt Qu. seine Verflechtung mit anderen, von W. als negativ erlebten Kontrollinstanzen bloß. Er thematisiert damit zugleich die vom Patienten als bedrohlich erlebte *Identitätsfrage*:

- Sie müssen hier auch mal einen Lebenslauf schreiben! -

Auf die Provokation antwortet W. mit einem halbherzigen Kooperationsangebot.

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

- Gern tue ich das nicht. -

Qu. wechselt in eine Fürsorger-Vater-Rolle.

- Nur um den guten Willen zu zeigen. Wir müssen doch mal sehen, daß Sie Ihre Strafe absitzen können! -

Das Argument klingt für W. offensichtlich wenig glaubhaft, man spürt in der Entgegnung so etwas wie emotionale Beteiligung und deutliche Abwehr. Die Aufforderung zum Lebenslauf erscheint ihm wohl wie eine Bloßlegung seiner Person, wogegen er mit seiner Strategie der Betonung negativer und deprimierender kontextueller Bedingungen nicht ankommt. Der Arzt sitzt am längeren Hebel.

- Gestatten Sie mal, ich bin überhaupt der Meinung, daß Lebensläufe dazu gar nicht gehören. Ich werde eingeliefert auf der Polizei und soll Lebenslauf schreiben. Das nutzt doch nichts. Erstens habe ich nichts davon und .... -

Während W. hier auch sein Interesse an *lebensweltlicher Einsehbarkeit* artikuliert (*Sinn*), betont der Arzt sein Interesse an einer Diagnose, die nun neben den *emotionalen* Qualitäten zusätzlich die *intellektuellen* umfaßt. Dies Interesse läßt *Kontroll-* und *Selektionsbedürfnisse* erkennen (*Macht*). Hier tut sich eine Polarität von *Sinn* und *Macht* in der Dynamik des Gesprächs auf, wobei der Arzt zwecks Aufrechterhaltung des Dialogs ständig Macht als Sinn *verschleiern* muß. Die Polarität besteht aus zwei ungleichen Polen: die Macht des Patienten besteht allein in der Betonung der Sinnlosigkeit (seiner Handlung, institutioneller Entscheidungen etc.), die Macht des Qu. in seiner konkreten Einbettung ins Institutionengeflecht und der kritiklosen Anpassung an diese Rolle.

- Ich habe aber viel davon, ich sehe wie Sie schreiben und kann daran Ihre Intelligenz beurteilen. Was haben Sie dagegen? -

Vielleicht unbeabsichtigt bringt Qu. hier auch zum Ausdruck, wer eigentlich von diesem Gespräch etwas haben soll.

W. bekräftigt seine emotionale Abwehr, die aber dennoch Kooperation auf der Handlungsebene nicht ausschließt. Tatsächlich findet sich denn auch ein handgeschriebener Lebenslauf des Patienten in der Akte. Dies ist natürlich eine partielle Unterwerfung.

- Ja, ich halte nichts davon, der Lebenslauf den ich schreiben soll, ist mir sehr unsympathisch. -

Scheinbar unvermittelt fragt nun Qu. eine bedrohliche medizinische Eingriffsmöglichkeit ab, die der Nationalsozialismus schon kurz nach dem Beginn seiner Herrschaft eingeführt hatte. Sie macht wohl insofern an dieser Stelle einen Sinn, als sie die Möglichkeit eines radikalen Einschnitts in die Biographie durch ärztliches Handeln thematisiert. Eine Be-

drohung der Integrität der Person durch einen derartigen Eingriff tarnt sich als Frage nach einem biographischen Detail.

- Sind Sie sterilisiert? -

Daß W. die versteckte Drohung sehr wohl begriffen hat, deutet er mit dem Wort »noch« an.

- Ich bin noch nicht sterilisiert. -

Der Fragenkatalog des Arztes – vom scheinbar harmlosen Lebenslauf über die Intelligenzprüfung zur Sterilisation führend – signalisiert eine Radikalisierung des Angriffs auf die persönliche Integrität des Patienten, die dessen Ahnungen nur bestätigen kann. Qu. biegt nun beschwichtigend – allerdings beim Thema bleibend – in die Ausgangsfrage zurück. Hier läßt sich einmal summierend die Vielzahl der Strategien aufzählen, die dem ärztlichen Frageverhalten zugrunde liegen: Wechsel des Bezugsrahmens Arzt/staatlicher Ankläger/Polizist/pädagogischer Helfer; Wechselbäder zwischen Drohung, Provokation und Beschwichtigung, In die Falle-Locken, Wieder-Ablenken; Ausklammerung des Kontextes in den Verhaltensbeschreibungen des Patienten.

- Lebenslauf ist doch eine harmlose Sache. -

Die Unangemessenheit der Forderung versucht W. nun dadurch zu begründen, daß er sie an *autoritäre Strukturen* assimiliert, wobei er deutlich macht, daß er sich nicht in solchem Kontext gesehen wissen will.

- Wenn ich beim Militär bin und stehe unter Eid, da gehört es sich, da muß ich ihn schreiben, wenn ich hier bin wegen Betteln oder Raub, das ist nicht nötig. Aber es geht ja nicht nach mir.-

Qu. wechselt nun wieder zur Drohung und bestätigt so einfach die Analyse autoritärer Struktur.

- Hier müssen Sie schreiben. -

Dem setzt W. den Versuch zur *Argumentation* entgegen.

- Ich kann mir nicht einbilden, daß man viel daraus ersehen kann. -

Der Arzt weicht auf eine weitere Institution aus, um W. die Forderung schmackhaft zu machen. Er will ihn mit Schmeicheleien *locken*.

- Sie haben in der Schule doch gut gelernt? -

Der Patient schlägt einen Haken:

- Ich war nicht der Erste und nicht der Letzte, aber der *Vorletzte* bin ich bestimmt gewesen. -

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

Der Arzt greift erneut an auf der Dimension psychischer Disposition/Motivation.

- Strengt es Sie so an, einen Lebenslauf zu schreiben? -

W. versucht weiter zu argumentieren, der Frage nach der Befindlichkeit auszuweichen und dagegen nun seinerseits dem Arzt zu *schmeicheln*. Eine Ebene *doppelbödiger Vertraulichkeit* ist erreicht, quasi als Ersatz für *Vertrauen*.

- Anstrengen nicht. Sehen Sie mal, nach meiner Meinung...wie soll ich mir ausdrücken,.....ich möchte Ihnen nicht in die Sachen pfuschen. Aber nach meiner Meinung ist das überflüssig. Sie sind Arzt, haben studiert und müssen sehen, der Mann benimmt sich so und so, und so hat er sich die ganze Zeit betragen und da legen Sie Ihre Akten danach an. -

Qu. läßt nicht locker und reizt mit einem formal-bürokratischen Argument:

- Dazu gehört auch der Lebenslauf. -

Es folgt das resignative Lachen des Patienten und das polare Insistieren auf *lebensweltlicher Einsehbarkeit*.

- -lacht- Das kann ich nicht einsehen, das geht mir nicht in den Kopf. -

Das bürokratische Argument von Qu. verengt sich zur *autoritären* Figur, die die Ebene der Einsehbarkeit ausklammert.

- Das ist auch nicht nötig, Sie sollen es nur tun, weil es angeordnet ist! -

Damit ist klargestellt, daß der *Sinn* nicht der lebensweltliche ist, sondern einer (ein fiktiver?), der auf der Ebene der Institutionen figuriert und dem Patienten gar nicht klar werden soll. Offen bleibt, ob Qu. den Sinn erkennt, um welche Art Sinn es sich bei einem nicht vermittelbaren handeln kann, oder ob hier nicht einfach der *Umschlag von Sinn in Macht* erfolgt. Dann allerdings fragt sich, was die Macht zu *verbergen* hat.

W. antwortet auf diese zwiespältige Argumentationsfigur mit entwaffnender Ehrlichkeit:

- Das ist mir nicht zuträglich. -

Der Arzt möchte die darin ausgedrückte Unbestimmtheit wieder gern bestimmter haben. So könnte er den Kontext in seinem Sinne manipulieren.

- Was ist nicht zuträglich? -

W. präzisiert

- Den Lebenslauf schreiben, der ist mir unsympathisch. -

»Unsympathisch« ist dem Arzt unsympathisch, er beharrt auf »nicht zuträglich«.



## Stufen zunehmender Degradierung

- Warum ist er nicht zuträglich? -

W. versucht es nun mit einem anderen Argument als dem oben angeführten der autoritären Strukturen, nämlich der möglichen Diskrepanz zwischen Subjektivität und Objektivität, der fragwürdigen dokumentarischen Genauigkeit. Vielleicht will er so dem Arzt entlocken, worum es ihm beim Insistieren auf den Lebenslauf überhaupt geht.

- Ich bin der Meinung, wenn ich so ein großer Verbrecher wäre oder schwer krank, nach der Strafe hin gerechnet, da müßte die Polizei sich da erkundigen und sich da den Lebenslauf herholen, wo ich gelebt und gearbeitet habe und nicht von mir. Ich kann ja sonst was schreiben. -

Das virulente Thema des *Verbergens*, von W. artikuliert als Nicht-Einsehbarkeit, vom Arzt als nicht hinterfragbare Anordnung formuliert, wird nun von Qu. offen ausgedrückt, dabei aber ganz in die Motivation des Patienten *verschoben*.

- Gerade. Haben Sie denn was zu verbergen! -

Dabei fällt Qu. wohl nicht auf, daß er hier implizit den von W. schon längst befürchteten *transparenten* Menschen fordert. Ihm fällt weiter nicht auf, wieviel er denn wohl selbst verbirgt, so von anderen fordernd, was er selbst nicht geben will oder kann. Was W. *nicht* zu verbergen hat, nicht verbergen kann, zählt er Qu. quasi in vorauseilendem Gehorsam auf. Es sind die Sachverhalte, und die sind eben, in bezug auf den jeweiligen Kontext, interpretationsbedürftig. Die *Bloßstellung* kann so auch eine Form des Verbergens sein, wenn sie Motive und Gefühlslagen nicht kenntlich macht.

- Ich habe nichts zu verbergen. Was wollen Sie wissen? Was soll ich da reinschreiben?, ich bin in die Schule gegangen, kam bis in die und die Klasse, ging in die Lehre, war dann solange arbeitslos und dann bin ich hierher gekommen. Da können Sie sich auch weiter kein Bild machen. Kam dann ins Gefängnis und vom Gefängnis hierher. -

Die Aussage des Patienten, er habe *nichts* zu verbergen, bekundet so ein absichtliches Mißverstehen. In der forcierten *Negation* verbirgt sich das Wissen darum, daß die Offenlegung der biographischen Sachverhalte zwar die geforderten Minimalbedingungen erfüllt, aber nicht zum gewünschten Bild von der Person führt. Geradezu *spiegelbildlich* wird Qu. kurz darauf mit ähnlich forcierter *Negation* reagieren.

Zur Erfüllung der Minimalbedingungen, die W. hier zu geben bereit ist, gehört allerdings die schriftliche Niederlegung. Deshalb fragt Qu.:

- Wollen Sie nicht schreiben? -

Der Patient ist nun mit leiser Ironie, indem er die Aufforderung als Wunsch interpretiert, bereit nachzugeben:

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

- Na, wenn Sie es durchaus wünschen! -

In der sich daran anschließenden Frage des Arztes:

- Sind Sie mißtrauisch? -

klingt ex negatione und vielleicht unbeabsichtigt ausdrücklich das *Vertrauensthema* an, und es ist der Patient, der es explizit benennt.

- Gestatten Sie mal, Sie können von mir nicht verlangen....ich komme von Berlin hier rauf und werde ins Gefängnis gestopft, daß ich Vertrauen habe zur Staatsregierung.-

Die Möglichkeit, Vertrauen zu begründen, ist allerdings aus einer Reihe von Gründen systematisch versperrt, von denen sich einige Dimensionen im bisherigen Verlauf des Dialogs herausgeschält haben. Die Idealforderung ist, so zeigt sich hier, beiden Gesprächspartnern bewußt, sie ist aber in der Realität zu einem strategischen Spiel verkommen, zu einer »utilitaristischen« Moral innerhalb eines Machtgefüges. Was hier zur rhetorischen Floskel geschrumpft ist, zeigt nur an, was unter anderen Voraussetzungen immerhin *möglich* wäre.

*Verleugnung* und damit implizite Bestätigung verschränken sich in der Reaktion von Qu.:

- Ich bin keine Staatsregierung! Sie hätten ja längst mal zu mir sagen können, Sie sind nicht geisteskrank, Sie gehören nicht hierher! -

Wo W. sagt, er habe nichts zu verbergen, verkündet Qu., er sei keine Staatsregierung. Das Gegenteil ist der Fall, und in merkwürdiger Umkehrung wird wieder ein Ideal beschworen, von dem nun die Partner wissen, daß es *nicht* der Fall ist. Offen bleibt dabei, ob die Partner sich nur gegenseitig etwas vormachen oder auch sich selbst. Die Symmetrie des Verbergens durch die Behauptung des Gegenteils verschleiert allerdings ein Machtgefälle, wodurch die Chance zur zwanglosen Einigung an nicht realisierbare Bedingungen geknüpft erscheint und damit auch die Reflexion auf Möglichkeiten *praktischer Vernunft*<sup>41</sup> vertan ist. Im Gegenteil, Qu. eröffnet W. gleich darauf eine völlig konsequenzlose Handlungsalternative. Der Patient solle dem Arzt sagen, er sei nicht geisteskrank. Dies ist schon fast die Aufforderung zum »doublebind«. W. löst dies auch sofort geschickt auf, indem er Handlungsalternativen mit rationaler Begründung leugnet.

- Das ist ja egal, ob ich im Gefängnis sitze oder in der Irrenanstalt. Hier ist es nicht besser wie da und dort nicht besser wie hier. -

Qu. winkt mit der möglicherweise irrealen Chance auf Freiheit:

- Wenn Sie zurückkommen nach Vechta, benehmen Sie sich so, daß Sie die Strafe abmachen können und dann auf freien Fuß kommen! -

Während der Arzt auf die Erfüllung von Normen pocht, sieht W. aus seiner lebensweltlichen Perspektive keinen Grund zur Verhaltensänderung:

- Ich habe mich so benommen, ich habe keinen Grund dazu gegeben, hierher zu kommen. -

Dem Arzt bleibt nur das *autoritäre* Argument, dem sich zudem ein Bild von Freiheit anschließt, dessen Bedingungen nicht lebensweltlich, sondern staatlich reguliert sind:

- Hier machen Sie ja keine Schwierigkeiten, im Gefängnis heißt es aber stramm stehen! Nachher können Sie machen was Sie wollen, nur nicht betteln! -

Diesen wunden Punkt greift W. sofort auf. Freiheit ist für ihn nicht mit der Anerkennung von Autorität verschränkt, sondern mit der Komplexität der materiellen Verhältnisse.

- Ja, da haben wir ja wieder einen Punkt. Wenn ich rauskomme, wer gibt mir da die Unterstützung, daß ich die ersten 5 Tage leben kann? Wie Sie aber sehen aus den Akten, bin ich 2 bis 3 mal auf freien Fuß gekommen, aber 2 Tage später hat man mich wieder geschnappt, weil ich keine Fingerbewegung, kein Geld hatte. Wie kann ich denn eine Woche leben, ehe ich was von der Wohlfahrt kriege? -

Qu. versucht auf die technischen Details der Wohlfahrtspolitik einzugehen, schon um das von ihm akzeptierte Institutionengeflecht zu legitimieren.

- Im Gefängnis bekommen Sie doch Geld für die Arbeit, da hat man doch etwas für die ersten Tage! -

W. entgegnet ihm mit seiner Kenntnis der Realitäten. Der Streit ist aus gegenwärtiger Sicht nicht zu entscheiden. Aus der nachfolgenden Reaktion von Qu. wird aber deutlich, daß er die Entgegnung des Patienten hinnimmt.

- Es dauert bestimmt 5 Tage, ehe ich von der Wohlfahrt Geld kriege, wenn ich rauskomme und mich gemeldet habe. Würden Sie mir denn einen neuen Anzug geben wenn ich Ihnen sage, ich komme in 14 Tagen wieder? Das glaube ich auch nicht. Sie müssen sich erkundigen und die müssen sich auch erkundigen, da ist nichts zu machen. -

Auf sozialpolitischem Feld ist anscheinend eher der Bettler Experte, denn dem etwas ratlosen Qu. bleibt nur der Verweis auf eine mögliche weitere, schon etwas staatsfernere Institution:

- Es gibt doch Hilfsvereine für entlassene Gefangene, wo man Unterstützung bekommt! -

Möglicherweise dient dieser dauernde Verweis auf immer neue Institutionen nur der Entlastung des Qu., der sein Festhalten an der Vorstellung eines funktionierenden Institutionengeflechts nicht erschüttern

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

lassen will. Indem seine Vorschläge aber immer mehr auf sozialpolitische »Ränder« zielen, enthüllen sie auch Zweifel an der Realitätstüchtigkeit seiner Einfälle. W. kennt jedenfalls solche Vereine nicht.

- Ich weiß nicht wo das ist. Wenn so eine Organisation besteht und man kriegt nicht gleich das Geld wenn man entlassen wird, dann nutzt es auch nichts. Manchmal wird man entlassen 5 Minuten vor 6 oder 7 Uhr, da kann man auch nirgends mehr hingehen und nichts erreichen, wo soll man denn da hingehen? -

Der professionslose Experte stößt auf einen immer ratloser werdenden professionellen Experten:

- Der Strafanstaltsdirektor hat doch für solche Fälle eine gewisse Summe zur Verfügung! -

Dem brüchig werdenden Wissen des Mächtigen stellt W. sein Nichtwissen entgegen und das heißt hier wohl auch: seinen Zweifel an den Ratschlägen des Arztes.

- Davon habe ich nichts gewußt. -

In diesem Stadium, am Ende des Gespräches, wo auf argumentativem Feld die Machtverhältnisse sich annähern, weil der Arzt seine Expertenrolle nur mühsam aufrechterhalten und der Patient mit seinem praktischen Alltagswissen gegenhalten kann, verschränken sich eigentümlich die Perspektiven beider. Beide machen Zugeständnisse an die Situationsdeutungen des anderen.

- Es scheint so, als wenn Sie eine Abneigung haben herauszukommen aus Angst, daß Sie gleich wieder gefaßt werden, wenn Sie rauskommen! -

- Das ist leicht möglich, wenn es so ist wie damals, daß ich 2 mal entlassen bin und am nächsten Tage schnappt man mich schon wieder! -

In seiner Entgegnung erkennt nun Qu. sogar die bisher normativ geleugnete soziale Tatsache des Bettelns und damit das Problem der Armut an. In dem er augenzwinkernd abweichende Lösungen vorträgt, gibt er möglicherweise unbewußt auch zu, daß die Institutionen jedenfalls als Problemlöser nicht gut funktionieren. Sein Angebot zur stillschweigenden Übereinkunft, das er durch den Versuch einer Schmeichelei verstärkt, *scheint* die bisherige Argumentationsstrategie umzukehren. Die Umkehrung zeigt aber nur, daß es kein praktisch folgenreiches Gespräch gibt. Indem er den Bettler auf individuelle, gar abweichende Lösungen zurückverweist, kündigt er in Wahrheit eine *praktische* Zusammenarbeit auf. Die scheinbare Annäherung *verdeckt* so die Anerkennung der *Unvereinbarkeit* der Standpunkte. Im Gesprächsverlauf gab es auf seiten des Arztes eine Stelle, wo *Sinn* offen in *Macht* umschlug. Mag sein, daß dieser Umschlag sich in der hier analysierten Gesprächsumkehrung *real* ankün-

digt. W. geht denn auch auf die Schmeichelei nicht ein.

- Das hat mit Helligkeit nichts zu tun. Die Polizeireviere sind ja darin in den verschiedenen Orten auch verschieden, manchmal mehr oder weniger scharf in der Sache. -

Der Patient, der hier das letzte Wort hat, wird es nicht behalten. Zwei inkompatible Deutungsmuster der Welt stoßen aufeinander. Der Arzt vertritt ein Ordnungsmodell, das sich an der unhinterfragbaren Funktionalität von Institutionen, ihrer Allzuständigkeit für Problemlösungen, der Wohlgefügtheit ihres interorganisatorischen Zusammenspiels orientiert. Der Patient vertritt ein Erfahrungsmodell, in dem die Wirkungsweise von Institutionen als willkürlich, strafend, kontrollierend, identitätseinschränkend erscheint. Im Sinne von Habermas: die Lebenswelt wird kolonialisiert.<sup>42</sup> Da der Arzt zugleich in jene Institutionenwelt eingebunden ist, deren Wirkungsweise er theoretisch vertritt, ergibt sich für ihn der strategische Vorteil einer eigentümlichen Verschränkung von Wissen und Macht, die ihm ein flexibles Rollenspiel erlaubt, das dynamisch zwischen helfenden, kontrollierenden, strafenden, lockenden, schmeichelnden, drohenden Elementen wechselt. Eingelassen in diese Position ist allerdings die mangelnde Verpflichtung zur kritischen Selbstreflexion. Man könnte diese Position im Sinne von W.F.Haug als »ideologische Subjektion«<sup>43</sup> bezeichnen. Umgekehrt thematisiert der Patient die Nicht-Einsehbarkeit institutionellen Handelns für den Betroffenen und das für ihn damit verbundene Nichtwissen um die Hintergründe behördlicher Entscheidungen. Für ihn endet staatliches Handeln in einem bedrohlichen Angriff auf die Identität der Person. Diese Erfahrung setzt er der ärztlichen Position entgegen.

Zum Teil aufgrund unterschiedlicher Positionen im Sozialgefüge und der damit verbundenen unterschiedlichen Deutungsmuster vermittelt sich die von beiden Dialogpartnern konstruierte Welt der »Ordnung« und der »Erfahrung« praktisch jeweils gegensätzlich. Zwar produziert das affirmative Ordnungsmodell des Arztes Subjektentwürfe, die von der Betonung des freien Willens bis zur als freiwillig verstandenen Unterwerfung unter autoritäre Strukturen reichen. In der konkreten Konfrontation mit einem Betroffenen transformieren sie sich für den Ordnungsvertreter aber *praktisch* in die geschmeidige, utilitaristische Durchsetzung interessengebundener Strategien mit den Mitteln des *Verbergens/Verschiebens/Projizierens* institutionell vorgegebener Ziele. Die Lebenswelt erscheint als *manipulierbar*, die emotionale Welt als *beherrschbar*, Kontexte sind *beliebig*. Die Subjektentwürfe des Bettlers sind umgeben von einer Aura des  *Leidens*, der *Unschuld* und des *Widerstandes* gegen nicht einsehbare Strukturen. Die Welt der Ordnung erscheint als brüchig und willkürlich. Die Rahmenbedingungen sind nicht einsehbar und zu hinterfragen. Die emotionale Welt wird gehütet vor den Zumutungen der Institu-

tionen. Dabei reduziert sich die Vermittlung lebensweltlicher Erfahrungen in die Welt der Ordnung *praktisch* auf unterschiedliche Strategien der *Verweigerung* (Mißtrauen, argumentative Abwehr, Abschließen) bei minimalen Anpassungsleistungen.

Das durch professionelles Expertenwissen in der Arzt-Patienten-Beziehung scheinbar vorgegebene Kompetenzgefälle radikalisiert sich in den Gegensatz zweier kaum noch vermittelbarer Weltdeutungen. Vielleicht kann man die These wagen, daß die Bruchstelle der Beziehung *Angst* ist. Die Angst auf seiten des Patienten scheint evident. Auf seiten des Arztes könnte man ihre Ursache dort vermuten, wo immer neue Kontroll- und Abwehrstrategien produziert werden. Hier überdehnt sich die paternalistisch gedeutete Rolle des Helfers, der sich heteronomen Maßstäben von Anpassung und (Unter-)Ordnung kritiklos ausliefert und seine Überlastung durch fürsorgliche, polizeiliche und gerichtliche Funktionen vor dem Patienten verborgen zu halten sucht.

Vor diesem Hintergrund verläuft das Gespräch rein strategisch im Sinne der Wahrung und Durchsetzung eigener Interessen. Der Arzt weist mit autoritären Argumenten die Forderung nach Einsehbarkeit normativer Anforderungen zurück, der Patient verbirgt die vom Arzt geforderte Offenlegung seiner psychischen Dispositionen hinter einer plastischen Darstellung von Situationskontexten. So werden die komplementären Dimensionen des Verbergens und Vertrauens zentral. Sie werden in projektiver Form dem Dialog-Partner/Gegner als Anschuldigung bzw. Anforderung zugewiesen. Das Ideal diskursiver Vernunft meldet sich allein in der Form der Abwehr und verflüchtigt sich so in einen theoretischen Ideenhimmel. Dabei ist die diskursive, aus *Alltagswissen* gespeiste Kompetenz des Patienten kaum zu bestreiten, die den Gegner schließlich auch zum rhetorischen Kompromiß zwingt. Da aber die durch Motive des Verbergens vorangetriebene Dynamik des Gesprächs ohne deren kritische Reflexion nicht aufgebrochen werden kann, bleibt auch trotz des *verbalen* Symmetrie-Angebots ein letztes unaufgelöst: das *praktische* Macht-Gefälle zwischen Arzt und Patient, zwischen »Staatsregierung« und Eingeschlossenem. »Sind Sie sterilisiert?« hatte der Arzt unter Androhung seiner Möglichkeiten gefragt. Er wird seinen Dialog-Partner zum Zweck der Euthanasie verlegen lassen. Im Alter von 34 Jahren, knapp ein Jahr nach seiner Ankunft in Königslutter, starb der Patient W. auf sicher nicht natürliche Weise.



## 4. Die Langenhorner Patienten in Königslutter

### Die Weiterverlegung in die Tötungsanstalt Bernburg

Bis zum 24. August 1941, dem Ende der Aktion T4, verließen sechs Transporte die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.<sup>44</sup> Der erste war aus Patienten der Anstalt selbst zusammengestellt. Zielorte waren die Tötungsanstalten Sonnenstein und Hadamar. Für die folgenden Transporte hatte Königslutter als Zwischenanstalt gedient. Herkunftsanstalten dieser Kranken waren Schleswig-Stadtfeld, Neustadt/Holstein und schließlich Hamburg-Langenhorn. Nach kurzem Aufenthalt hat man sie in die Anstalt Bernburg weiterverlegt, wo sie in der sogenannten »Abteilung Dr. Eberl« durch Giftgas ermordet wurden.

Hier soll nicht im nachhinein der Propaganda vom »lebensunwerten Leben« aufgesessen werden, wenn nochmals festzuhalten ist, daß es sich bei diesen Patienten sehr oft nicht um jene »geistig Toten« gehandelt hat, die durch psychiatrisches Schrifttum und politische Hetzschriften geisterten. Dies zeigt sich auch daran, daß die Patienten sehr häufig um das ihnen bevorstehende Schicksal wußten, und so dienten die Tarnmaßnahmen der Euthanasie-Instanzen wohl auch weniger der Verschleierung vor den Kranken als vor der Öffentlichkeit. Aber auch dies ließ sich nicht durchhalten, wie eine Eingabe des Direktors der Anstalt Mauer-Öhling an den Reichsstatthalter von Niederdonau vom 3. April 1941, betreffend den Abtransport der Pfleglinge aus der Anstalt, belegt: »Es spielen sich immer wieder wochenlang vor und beim Abtransport von Anstaltspfleglingen die erregtesten Szenen ab (auch infolge Todesangst), weil auch klare und orientierte Kranke betroffen werden und diesen das Endziel ihrer Überstellung bekannt geworden ist (durch Besuch und klare Mitpatienten), dies zu verhindern ist nach erfolgter Aufklärung der ganzen Bevölkerung nicht mehr möglich.«<sup>45</sup>

So war denn auch das System der Zwischenanstalten nicht aufgebaut worden, wie vielleicht die Langenhorner Ärzte den Äußerungen ihres Gesundheitssenators glaubten entnehmen zu können, um eine nochmalige Begutachtung der von der Euthanasie betroffenen Patienten vorzunehmen. Den Leitern dieser Einrichtungen war es sogar untersagt worden, von sich aus Patienten vom Weitertransport zurückzustellen.<sup>46</sup> Vieles spricht dafür, daß das Verfahren einem mindestens zweifachen



Zweck diene. Einmal ließ sich so die Maschinerie der Tötungsanstalten zügig und kontinuierlich bedienen, zum anderen konnte man möglichen Einsprüchen von Angehörigen flexibel begegnen. Darauf deutet die Anweisung vom 9. August 1940 an die Zwischenanstalt Neuruppin hin: »Auf die Frage, ob auf den Transportlisten der G.m.b.H. stehende Kranke vor dem Abtransport auf Wunsch von Angehörigen usw. ohne Mitwirkung der Transport G.m.b.H. entlassen werden dürfen, wurde die Anstalt dahin verständigt, daß Entlassungsanträgen in jedem Falle zu entsprechen sei, wenn nicht, wie auch sonst, besondere Gründe z. B. polizeiliche Einweisung, Sicherungsverwahrung oder Gemeingefährlichkeit die Ablehnung des Entlassungsantrages rechtfertigen.«<sup>47</sup>

Genauso wurde in Königslutter verfahren, wie der ärztliche Leiter der Anstalt Dr. Meumann bei seiner Vernehmung im Jahre 1950 ausgesagt hat. Bei Durchgangspatienten seien keine Entlassungen vorgenommen worden, mit einer Ausnahme: »Wir machten jedoch unter den gegebenen besonderen Verhältnissen von einer Entlassungsmöglichkeit mitunter schneller Gebrauch als wir es sonst getan hätten, wenn ein Angehöriger eines Patienten um dessen Beurlaubung oder dessen Entlassung bat.«<sup>48</sup> In der Literatur ist dies als »versteckte Widerspruchsfrist«<sup>49</sup> für Familienangehörige von Betroffenen gedeutet worden, wobei allerdings der Umkehrschluß, im Falle ausbleibenden Protests sei »stillschweigendes Komplizentum«<sup>50</sup> anzunehmen, wenig überzeugend ist. Denn einmal hatten insbesondere Langzeitpatienten häufig ihre familiären Kontakte im Verlauf der Anstaltskarriere verloren, zum andern setzt Komplizenschaft ja mindestens die Kenntnis dieser Anweisung voraus.

Die Geschehnisse im Zusammenhang mit dem Abtransport Hamburger »Durchgangspatienten« aus Königslutter in die Tötungsanstalt Bernburg lassen sich aus den Unterlagen rekonstruieren. Es begann mit einem Schreiben folgenden Wortlauts an die Zwischenanstalt:

»Dr. med. Irmfried Eberl

Bernburg-Saale, den 5. August 1941  
Postfach 266, Fernruf 8169

Herrn  
Obermedizinalrat Dr. Meumann  
Königslutter  
Landesanstalt

Sehr geehrter Herr Obermedizinalrat!  
Aufgrund eines Auftrages des Reichsverteidigungskommissars werden aus Ihrer Anstalt 90 Männer verlegt. In der Anlage erhalten Sie eine Transportliste in dreifacher Ausfertigung. Die Angehörigen wollen sich bei Nachfragen an die Gemeinnützige Krankentransport GmbH Berlin W 9 Potsdamer Platz 1 Columbushaus VIII wenden.

Ich bin mit den besten Empfehlungen und

Heil Hitler!

gez. I. V. Dr. Bunke«<sup>51</sup>

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

Die im Brief erwähnte Transportliste ging mit gleichem Datum auch an den Medizinalrat Dr. Marquardt im Braunschweigischen Staatsministerium des Innern. Im beigegefügtten Anschreiben, dessen Briefkopf aus Tarnungsgründen ebenfalls nicht die Anstalt Bernburg, sondern Prof. Dr. med. Irmfried Eberl als Absender nannte, hieß es:

»Betr.: Krankentransport Nr. 115, durchgeführt am 11. August aus Königsutter.

Sehr geehrter Herr Medizinalrat Dr. Marquardt!

Ich übersende Ihnen in der Anlage die Transportliste Nr. 115 mit der Bitte, diese der Anstaltsleitung zu übermitteln. Es sollen aus dieser Anstalt 90 Kranke verlegt werden.

Heil Hitler!

gez. I.V. Dr. Bunke«<sup>52</sup>

Die in der genannten Transportliste aufgeführten Namen setzten sich zusammen aus 40 Patienten der Ursprungsanstalt Schleswig sowie aus jenen 50 Patienten der Anstalt Langenhorn, die am 10. Juli nach Königsutter verlegt worden waren. Ihr Aufenthalt in der Zwischenanstalt betrug also genau einen Monat. Zwei der von Bernburg angeforderten Kranken, davon ein Langenhorner, waren inzwischen in Königsutter gestorben. Die Schleswiger Patienten waren in Haus 6, die Hamburger in Haus 5 der Anstalt untergebracht, wo Anton Flegler als Pfleger arbeitete. Seinen Nachkriegsaussagen kann man entnehmen, wie der Abtransport vor sich ging: »Es kamen 1 oder 2 Omnibusse auf denen noch stand ›Sonderfahrt der Reichspost‹. Da war auch Begleitpersonal dabei. In jedem Bus mindestens 5-6 Leute.« Die Fenster sollen undurchsichtig bzw. verhängt gewesen sein, das Personal trug zur Tarnung weiße Kittel. Weiter schilderte Flegler, wie die Hamburger Zwischenanstaltspatienten für die Fahrt in die Tötungsanstalt vorbereitet wurden: »Eines Tages sagte mir der Oberpfleger Stöter [...], es müßten überall auf Leinenstreifen die Namen der Patienten geschrieben werden und die Streifen müßten in die Sachen eingenäht werden. Er würde mir eine Frau zum Nähen schicken. Ich selbst sollte am Abend allen Patienten den Namen mit Tintenstift auf den Unterarm schreiben. Das hab ich dann auch getan. Am nächsten Morgen kamen dann 2 Omnibusse und holten diese Kranken, die aus Hamburg gekommen waren, wieder ab.«<sup>53</sup>

Die Vorgänge in der »Abteilung Dr. Eberl« der Anstalt Bernburg lassen sich aus einer Reihe von Zeugenaussagen nachzeichnen. Die Tötungsanstalt war seit September 1940 als Ersatz für die aufgelöste Anstalt Brandenburg hergerichtet worden, das Personal hatte man von dort zusammen mit dem ärztlichen Leiter Dr. Irmfried Eberl übernommen. Nachdem ein Teil der Anstalt Bernburg von Patienten geräumt und durch hohe Bretterzäune von der Restanstalt getrennt worden war, richteten

Baukommandos dort Personal- und Büroräume ein. Der Zeuge Sporleder hat berichtet, daß er daraufhin eine Garage mit drei Boxen für die Omnibusse gebaut hat. »Von der Garage habe ein Durchbruch zum Aufnahmezimmer bestanden. Nach der Ankunft der Omnibusse, die sofort in die Garage dirigiert worden seien, wären die Kranken zur Aufnahme der Personalien ins Erdgeschoß gebracht worden. Danach hätten sie sich entkleiden müssen und seien von Ärzten geprüft bzw. untersucht worden. Nach den fotografischen Aufnahmen hätten sie in einem Warteraum gewartet und wären von dort zu je 40 Personen in den Keller zum Vergasungsraum geführt worden.«<sup>54</sup> In den Kellerräumen des Männerhaus II nämlich hatte man durch das Einreißen von Wänden vier aneinandergrenzende, miteinander durch Türen verbundene Räume bereitgestellt, die als »Vorraum (Bedienungsraum), Vergasungsraum, Sezierraum und Krematorium«<sup>55</sup> hergerichtet wurden. Etwa im November 1940 wurde mit der Ermordung von Patienten in Bernburgs Sonderabteilung begonnen.

Der vom Vergasungsraum durch eine eiserne, luftdicht verschlossene Tür getrennte Vorraum enthielt die Kohlenmonoxydflaschen und Bedienungsvorrichtungen. Rohrleitungen führten von hier in den als Duschraum getarnten Vergasungsraum, wobei eine solche Tarnung bei nur sechs an der Decke angebrachten angeblichen Brausen und einer minimalen Grundfläche von 3 x 4,25 Meter für vierzig Personen wohl kaum aufrechtzuerhalten war. In den Vergasungsraum hatte der den Gashebel betätigende Arzt, zumeist Dr. Eberl oder Dr. Ullrich, Einblick durch ein Guckloch. Eine Mitarbeiterin aus dem Büro der Sonderabteilung hat später von einem Blick durch diese Scheibe berichtet: »Bei dem Blick durch das Fenster habe sie eine Frau gesehen, die sich dem Fenster zugewandt und laut geschrien hätte: ›Ihr Mörder, Ihr Mörder, das wird sich rächen!‹ Sie hätte einen Schwindelanfall erlitten, es sei ihr schlecht geworden, und sie sei davongelaufen.«<sup>56</sup>

Der Sezierraum mit seinen zwei Seziertischen und einem Regal für Präparationsgläser war das Arbeitsfeld jenes Dr. Bunke, der die Anschreiben für den Transport der Hamburger Patienten unterzeichnet hatte. Am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch hatte er eine kurzzeitige »Spezialausbildung« erhalten und war nun damit beschäftigt, das wissenschaftliche Institut des Dr. Hallervorden mit sezieren Hirnen von ermordeten Patienten aus Bernburg zu beliefern.<sup>57</sup>

Von Dr. Bunke stammt auch eine aufschlußreiche Aussage darüber, welchem Zweck die angebliche Untersuchung der entkleideten Patienten gedient hat. In der Literatur wurde neben der Feststellung der Identität immer die Tarnfunktion dieser Maßnahme, nämlich ihr Zweck, die Patienten in Sicherheit zu wiegen, hervorgehoben.<sup>58</sup> Dr. Bunke dagegen: »Nach ihrer Ankunft seien die Kranken in die Räumlichkeiten hineinge-

führt und ausgekleidet worden, dann hätte man ihre Personalien festgestellt. Hauptaufgabe des Arztes sei es gewesen, die später einzusetzenden Todesursachen zu fixieren.«<sup>59</sup> Auch bei diesem Vorgang ging es also weniger um eine Verschleierung der bevorstehenden Tötung vor den Patienten, als vielmehr um ein möglichst optimales Täuschungsmanöver gegenüber der Öffentlichkeit.

Nachdem man die Opfer in den Vergasungsraum gedrängt hatte, wurden nach Dr. Bunke »die Luftschleusen [...] geschlossen und das Gas eingelassen [...]. Ihm sei nicht bekannt, daß die Kranken bei der Tötung gelitten hätten. Die Einschläferung der Kranken hätte etwa 3-5 Minuten gedauert.«<sup>60</sup> Es gibt anderslautende Berichte dieses Vorgangs, die Schmuhl so zusammenfaßt: »Der qualvolle Tod der erstickenden Opfer, die sich in ihrer Todesangst erbrachen, unter sich ließen und zum Ausgang der Gaskammer drängten, zog sich bis zu 20 Minuten hin.«<sup>61</sup> Die Leichen wurden anschließend in den benachbarten Sezierraum und bald darauf in den Verbrennungsraum mit seinen zwei Öfen und dem Abzug, der an den Schornstein des Kesselhauses angeschlossen war, geschleift. »Die Verbrennung der Leichen wurde mit Koks vorgenommen, jeweils fünf Leichen wurden auf einmal im Ofen verbrannt. Dies geschah in der Regel von 20.00 Uhr abends bis 4.00 Uhr morgens. Aufgestapelt wurden die Leichen in den einzelnen daneben befindlichen Räumen, vor allem in den an die Heizung anschließenden Sezierräumen.«<sup>62</sup> Die Urnen setzte man in einem Teil des Friedhofs III der Anstalt Bernburg bei. Am 23. und 24. August 1941 sind 47 Patienten aus Hamburg-Langenhorn auf diese Weise umgebracht worden.

Zwei Hamburger Patienten sind diesem Schicksal in letzter Minute entronnen. Am 13. August 1941 war in Königslutter wieder ein Schreiben aus Bernburg eingetroffen, in dem es hieß: »Wie bereits fernmündlich mitgeteilt, weise ich Ihnen heute drei Patienten aus dem Transport Nr. 115 vom 11.8.1941 erneut in Ihre Anstalt ein.« Darunter standen drei Namen, u.a. die der beiden Hamburger Kranken Kurt F. und Adolf St.<sup>63</sup> Der Grund für diese Rückverlegung wird aus einer Zeugenaussage des schon genannten Anton Fleger deutlich: »Einmal kamen von einem Hamburger Transport 2 oder 3 Patienten wieder zurück. Man konnte mit ihnen durchaus reden. Ich habe sie gefragt, wo sie denn gewesen seien. Mir war die Sache nämlich verdächtig, seit dem die Kleidungsstücke so naß [aus Bernburg] zurückgekommen waren. Ich habe mir gedacht, in einer Heilanstalt geht man doch mit Anstaltseigentum sorgfältiger um. Die Kranken erzählten mir, sie seien in Bernburg [...] gewesen. Sie hätten sich ausziehen müssen und wären mit den anderen untersucht worden. Der eine sagte mir, man hätte dort die Krankenpapiere gehabt und hätte sie durchgeblättert. Dabei hätte man festgestellt, daß er Kriegsbeschädigter sei. Deshalb habe man ihn zurückgeschickt. Auch die andern wären aus

diesem Grunde zurückgeschickt worden.«<sup>64</sup> Anstaltsinsassen mit Auszeichnungen oder Verwundungen aus dem Ersten Weltkrieg waren vorerst von den Tötungen ausgenommen, ein Kriterium, dem diese Patienten ihr Leben verdankten. Ein vierter Patient übrigens, der aus Schleswig verlegt worden war, war zusätzlich aus Bernburg zurückgeschickt worden. Die Anstalt Schleswig-Stadtfeld hatte nämlich aufgrund einer Namensverwechslung einen falschen Patienten ausgewählt. In Bernburg hatte man den Irrtum erkannt und daraufhin den um dreißig Jahre jüngeren als den eigentlich vorgesehenen Patienten nicht ins Gas geschickt. Personal der Anstalt Langenhorn brachte die beiden Hamburger Kranken zusammen mit dem aus Schleswig stammenden Patienten am 15. August 1941 in die Hansestadt zurück.

So ist es auch in der Krankenakte von Kurt F. vermerkt. Jede Erinnerung an Bernburg wurde darin ausgelöscht. Man hat den in Königsutter eingestempelten, anonym gehaltenen Eintrag »11.8.41 in eine andere Anstalt verlegt« einfach durchgestrichen und statt dessen handschriftlich daruntergesetzt: »15.8.41 in die Heil- und Pflegeanstalt Hamburg-Langenhorn zurückverlegt.« Es finden sich aber Eintragungen, die das Überleben des Patienten erklären können. So liest man, daß der Kranke durch Granatsplitter im Ersten Weltkrieg mehrfach, u.a. an Fuß und Kopf, verletzt worden war. Im übrigen kann man auch in diesem Fall erkennen, wie fragwürdig die abschließenden Urteile über die Patienten in den Befundberichten Langenhorner Ärzte waren. Hatte es nämlich im Kurzbefund über F. noch geheißen, der Patient sei »zu keiner Arbeit zu bewegen«, so liest man aus Langenhorn im November 1941 plötzlich, er sei ein »fleißiger Hausarbeiter.« Am 12. Juni 1942 wurde der so knapp dem Tod entgangene Kranke nach Rickling in Holstein verlegt, wo er nach der dortigen Akte 20 Jahre später starb.

Nach Rickling war sein Schicksalsgefährte Adolf St. schon einen Monat vorher gekommen. Es ist zu vermuten, daß er nach seiner Ankunft in Langenhorn von den Vorkommnissen in Königsutter und Bernburg berichtet hat. Jedenfalls läßt sich das dem angesichts der Umstände sehr zurückhaltenden Krankenblatteintrag entnehmen: »Kommt von Königsutter zurück, etwas munterer, zugänglicher als vorher – erzählt von der dortigen Anstalt.« Auch bei diesem Patienten finden sich Eintragungen über Granatsplitterverletzungen im Ersten Weltkrieg. Überdies gibt der Tod von Adolf St. kurz nach Kriegsende in Rickling Anlaß zu erneuten Fragen. So liest man in den dortigen Krankenunterlagen, daß der Vater des 1896 geborenen Patienten sich über die schlechte Ernährung in Rickling beim Hamburger Bürgermeister Petersen beschwert und den Wunsch geäußert hat, den Sohn in die Stadt zurückzulegen. Der Ricklinger Anstaltsarzt Dr. Lüdemann wies den Vorwurf in einem Schreiben an die Hamburger Gesundheitsbehörde vom 5. September 1945 zurück, indem

er u.a. schrieb: »Die Ernährungslage dürfte in unseren Anstalten noch verhältnismäßig günstig sein, da reichlich Kartoffeln und Gemüse, auch noch etwas mehr Milch wie in den großen Städten verabfolgt werden kann.« Im nachhinein läßt sich kaum mehr feststellen, ob es denn nun an dem trotz dieses Einspruchs nicht geleugneten »reduzierten Ernährungszustand« des Patienten gelegen hat, daß er vier Tage nach dem zitierten Schreiben starb. In einer handschriftlichen Eintragung, wohl durch einen Pfleger, ist die Rede von geschwollenen Füßen und dadurch verursachter Bettlägerigkeit des Patienten, von heftigem Durchfall und Appetitlosigkeit kurz vor seinem Tod. Dr. Lüdemann trug als Todesursache ein: »Schizophrenie, Kreislaufschwäche.«

Wie sehr überhaupt die Nachkriegsgeschichte der Psychiatrie noch von Mechanismen des Verbergens geprägt ist, läßt sich auch an einem anderen Vorgang im Umfeld der durch Gas getöteten Hamburger Patienten belegen. Die Angehörigen von mindestens zwei dieser Opfer stellten nämlich später Wiedergutmachungsanträge, woraufhin das Hamburger Amt für Wiedergutmachung in Königsutter um Krankenunterlagen nachsuchte. In einem Fall antwortete der schon während der Kriegszeit in der dortigen Anstalt tätige Dr. Barnstorf am 21. Dezember 1957 u.a.: »Ausweislich der hier noch vorhandenen Unterlagen ist Herr G. mit einem größeren Transport anderer Patienten auf Anordnung des ›Reichsverteidigungskommissars‹ am 11. Juli aus der Anstalt Hamburg-Langenhorn nach hier verlegt. Die mit dieser Verlegung zu uns gekommenen Kranken sind auf die gleiche Anordnung hier am 11. August 1941 durch die sogenannte ›Gemeinnützige Transportgesellschaft, Berlin‹ mit uns unbekanntem Ziel in eine andere Anstalt weiterverlegt [...]. Wenn Herr G. in Bernburg verstorben ist, so wird sich die Krankengeschichte dort befunden haben, aber nicht mehr erreichbar sein.«<sup>65</sup> Im zweiten Fall antwortete der damalige ärztliche Direktor Königsutters Dr. Baumert am 15. Februar 1961: »Der Obengenannte wurde am 10.7.41 von Hamburg nach hier verlegt und am 11.8.41 von hier weiterverlegt. Da die Verlegung nicht durch das hiesige Haus durchgeführt wurde, ist nichts über die Aufnahmeanstalt bekannt. Bei der Verlegung mußten Kranken- und Verwaltungsakten mitgegeben werden, so daß Unterlagen nicht übersandt werden können.«<sup>66</sup>

Man weiß angeblich nicht, wohin die Patienten verlegt worden sind und was dort geschah, obwohl doch die wiederholten Abtransporte mit den bekannten grauen Bussen in der ganzen Anstalt bekannt gewesen sind, wie viele Zeugenaussagen belegen, obwohl doch spätestens die aus Bernburg zurückgekommenen Patienten über die dortigen Vorkommnisse berichtet haben, wie selbst der Pfleger Anton Flegler ausgesagt hat. Die Kooperation mit den Angehörigen der Opfer wird von den in das Geschehen verstrickten Ärzten wie von ihren Nachfolgern noch zwanzig Jahre nach der Mordaktion verweigert.

### **Zwischenanstaltspfleglinge im Ausnahmestatus**

Zwei weitere Transporte Hamburger Patienten, 30 Frauen am 29. Juli und 75 Männer am 14. August 1941, waren zur Weiterverlegung in Königsutter eingetroffen. Was sollte mit ihnen geschehen, nachdem die Tötung durch Giftgas aufgrund des Euthanasie-Stopps vom 24. August so plötzlich abgebrochen worden war? Hamburg hatte, so steht es in den Krankenakten, ihre Verlegung als endgültig angesehen. Zurück konnten sie also nicht, wenn nicht alle Bettenplanungen Langenhorns umgeworfen werden sollten. In Königsutter aber hatten sie als Durchgangspatienten einen Sonderstatus. Sie waren nicht einmal im sogenannten Hauptbuch der Anstalt eingetragen, es wurden für sie nur »besonders angelegte Listen« geführt.<sup>67</sup> Auch sonst ist die Verwaltung anders mit ihnen verfahren, wie die damalige Mitarbeiterin Elli Reinke ausgesagt hat: »Ich kann mich daran erinnern, daß grundsätzlich bei einer Neuaufnahme eine neue ärztliche und Personalakte angelegt wurde. Ich bin daher sehr erstaunt, wenn ich jetzt die ärztlichen und Personalakten der Hamburger Patienten vor mir sehe, daß dort fortlaufend Eintragungen vorgenommen wurden, ohne daß von der Anstalt Königsutter eine Akte angelegt wurde oder daß zumindest die Nummer im Aufnahmebuch auf die Akte der Hamburger Patienten aufgetragen wurde [...]. Ich schließe daraus, daß wir [also die Verwaltung] diese Akten, die Sie hier vorliegen haben, erst zu sehen bekamen, wenn der Patient verstorben war. Aus den ganzen Umständen muß ich schließen, daß für die Behandlung der Hamburger Patienten eine Sonderregelung getroffen worden sein muß.«<sup>68</sup>

Eine Reihe von Schwestern und Pflegerinnen hat in Nachkriegsermittlungen zu Protokoll gegeben, daß die Ernährungslage in Königsutter während des Krieges gut gewesen sei, daß die Anstalt selbst Landwirtschaft und Viehzucht betrieben habe und daß es sogar Brauch gewesen sei, Kranke bei Nahrungsverweigerung mit Sonden zu füttern.<sup>69</sup> Es wurde weiter behauptet, »daß unsere Patientinnen eine bessere Verpflegung hatten als die Bevölkerung außerhalb der Anstalt.«<sup>70</sup> Man sollte also meinen, daß zumindest von der Versorgungslage her der unverhoffte Patientenzuwachs keine zusätzlichen Probleme bereiten konnte. Die Probleme entstanden möglicherweise durch neue Entwicklungen, denn es gibt auch Zeugenaussagen ganz anderen Inhalts. So hat die damalige Pflegerin einer Siechenstation für ältere Frauen sowie einer Isolierstation für Tbc-Kranke, die für nicht wenige Hamburger Patienten die letzte Bleibe wurde, festgestellt: »Die Verpflegung wurde gerade in den letzten Kriegsjahren sehr schlecht, so daß sie als Existenzminimum für die Kranken angesehen werden mußte.«<sup>71</sup>

Die Aussagen müssen sich nicht widersprechen, wenn man bedenkt, daß die zu Beginn des Krieges von etwa 700 geisteskranken Patienten be-

legte mittelgroße Anstalt Königslutter im weiteren Kriegsverlauf mit zusätzlichen Aufgaben geradezu überhäuft wurde.<sup>72</sup> Spätestens 1941 nämlich kam es auf dem Gelände zur Errichtung eines Reservelazarets, und nur ein Jahr später übernahm die Anstalt darüber hinaus Aufgaben eines Hilfskrankenhauses für das luftkriegsgefährdete Braunschweig. Diese zusätzlichen Funktionen weiteten sich durch die Kriegsereignisse immer mehr aus, so daß schließlich außer dem Hauptgebäude kaum noch Platz für die Geisteskranken vorhanden war. Die Dramatik der Situation vielleicht noch herunterspielend, formulierte es eine Schwester so: »Im Verlauf des Krieges mußten wir jedoch zusammenrücken, weil zahlreiche Einzelpavillons mit verwundeten Soldaten belegt wurden. Die Masse unserer Patienten war dann praktisch nur noch in dem Hauptgebäude und in Haus 11 untergebracht.«<sup>73</sup> Ein Pavillon war mit Schwestern des Roten Kreuzes belegt, die im Reservelazarett Dienst taten, und im Hauptgebäude wurden 1944 auch noch die Patienten eines Braunschweiger Stifts einquartiert.<sup>74</sup>

Das hatte auch Folgen für das ohnehin knappe ärztliche Personal. Dem ärztlichen Leiter Dr. Ernst Meumann etwa wuchsen eine Reihe von Aufgaben zu. Mitglied der NSDAP seit dem 1. Mai 1933, war er im Februar 1940 zum Direktor in Königslutter ernannt worden.<sup>75</sup> Schon Ende November des Jahres weihte man ihn in Berlin auf einer Besprechung mit den Leitern sämtlicher Zwischenanstalten in das Vernichtungsprogramm für Geisteskranke ein. Mit diesem Wissen hat er dann die Verlegungen in seiner Anstalt organisiert. Im September 1941 übernahm Meumann zusätzlich die kommissarische Leitung der nahegelegenen Neuerkeröder Anstalten und einen Monat später ärztliche Aufgaben im Reservelazarett Königslutters.<sup>76</sup>

Dr. Fritz Barnstorf, der von 1931 bis 1934 als Assistenzarzt in Königslutter tätig gewesen war, hatte sich dorthin zurückbeworben und wurde im Dezember 1940 für die Frauenstation der Anstalt zuständig. Da aber der für die Männerstation der Anstalt verantwortliche Arzt Dr. Robert Müller seit Herbst 1940 Funktionen in der Berliner T4-Zentrale übernommen hatte,<sup>77</sup> hat Barnstorf die Männerabteilungen zeitweilig mitversorgt ebenso wie später auch die siechen Patienten des Hilfskrankenhauses.<sup>78</sup> Er scheint sich diese Aufgaben mit Dr. Haberlandt geteilt zu haben, der eigentlich für die Häuser auf dem sogenannten »Berg« zuständig war, etwa für das Haus 11 mit erregten Patientinnen.<sup>79</sup> Nicht genug damit, hatten die Ärzte auch noch die Meldebögen für die T4-Zentrale auszufüllen, und zwar über das Ende der ersten Euthanasie-Phase hinaus.

Nach alledem ist zu vermuten, daß sich nicht nur die Verpflegung, sondern auch die ärztliche Versorgung der geisteskranken Patienten im Laufe des Krieges merklich verschlechtert hat. Die Folgen verdeutlicht



vielleicht eine in den Ermittlungsunterlagen gegen Dr. Meumann enthaltene Tabelle, die die jährliche Veränderung von Bestand und Sterberate der Geisteskranken in Königslutter wiedergibt. Gekürzt auf die hier interessierenden Jahre, ohne Abgänge, enthält sie folgende Zahlen:<sup>80</sup>

*Tabelle 7: Mortalität in Königslutter*

Jahr	Bestand	Bestand und Zugänge = Gesamtbestand	Todesfälle	Todesfälle in % des Gesamtbestandes
1939	710	961	118	12,28
1940	655	850	33	15,53*
1941	612	850	208	23,77*
1942	454	694	99	14,26
1943	494	831	160	19,25
1944	489	904	291	32,19
1945	399	922	226	24,51

\* Die Prozentzahlen erscheinen hier wie in der Akte wiedergegeben. Sie betragen nach eigener Berechnung für 1940 = 15,65 %, für 1941 = 24,47 %.

Wenn auch nicht ganz klar ist, auf welcher Basis die Todesraten genau errechnet wurden und ob die Hamburger Patienten mit ihrem Ausnahme-status in dieser Liste überhaupt aufgeführt sind, so enthält die Tabelle doch deutliche Auffälligkeiten. Am bemerkenswertesten ist wohl die hohe Todesrate, die seit 1941 mit Ausnahme des Jahres 1942 über den Krieg hin anhält. Die Anstalt hat zwar 1948 versucht, diese Sterbequote plausibel mit ihren zusätzlichen Belastungen zu begründen.<sup>81</sup> Vor allem verwies sie auf die steigenden Aufnahmezahlen von Alterserkrankten. Dabei fiel es ihr aber zum einen schwer, eine einleuchtende Erklärung für die hohe Sterberate 1941 zu finden,<sup>82</sup> zum anderen wird, obwohl es doch nahegelegen hätte, auf die Einrichtung eines Reservelazarets gar nicht eingegangen. Immerhin kann man sich die Konsequenzen der Veränderungen in der Anstalt vorstellen, wenn man bei Dr. Schlüter, der nach Dr. Meumanns Einberufung in den Wehrdienst seit 1944 die Anstalt faktisch geleitet hat, liest: »Zuletzt war der Bettenmangel so groß, daß die alten Leute auf dem Fußboden auf Strohsäcken notdürftig gelagert werden und auf ungeheizten Korridoren im Winter lange Zeit liegen mußten.«<sup>83</sup>

Auffälligerweise scheinen von diesen Zuspitzungen insbesondere die Hamburger Patienten betroffen gewesen zu sein, wie Schwestern und Pflegerinnen aussagten. Eine Pflegerin schilderte: »Ich kann mich an einen Frauentransport erinnern, der glaube ich im Jahre 1941 aus Norddeutschland (Hamburg oder Schleswig) zu uns gekommen ist. Diese Frauen waren unterernährt, hinfällig und körperlich in einem erbärmlichen Zustand. Da dies seinerzeit für unsere geregelten Verhältnisse sehr unge-

wöhnlich war, habe ich mir aus Neugierde diese Patientinnen in der Abteilung F 5 einmal angesehen. Von dem Anblick dieser Menschen war ich damals sehr erschüttert. Weil nicht genügend Betten vorhanden waren, hatte man sie teilweise auf Strohsäcken auf dem Fußboden gelagert und sogar in übereinander stehende Betten gelegt.«<sup>84</sup> Dies widerspricht deutlich den Aussagen über die gute Pflege und Ernährung in Königslutter. So berichtete eine zweite Pflegerin: »Ich habe davon gehört, daß aus Hamburg geisteskranke Patientinnen nach Königslutter kamen. Es handelte sich meines Wissens um einen Transport mit sehr hilfälligen Frauen, die man nach meiner Erinnerung zum größten Teil aufgrund ihres körperlichen Zustandes gleich in Haus 5 (Siechenstation) untergebracht hatte. Ich kann mich heute noch erinnern, daß ich aus reiner Neugierde einmal in das Haus 5 gegangen bin und dort die sehr hilfälligen Patientinnen, die man zum Teil auf Strohsäcken auf dem Fußboden gebettet hatte, gesehen habe. Dieses Erlebnis hatte mich seinerzeit sehr beeindruckt.« Angesprochen auf die außergewöhnlich hohe Sterberate der Hamburger Frauen in Königslutter (29 von 30 Frauen des Transports vom 29. Juli 1941 sind dort gestorben), vermutete sie: »Ich kann mir die hohe Sterbeziffer nur dadurch erklären, daß man von Hamburg vermutlich schon sehr hilfällige Patientinnen verschickt hatte. Aufgrund der schlechten Ernährung und der Kälte waren diese Frauen naturgemäß sehr anfällig und widerstandslos bei den verschiedenen körperlichen Krankheiten.«<sup>85</sup> Möglicherweise hat man in Langenhorn tatsächlich keine Scheu gehabt, schwache, hilfällige Frauen zu verlegen, in Königslutter wurden sie jedenfalls zusätzlich vernachlässigt.

Die Frage ist, ob diese pflegerische Vernachlässigung nur für die von außerhalb nach Königslutter eingelieferten Kranken galt oder auch für die Patienten der eigenen Anstalt. Sicher ist, mindestens einem Teil der Hamburger Kranken ist es an diesem Verlegungsort sehr schlecht ergangen. Inwieweit aber darüber hinaus aktiv in das Leben der Patienten eingegriffen wurde, läßt sich den Zeugenaussagen nicht entnehmen. Zwar ist bekannt, daß die in der zweiten Phase der Euthanasie verwandten Gifte wie Morphin-Scopolamin in der Anstalt vorhanden waren,<sup>86</sup> und die Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Hamburg wirft der Anstalt Königslutter Patiententötungen vor.<sup>87</sup> Die selbst für Kriegsverhältnisse völlig aus dem Rahmen fallenden Sterberaten der Hamburger Frauen und Männer lassen sich wohl auch kaum anders erklären. Ein Beweis im juristischen Sinn ist aber nicht erbracht worden.

Die Indizienkette läßt sich allerdings noch enger schließen. Es fällt nämlich auf, daß neben den funktionalen Überforderungen der Anstalt offensichtlich enge Beziehungen ihres ärztlichen Personals zu den Zentraldienststellen der Euthanasie in Berlin bestanden. Nicht nur hielt sich Dr. Meumann zweimal zu Besprechungen in der Hauptstadt auf, um sich

über die Aufgaben Königsutters als Zwischenanstalt informieren zu lassen, nicht nur tauchten höchste Funktionäre der Zentraldienststelle in Königsutter auf, wie der Geschäftsführer Dietrich Allers oder der Tötungsarzt Irmfried Eberl,<sup>88</sup> enge Verbindung zu Königsutter hielt auch nach seiner Abkommandierung in die Euthanasie-Zentrale der Anstaltsarzt Dr. Robert Müller. Abgesehen davon, daß er sich weiterhin öfter in Königsutter aufgehalten hat, nicht nur um seine Frau zu besuchen, sondern auch um Meldebögen auszufüllen,<sup>89</sup> führte ihn auch die neue Tätigkeit wieder in seine Anstalt. Müller war nämlich Mitglied einer Ärztekommision, die Anstalten bereiste, um Patienten nach eigenem Augenschein und nicht nur aufgrund der zugeschickten Meldebögen für die Euthanasie auszusondern. In diesem Zusammenhang hat er im Frühjahr 1941 die Patienten seiner eigenen Anstalt selektiert.<sup>90</sup> Danach war er in der Berliner Zentrale mit Psychiatrie-Planungen beschäftigt. Die T4-Psychiater hatten nämlich aus den Erfahrungen in der ersten Phase der Euthanasie, als freiwerdender Anstaltsraum für andere Zwecke beschlagnahmt worden war, den Schluß gezogen, langfristige Planungen entwickeln zu müssen, unter anderem auch, um dem bedrohlichen Bettenabbau in den Heil- und Pflegeanstalten entgegenzuwirken. In diesem Rahmen war Dr. Müller, NSDAP-Mitglied seit 1928<sup>91</sup> und Träger des goldenen Parteiabzeichens, mit der Auswertung der auf vielen Reisen erstellten Planungsberichte über sämtliche Anstalten im Deutschen Reich beschäftigt.

Nach dieser Tätigkeit arbeitete Dr. Müller in der Forschungsabteilung der Landesanstalt Görden bei Brandenburg.<sup>92</sup> Hier scheint er wichtige Erfahrungen in bezug auf seine Vorstellungen von den Aufgaben einer zukünftigen Psychiatrie gesammelt zu haben. In den beiden Forschungsprojekten unter Leitung von Prof. Hans Heinze ging es nämlich zum einen um die Nosologie der Schwachsinsformen, dabei vor allem um die Frage der »Dressurfähigkeit tiefstehender Schwachsinniger«, zum andern um die differentialdiagnostische Unterscheidung von angeborenen Schwachsinsformen und erworbenen Demenzen.<sup>93</sup> In seinen abschließenden Planungsbericht vom 9. Februar 1943 hat Dr. Müller offensichtlich seine Gördener Erfahrungen eingebaut. Es heißt dort u.a.: »Unter dem Gesichtspunkt, daß nach dem Kriege mehr denn je jede Arbeitskraft, auch eine halbe notwendig ist und nach Möglichkeit ausgenutzt werden muß, ist der Unterbringung und Ausbildung der bildungsfähigen Schwachsinnigen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Möglichst große Routine oder Dressur zu dieser Tätigkeit muß das alleinige Ziel der Anstaltsschulbildung sein. Wie beim Tier muß diese Dressur möglichst frühzeitig einsetzen, soll sie einen optimalen Erfolg haben.«<sup>94</sup> Daraus läßt sich schließen, daß angesichts der Kriegereignisse selbst NS-Psychiater die Selektionskriterien zur Euthanasie gegenüber den über-

kommenen Vorstellungen von Binding und Hoche flexibel zu verändern wußten, und daß der ebenfalls seit Binding und Hoche beliebte Vergleich von Tieren und Geisteskranken jetzt zu ganz anderen Schlußfolgerungen führte.

Die angeblich vom festen Boden der Erbhygiene aus argumentierenden NS-Psychiater konnten sich also geschickt den Erfordernissen der Zeit anpassen. Das Ausmaß der Tötungen wurde zu einer Variablen, die sich aus dem Interesse der Psychiatrie an der Aufrechterhaltung von Anstaltsraum sowie aus den Erfordernissen des Arbeitsmarktes zusammensetzte. Nun wären diese Gedankenspiele vielleicht ohne Belang für die tatsächlichen Vorgänge in Königslutter geblieben, wenn Dr. Müller für seine Familie eine Wohnung in der Anstalt Görden gefunden hätte. Da dies aber nicht geschah, kam er immer wieder besuchsweise an die Stätte seines ehemaligen Wirkens zurück und beeinflusste dort wohl auch das Anstaltsgeschehen. Unter anderem konnte er Dr. Barnstorf so darüber Auskunft geben, wohin denn die nach § 42 b StGB eingeschlossenen sicherungsverwahrten Patienten 1942 aus Königslutter abtransportiert worden waren. Sie waren ins KZ Buchenwald eingeliefert worden,<sup>95</sup> wurden also anders als die übrigen Geisteskranken der Strategie der »Vernichtung durch Arbeit« ausgesetzt. Wichtiger noch aber wurde wohl, daß Dr. Müller, nach Nitsche »nicht nur [...] tüchtiger Facharzt, sondern auch [...] zuverlässiger Nationalsozialist und [...] überzeugter Anhänger des Euthanasie-Gedankens«,<sup>96</sup> am 1. September 1943 endgültig nach Königslutter zurückkehrte, offensichtlich weil wegen der räumlichen Engpässe in Görden, wo ebenfalls Betten für andere Zwecke beschlagnahmt wurden, seine Wohnungswünsche nicht in Erfüllung gingen. Von dort berichtete er Nitsche einigermaßen verbittert über seine Situation und beklagte sich über seine Arbeitsbelastung. Er sei gezwungen worden, eine Arztpraxis zu übernehmen, müsse zusätzlich den Anstaltsdienst erledigen, an seinen Gutachten sitzen und an Konferenzen teilnehmen.<sup>97</sup>

Aus seiner Anstaltstätigkeit läßt sich nun u.a. erkennen, wie flexibel sich der T4-Psychiater bei der Beurteilung seiner Patienten den gewandelten Kriegserfordernissen anpassen konnte. Wie Hans Heinze war auch der bei ihm tätig gewesene Robert Müller anscheinend kein Anhänger der allein durch verwaltungsmäßige Vorgaben betriebenen »wilden Euthanasie«. Euthanasie befürwortete er selbstverständlich, aber »nur in ärztlicher Hand«, wie er in seinem Planungsbericht schrieb. Die offensichtlich als Entlastung gemeinte Aussage von Dr. Barnstorf ist wohl in Wahrheit in diesem Sinne zu verstehen: »Soweit ich übersehen kann, war Dr. Robert Müller mit den Maßnahmen der Parteibürokratie keinesfalls immer einverstanden.«<sup>98</sup> Die praktische Konsequenz für Robert Müller scheint darin bestanden zu haben, daß sich seine Maßstäbe für die Auswahl der zu tötenden Patienten änderten, und dies vielleicht nicht nur aus

Gründen des dramatisch gestiegenen Arbeitskräftebedarfs, sondern auch, im Sinne seiner vorangegangenen Forschungstätigkeit, aus legitimatorischen Ansprüchen an die Wissenschaftlichkeit seiner Disziplin. So ist zu beobachten, daß seine Krankenblatteintragungen in den Akten Hamburger Patienten wesentlich ausführlicher waren als diejenigen der Ärzte, die zuvor diese Eintragungen vorgenommen hatten. Weiter taucht in seinen Aufzeichnungen eine Kategorie auf, die bisher nicht in den Krankenblatteintragungen der verlegten Patienten vorgekommen war. Einen Teil seiner Patienten klassifizierte er nämlich als »anstandssozial« – mit Folgen für ihren weiteren Lebensweg.

Dem weiteren Umgang mit den Patienten aus Langenhorn lag somit ein komplexes Gewirr von Motiven zugrunde. Einerseits wurde durch Übernahme zusätzlicher Aufgaben die Lebens- und Versorgungssituation psychiatrischer Patienten in Königslutter immer mehr eingeschränkt. Dies betraf alle Dimensionen von der Ernährung über das Bettenangebot bis zur ärztlichen Versorgung. Andererseits nahm infolge von Engpässen innerhalb und außerhalb der Anstalt, die nach Aussage Dr. Meumanns »auf die Arbeit der Kranken angewiesen« war,<sup>99</sup> der Arbeitskräftebedarf rapide zu, und Dr. Müller war ein T4-Psychiater, der gezeigt hatte, daß er dieser Tatsache Rechnung zu tragen gedachte. In der folgenden quantitativen Analyse der Krankenunterlagen will ich aufzuzeigen versuchen, in welcher Weise sich dieses Gemisch aus Restriktionen und Erfordernissen auf die Hamburger Geisteskranken vermutlich ausgewirkt hat.

### **Verhaltensmerkmale und Sterberaten – Versuch des indirekten Nachweises von Tötungsaktivitäten in einer ehemaligen Zwischenanstalt**

Immer wenn im Zusammenhang staatsanwaltlicher Ermittlungen in bezug auf die Vorgänge in der Anstalt Königslutter die Frage nach der außergewöhnlich hohen Sterberate Hamburger Patienten an Schwestern, Pfleger und Ärzte gestellt wurde, hat man die Möglichkeit eines gewaltsamen Eingriffs entschieden zurückgewiesen. »Obwohl ich während des ganzen Krieges in der Anstalt Königslutter in der Frauenabteilung tätig war«, so eine ehemalige Abteilungsschwester, »habe ich niemals das kleinste Gerücht gehört, daß man evtl. Patientinnen von uns vorsätzlich getötet hat.«<sup>100</sup> Und zum Befinden der Anstaltsinsassen ergänzte sie: Ich »kann [...] dazu nur sagen, daß unsere Patienten, ich war allerdings auf einer normalen Station, praktisch uralt wurden.«<sup>101</sup> Eine weitere Abteilungsschwester zur Frage vorsätzlicher Tötungen: »Hiervon habe [ich] nicht einmal gerüchteweise etwas vernommen.«<sup>102</sup> Und zur Behandlung der Pfleglinge: »Es wurde in meiner Abteilung, und ich nehme an auch in anderen Abteilungen, alles getan, um die Patientinnen recht lange am Leben zu erhalten.«<sup>103</sup>

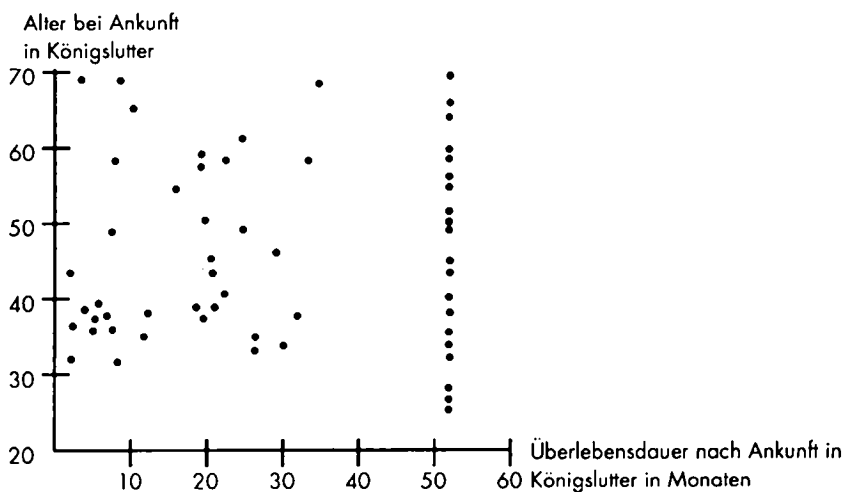
Dementsprechend sah sich der von der Staatsanwaltschaft Hamburg mit der Klärung der Todesursachen verlegter Langenhorner Patienten beauftragte psychiatrische Gutachter H. Ehrhardt in Beweisnot: »Überblickt man die Ergebnisse der vorstehenden Analyse eines umfangreichen Materials unter strikter Beschränkung auf die Fragestellung dieses Gutachtens, so ist es für den mit dieser Materie kaum vertrauten Leser irgendwie irritierend, daß es offenbar sehr schwierig ist, im Einzelfall nachzuweisen, ob und wie weit der Tod eines dieser Patienten mit ›Nachhilfe‹ erfolgte oder nicht.«<sup>104</sup> Direkte Tötungen, etwa durch Überdosen von Morphinum oder Luminal, ließen sich nämlich verschleiern, indirekte durch Verhungernlassen oder pflegerische Vernachlässigung würden ebenfalls kaum aktenkundig. Die Strategie des Verbergens, wie ich sie in der Arzt-Patienten-Beziehung analysiert habe, trat gewissermaßen aus dem Horizont gesellschaftlicher Unbewußtheit und wurde thematisch. So hatte die T4-Zentrale eine Liste der »natürlichen Todesursachen« zusammengestellt, mit deren Hilfe den aus den Patientenakten ersichtlichen Krankheitsbildern ein möglichst plausibler Sterbeeintrag zugeordnet werden sollte. »Die bekannte Liste der ›natürlichen Todesursachen‹ für den Gebrauch in den Tötungsanstalten erlaubte auch dem einfachsten Verwaltungsangestellten eine ›korrekte‹ Ausfüllung der Krankenpapiere, die dann in das Sterberegister übernommen wurden. Bei diesen Anweisungen aus Berlin war man ganz offensichtlich auf ›Deppen-Sicherheit‹ bedacht, was man aber ebenso überschätzte wie die immer wieder betonte Geheimhaltung.«<sup>105</sup> Immerhin mußte auch Ehrhardt feststellen, »daß die meisten dieser Patienten nach einer ganz ›unnatürlich‹ kurzen Zeit des Aufenthalts in einer dieser Anstalten als gestorben registriert wurden. Für das Massensterben dieser Patienten gibt es eben keine epidemiologische oder sonstige medizinische Erklärung.«<sup>106</sup> Die Schwierigkeit liege beim konkreten Nachweis im Einzelfall.

So wurde auch das letzte Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Hannover im Zusammenhang mit der Anstalt Königslutter, diesmal »wilde« Tötungen nach der T4-Phase betreffend, 1975 eingestellt.<sup>107</sup> In der Literatur wird Königslutter deshalb auch häufig nicht als Tötungsanstalt bezeichnet.<sup>108</sup> Legt man aber nicht die auf individuellen Nachweis gegründeten Kriterien juristischer Beweisfindung zugrunde, so kann man sich der ungeklärten Frage der extremen Sterberate auf einem indirekten Weg nähern. Mit Hilfe statistischer Überlegungen will ich deshalb versuchen, die unterschiedliche Überlebensdauer der Hamburger Patienten in Königslutter plausibel zu machen.

Da die Logik der Argumentation auf der möglichen Selektivität des Umgangs mit den Geisteskranken beruht, wähle ich für meine Überlegungen zunächst denjenigen Transport aus, bei dem die Überlebensdauer nachweisbar am unterschiedlichsten ist. Dies ist beim Männer-Trans-

port aus Langenhorn vom 14. August 1941 der Fall. Von denjenigen 70 Patienten, deren Schicksal durch Akten repräsentiert ist, starben 21 im Zeitraum bis zu einem Jahr nach ihrer Ankunft in Königslutter (30 %), 29 weitere nach diesem Zeitraum bis zum Ende des Krieges (41,4 %), 20 von ihnen überlebten den Krieg (28,6 %). Konkret reichte die Überlebensdauer im Krieg von sechs bzw. zwölf Tagen bis zu 37 Monaten. Von den 29 Patienten der zweiten Gruppe starben allein sechs im 19. Monat, fünf im 20. Monat nach dem Eintreffen in der Anstalt, also 38 % dieser Gruppe im Februar und März 1943. Möglicherweise hängt diese Kumulation der Sterberate mit bestimmten Ereignissen bei der diskontinuierlichen Umwandlung Königslutters in ein Reservelazarett bzw. Hilfskrankenhaus zusammen. Suede und Meyer schreiben: »Im Jahre 1943 begann mit den zunehmenden Luftangriffen auf Braunschweig ein immer stärker werdender Zufluß für das Hilfskrankenhaus.«<sup>109</sup> Wie oben beschrieben, erhöhte sich deshalb der Platzbedarf für Körperkranke enorm, und das ärztliche Personal wurde von zusätzlichen Aufgaben absorbiert. Dennoch bleibt ein Zusammenhang mit dem Sterben psychiatrischer Patienten Spekulation, solange die Akten nicht mehr hergeben.

Graphik 5: Alter und Überlebensdauer in Königslutter.  
Männertransport 14.8.1941



64 Fälle (von 70 wegen der Vergleichbarkeit mit Graphik 6)

Deshalb kehre ich zurück zur statistischen Argumentation. Üblicherweise wird man von einem Zusammenhang zwischen Alter und Lebensdauer ausgehen können. Betrachtet man das diesbezügliche Schaubild für den

Hamburger Männertransport, so sieht man, daß ein solcher hier allenfalls in sehr geringem Ausmaß besteht.<sup>110</sup>

Dieses Ergebnis ist schon deshalb auffällig, weil Geisteskrankheiten üblicherweise nur wenig Einfluß auf die Lebenserwartung eines Menschen haben, mithin das Alter auch hier die entscheidende Variable zur Erklärung der Lebensdauer darstellt. Überdies kann man daran erinnern, daß der Altersdurchschnitt dieses nach Königsutter verlegten Männertransportes bei 45 Jahren lag, die Patienten im Mittel also keineswegs alt waren, andererseits aber, wie zitiert, eine Pflegerin ausgesagt hat, daß die Patienten dort unter normalen Umständen uralt geworden seien. Auch hieran zeigt sich, daß das Alter entgegen den Erwartungen die hohe Sterberate dieser Patientengruppe in Königsutter nicht erklären kann.

Sieht man nun die oft knappen, manchmal auch ausführlichen Krankenblatt-Eintragungen in der Anstalt genauer durch, kann man sich zu nutze machen, daß neben den Eintragungen zum körperlichen und seelischen Befinden auch solche zum pflegerischen Aufwand bzw. zum Grad der Arbeitsleistung, also zu bestimmten Verhaltensmerkmalen der Patienten, zu finden sind. Diese Eintragungen sind zwar unsystematisch und vielleicht zuweilen auch zufällig gemacht worden, immerhin aber doch so hinreichend durchgängig, daß man versuchen kann, die Patienten einigermaßen konsistent nach diesen Kriterien zu gruppieren. Bei dem Versuch einer so konstruierten Typologie habe ich mich überdies vom Nachvollzug jener Hintergrundannahmen leiten lassen, die den Meldebogenkriterien, wie Grad der Arbeitsfähigkeit (»mechanische« versus »produktive« Arbeit), Dauer des Aufenthaltes in Anstalten, aber auch Angaben zum Pflegeaufwand etc., zugrunde gelegen haben mögen. Hier flossen möglicherweise Fragen der Pflegeaufwendigkeit und der Arbeitsfähigkeit für die Beurteilung des Wertes einer Person ineinander, und analog bin ich deshalb bei der Typenkonstruktion vorgegangen. Hinzu kommt, daß aufgrund des unterschiedlichen Informationsgehaltes der Krankenblatt-Eintragungen die Typen sich technisch gar nicht trennschärfer bilden lassen.

So fallen in die erste Kategorie (Typ I) besonders pflegeaufwendige Personen mit so unterschiedlichen Charakteristika wie: »bettlägerig«, »ungeordnet«, »gereizt und unruhig«, »aggressiv und explosiv«, »erregt«, »muß in allem versorgt werden«, Patienten also, die in der Anstalt Mühe machen. Allen gemeinsam ist darüber hinaus, daß sie unbeschäftigt sind. In die zweite Kategorie (Typ II) fallen Patienten, die ruhig und/oder mit sogenannten »mechanischen« Arbeiten beschäftigt sind. Im konkreten Fall gehört dazu das Zupfen von Bindfäden bzw. Sisalhanf, leichte Abteilungsarbeiten oder Zuarbeit auf der Abteilung. Die dritte Kategorie von Patienten (Typ III) leistet die spätestens seit Binding-Hoche so qualifizierte »produktive« Arbeit. Genannt werden konkret Tätigkeiten in der »Gärtnereikolonie«, im »Bombenaufräumungskommando«, in der »Stadtkolonie«,



## Langenhorner Patienten in Königsutter

als »Gespannführer«, in der »Abteilungsküche«, im »Anstaltsbüro«, als »Uhrmacher« (z.B. zur Reparatur der Anstaltsuhr), als »Hilfspfleger«.

In 64 Fällen von 70 waren die Patienten in ihren Verhaltensmerkmalen aufgrund der Akteneintragungen diesen Typen zuzuordnen, in sechs Fällen fehlte der Eintrag zu Pflegeaufwand und/oder Beschäftigung. Dabei ergab sich folgende Verteilung bei diesem Verhaltensindex:

Typ I:	17 Personen	26,6 %
Typ II:	29 Personen	45,3 %
Typ III:	18 Personen	28,1 %

Dabei ist anzunehmen, daß sich die relative Größe der zweiten Kategorie u.a. auch aus meiner Entscheidung ergibt, Kategorie I und III möglichst »rein« zu halten, d.h. Typ I enthält ausschließlich pflegeaufwendige Personen ohne Arbeit, Typ III ausschließlich »produktiv« arbeitende Patienten. Empirisch folgt daraus, daß in Typ II, der von »mechanisch« arbeitenden Patienten dominiert wird, auch vier Patienten aufgenommen sind, die sich zwar »ruhig« und »geordnet« verhalten, aber keine Arbeitseinträge haben sowie zwei »störende« Patienten, die aber leicht arbeiten. Man hätte diese Patienten auch anders zuordnen können, die nun zu beschreibenden Ergebnisse wären dann allerdings noch deutlicher ausgefallen. Ich habe mich mithin für eine strengere Prüfung entschieden.

Ziel dieser Überlegungen war, die Vermutung zu überprüfen, daß der Pflegeaufwand bzw. die Beschäftigungsfähigkeit der Männer des Hamburger Transportes, die aus den angeführten Gründen in Königsutter überdies einen Ausnahmestatus innehatten, in irgendeiner Weise mit der hohen Sterberate zusammenhängt. Mit Hilfe einer Kreuztabelle führte ich deshalb die oben beschriebenen Ausprägungen des Index »Pflegeaufwand/Beschäftigung« mit den komprimierten Ausprägungen der Überlebensdauer zusammen. Das Ergebnis gibt folgende Tabelle wieder:

*Tabelle 8: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer in Königsutter. Männertransport 14.8.1941*

Verhaltensindex	Überlebensdauer in Königsutter			Gesamt
	bis 12 Mon.	mehr als 12 Mon. bis Kriegsende	überlebt <sup>1</sup>	
pflegeaufwendig-störend	16		1	17 (26,6%)
geordnet »mechanische« Arbeit	1	25	3	29 (45,3%)
»produktive« Arbeit		2	16	18 (28,1%)
Gesamt	17 (26,6%)	27 (42,2%)	20 (31,3%)	64 (100,0%) <sup>2</sup>

1 auch bei Entlassung aus Königsutter vor Kriegsende

2 Rundungsfehler bei Addition der Spaltenprozente

Der Zusammenhang ist verblüffend: von den 17 »störenden« Patienten sind bis auf einen alle im Laufe eines Jahres nach Ankunft in Königslutter gestorben, dagegen starb von den mit leichten Arbeiten beschäftigten bzw. »geordneten« Patienten nur einer im ersten Jahr, 25 der 29 Personen dieser Gruppe starben dann bis Kriegsende, während von den 18 »produktiv« beschäftigten Patienten nur zwei bis Kriegsende starben, beide nicht im ersten Jahr, 16 dagegen überlebten. Anders als beim Zusammenhang zwischen Alter und Überlebensdauer ist hier auch der Korrelationskoeffizient außergewöhnlich hoch (Kendall's Tau B .84, Pearson's R .86). Betrachtet man daraufhin genauer die Krankenakten derjenigen Patienten, die diese Eindeutigkeit nicht zu bestätigen scheinen, so erhält man sogar mögliche Erklärungen für empirische Kontingenzen. So findet sich z.B. bei dem einzigen Patienten aus der Gruppe der »Störer«, der in der Anstalt überlebt hat, neben dem Eintrag in der Krankenakte: »immer untätig« auch die Bemerkung vom 21. Januar 1944: »Bekommt öfter Besuch von Mutter, die *niemals* [im Original hervorgehoben] einen Arzt zu sprechen wünscht«.

Auch für das Überleben der drei Patienten, die »nur« mit leichten Arbeiten beschäftigt waren, gibt es bei nochmaliger Durchsicht der Krankenakten Erklärungsmöglichkeiten: Der eine, der übrigens 1945 entwich, wurde in diesem Jahr schon positiver als »leidlicher Arbeiter« eingestuft; der zweite wurde 1945 sogar als »fleißiger Arbeiter« bewertet. Die Umstände des Überlebens beim dritten, im übrigen »mit Zupfen« beschäftigten Kranken sind besonders aufschlußreich. Der Akte kann man nämlich nicht nur entnehmen, daß er »regelmäßig von seinen Eltern besucht« wurde. Diese hatten sich sogar in Königslutter einquartiert, gingen oft mit ihrem Sohn spazieren und nahmen ihn in eine Gastwirtschaft mit, wo der Vater als Kellner aushalf. Hier hat der Patient »am Klavier vor den Gästen« gespielt. Diese aufgrund vielerlei Umstände selten anzutreffende und deshalb um so bemerkenswertere familiäre Solidarität qualifizierte der Anstaltsarzt mit den Worten: »Der wenig einsichtige Vater hat den Eindruck, daß er [der Patient] geistig aufgelebt sei.« Nach wenigen Monaten wurde der Kranke »auf Antrag des Vaters mit Zustimmung des örtlichen Fürsorgeamtes nach Hamburg zu den Eltern beurlaubt« und kurz darauf offiziell entlassen. Übrigens hat der damalige ärztliche Leiter Königslutters in der Nachkriegszeit versucht, diesen und wenige weitere Fälle als Beweis dafür geltend zu machen, daß er bestrebt gewesen sei, »die Aktion zu hemmen«. <sup>111</sup> »Trotz erheblicher ärztlicher Bedenken« habe er sich für den Patienten eingesetzt und der Fürsorgebehörde mitgeteilt, »daß sich der Zustand des Kranken so weit gebessert hat, daß gegen seine versuchsweise Beurlaubung keine ärztlichen Bedenken bestehen«. Man wird dagegen wohl nicht fehlgehen mit der Vermutung, daß sich Dr. Meumann jener Anweisung für Zwischenanstaltspfleglinge erinnert

hat, die besagte, daß »Entlassungsanträgen [von Angehörigen] in jedem Falle zu entsprechen sei«. <sup>112</sup> So verfuhr er dann wohl auch späterhin. Übrigens kam der 1943 entlassene Patient 1957 in die Alsterdorfer Anstalten, wo er noch bis 1983 gelebt hat.

Die nochmalige Überprüfung der Krankenblatt-Eintragungen enthüllt zudem eine weitere empirische Auffälligkeit, die meine indirekte Beweisführung stützen kann. Es fällt nämlich auf, daß verstreut in den Krankenakten jenes Patienten-Typs, der schon im ersten Jahr nach Eintreffen in Königslutter dort zu Tode gekommen ist, und zwar ausschließlich in dieser Kategorie, ärztliche Eintragungen von Medikamenten zu finden sind, die im Zusammenhang mit den Tötungen während der zweiten Phase der Euthanasie genannt werden: Veronal, Skopolamin, Morphin, Morphinum-Dilaudid, ein besonders stark wirkendes Morphin-Derivat. Bedenkt man, daß Ärzte solche Medikamenten-Gaben eher zu verschleiern trachteten, ist die Konzentration dieser Eintragungen ausge-rechnet auf die Gruppe der früh Gestorbenen zumindest bemerkenswert.

Darüber hinaus findet sich in der Krankenakte eines Patienten, der den Krieg überlebt hat, eine rätselhafte Schilderung vom 5. Juli 1945 über eine versuchte Tötung durch Gift, die wohl auch dadurch, daß der Patient an einer Paranoia litt, in ihrer Plastizität kaum erfunden sein kann und darüber hinaus das Erleben von Angst und Terror in der Anstalt drastisch vor Augen führt. Es heißt dort u.a.:

»Am 12.4. kam der erste amerikanische Kampfwagen hier an. Am nächsten Morgen wurde der Pfleger E. mir gegenüber frech, u. dann sagte ich ihm: Jetzt regieren amerikan. Gesetze und ich verlange sofort vor den amerikan. Kommandanten geführt zu werden. Daraufhin wurde ich von ihm tötlich angegriffen u. gemißhandelt in bestialischer Weise, niedergeschlagen, mit Füßen getreten von dem Pfleger E. u. 2 Patienten, so daß ich blutüberströmt war. E. befahl mir, das Blut abzuwaschen. Das sahen 2 Pflegerinnen Erna M. und Frau von K. [...]«

Pat. beschuldigt den Pfleger, ihm die Taschen gründlich geleert zu haben, Zigarren und Tabak und Geld/1,15 RM, vorher mal 1,— RM seien von dem Pfleger E. weggenommen. [...]

»Derselbe E. hat am 12. Dezember 44 versucht, mich zu ermorden. Er hat mir eine Doppelschnitte Brot gegeben zu außergewöhnlicher Zeit, nachdem mir dasselbe Quantum Brot morgens beim Kaffee nicht verabreicht war unter der Begründung, es sei nicht vorhanden, während andere es noch bekamen. Hätte ich das Brot auf einmal gegessen, wäre ich sofort erledigt gewesen. Das Brot wurde mir zur Kaffeezeit gegeben (von Herrn E. persönlich) als Entschädigung für das am Morgen nicht erhaltene, wie er sagte. Glücklicherweise aß ich nur das halbe mit Marmelade bestrichene Brot u. verwahrte das andere eingewickelt, welches die Patienten nochmal teilten und aufaßen. Am Kaffeetisch sitzend bin ich sofort eingeschlafen, 2,5 Std. in derselben Lage, vollständige Komatose. [...] Beim Abendessen bin ich durch das Tellergeklapper nicht aufgewacht. Daraufhin hat man mich angerührt, ich bin vom Stuhl gefallen auf die Erde u. der Speichel soll mir aus dem Mund geflossen sein. Dann bin ich wie ein verendetes Stück Vieh am Fuß ins Schlafzimmer geschleppt. Über die Türschwelle geschleift werdend erwachte ich blitzartig zu vollem Bewußtsein. [...] E. war inzwischen hingegangen, um mir Abendbrot zu bringen (eine Sup-

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

pe); ich bemerkte wie er zurückkam mit einem Teller in der Hand. Mir war inzwischen klar geworden, daß ich vergiftet sei. Der Pfleger fiel über meinen schnell ausgestreckten Fuß u. verschüttete die mir zugedachte verdächtige (Gift?) Suppe. [...]

Im Bett liegend kam der Pfleger S. mit einem Becher voll Flüssigkeit, in dem er mit einem Löffel rührte, u. forderte mich auf, das zu trinken, das würde mir gut tun. Ich erwiderte, er möge das selbst austrinken, er hätte es reichlich verdient. [...] Dann habe ich für 3 Tage u. 3 Nächte nichts zu essen gekriegt. Ich habe es verweigert, weil man es mir hereinbrachte. Ich wollte es aus demselben Kessel geschöpft sehen, sonst würde ich nicht essen. Am 4. Tag endlich gab man mir mein Zeug, so daß ich in Reih und Glied essen empfangen konnte. Ich bin überzeugt, daß ich diesem entschiedenen Vorgehen mein Leben verdanke.« [...]

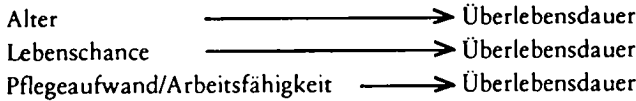
(Auf die Frage, ob er als Gift Veronal vermute:) Die Krankheitssymptome wie Geifer aus dem Munde, Lähmung der Glieder + völlige Bewußtlosigkeit, seien alle gegeben. Andere Mittel machten andere Symptome. Er hätte beobachtet, wie andere Patienten durch Veronal, welches sie in die Suppe bekamen, u. Luminal als Einspritzung umgebracht wurden. Es sei eine ganze Reihe von Patienten gewesen. Er sei der erste mit Marmelade gewesen, weil man ihm sonst nicht anders beikommen konnte. [...]

Dieser Krankenblatt-Eintragung ist ergänzend hinzuzufügen, daß sich in den Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft Hannover gegen den ärztlichen Leiter von Königslutter Dr. Meumann die Aussage eines Nachkriegspatienten von 1949 findet, der von einem Mitpatienten u.a. folgendes erfahren hat: »Herr B. teilte mir auch mit, er sei während des nationalsozialistischen Regimes in Königslutter Zeuge davon geworden, wie Anstaltsinsassen durch unter Marmelade gemischte Medikamente, die nicht ganz sorgfältig zermahlen waren und teilweise noch als kleine weiße Stückchen wahrgenommen werden konnten, getötet wurden.«<sup>113</sup> Die Justiz hat solchen Aussagen keinen Glauben geschenkt.

Die statistische Überprüfung war aber mit der Feststellung des engen Zusammenhangs von Pflegeaufwand bzw. Arbeitsfähigkeit und Überlebensdauer noch nicht abgeschlossen. Es wäre immerhin vorstellbar, daß eine solche Korrelation zufällig ist bzw. sich bei Berücksichtigung zusätzlicher denkbarer Einflußfaktoren zumindest erheblich abschwächt. Deshalb habe ich, um den Erklärungswert der Variablen Pflegeaufwand/Beschäftigung besser abschätzen zu können, die Beziehung durch Hinzufügen zweier weiterer Variablen zu einem Modell erweitert und damit eben diese Beziehung einem weiteren Härtetest unterzogen. Ich führte dazu nochmals das Lebensalter der Patienten bei der Ankunft in Königslutter sowie eine von mir konstruierte Variable ein. Diese sollte denkbare körperliche Beeinträchtigungen berücksichtigen, wie sie sich entweder aus der psychiatrischen Diagnose selbst oder zusätzlich zu ihr aufgrund von Informationen aus den Krankenblatt-Eintragungen vermuten ließen, z.B. bei einer Diagnose wie »Paralyse« oder bei Patienten, die neben der dominanten Diagnose wie »Schizophrenie« noch weitere Beeinträchtigungen wie etwa »Kinderlähmung« verzeichnet hatten. Die Variable nannte ich »Lebenschance«.

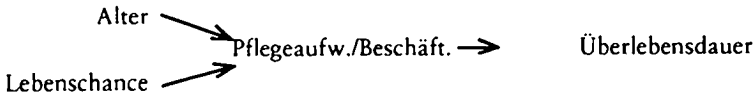
Das technische Vorgehen war nun so, daß ich zunächst die Einzelkorrelationen der drei genannten Variablen mit der zu erklärenden Va-

riablen der Überlebensdauer berechnet habe und daraufhin ermittelte, inwieweit der von mir vermutete multikausale Variablenzusammenhang zu diesen Korrelationen paßt. Also aus den einzelnen Ursachen-Wirkungszusammenhängen



und den partiellen Korrelationen, wie sie sich aus dem von mir vermuteten komplexeren Zusammenhang

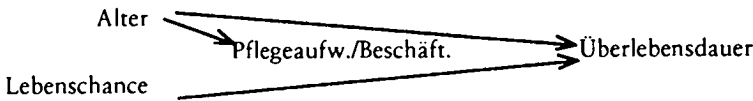
(Modell 1)



ermitteln lassen, wird ein Faktor errechnet, der das Maß der Übereinstimmung (»Goodness of Fit Index«) beschreibt.

Denkbar wäre natürlich auch ein anderes Modell des komplexeren Zusammenhangs:

(Modell 2)



In diesem Falle würde die Überlebensdauer also direkt von den von mir zusätzlich eingeführten Variablen abhängig sein und damit vermutlich den Einfluß der Variablen Pflegeaufwand/Beschäftigung abschwächen.

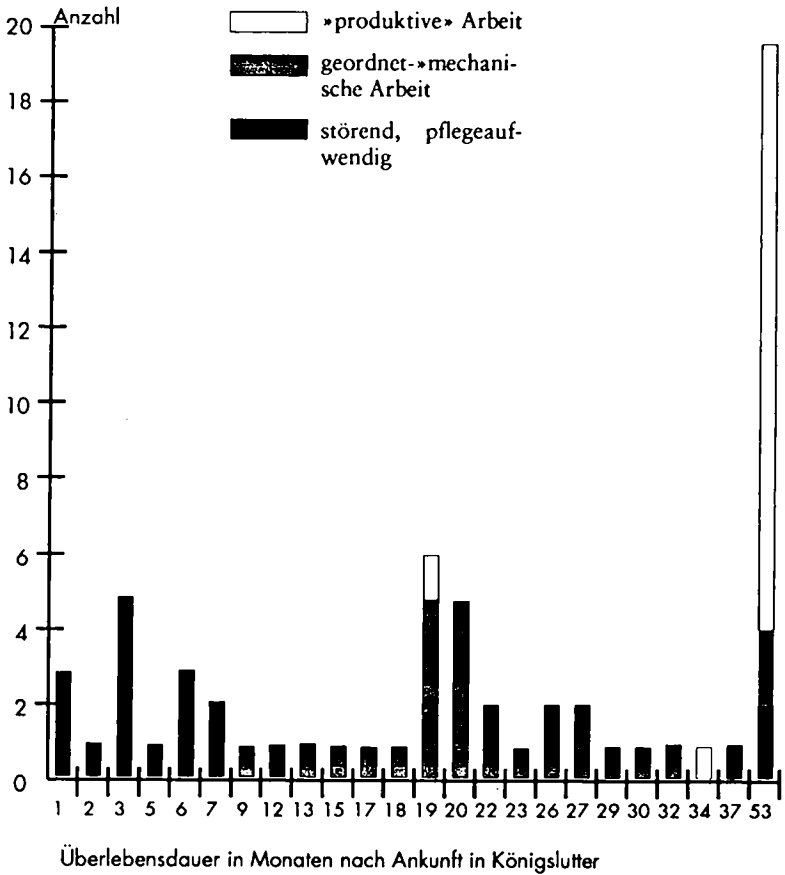
Die empirische Überprüfung ergab nun, daß die Daten sowie ihr direkter korrelativer Zusammenhang dann besonders gut erklärt werden, wenn Modell 1 der Berechnung zugrundeliegt (der »Goodness of Fit Index«, gemessen mit Programmpaket Lisrel 7, hat in diesem Fall den außerordentlich hohen Wert von .98, bei Modell 2 nur den Wert .91). Empirisch läßt sich daraus schlußfolgern, daß die Variablen Alter und Lebenschance zwar bis zu einem gewissen Grad den Pflegeaufwand bzw. den Grad der Arbeitsfähigkeit der Patienten erklären können, daß aber auch unter Berücksichtigung dieser Faktoren die partielle Korrelation zwischen Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer weiterhin ungewöhnlich hoch ist (nämlich .91).<sup>114</sup>

Selbst wenn man also ein komplexes Variablenmodell konstruiert, das möglicherweise besser imstande ist, soziale Wirklichkeit abzubilden,

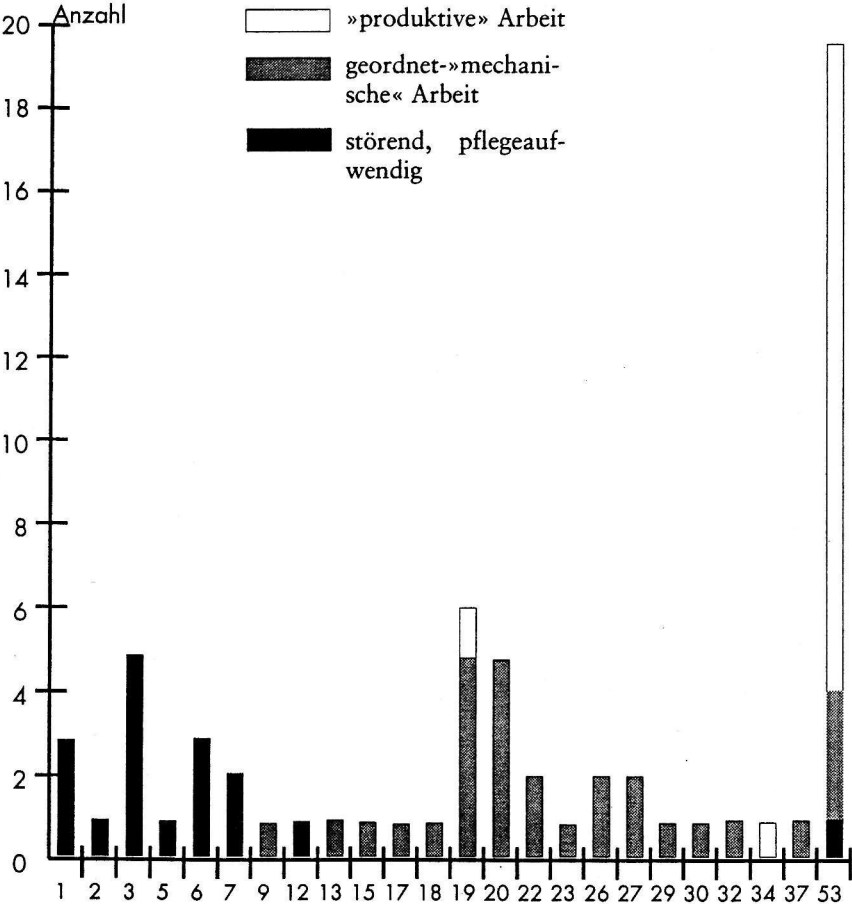
*Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

bleibt es für die Hamburger Patienten dabei: Alter und körperliche Beeinträchtigungen leisten keinen direkten Beitrag zur Erklärung der Überlebensdauer in Königslutter, sie wirken nur über den Index Pflegeaufwand/Beschäftigung auf die Sterberate ein. Deshalb bleibt es auch beim direkten Zusammenhang zwischen diesem Verhaltensindex der Patienten und der Dauer ihres Überlebens in der Anstalt. Augenfällig wird dieser Zusammenhang, wenn man ihn in einer Graphik abbildet, in der vertikal die Anzahl der Sterbefälle, horizontal die Überlebensdauer in Monaten eingetragen ist. Das Verhalten der männlichen Hamburger Kranken in Königslutter (Pflegeaufwand/Beschäftigungsgrad) ist durch unterschiedliche Schraffur zu kennzeichnen versucht (Graphik 6):

*Graphik 6: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer in Königslutter Männertransport 14.8.1941*



Graphik 6: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer in Königsutter. Männertransport 14.8.1941



Überlebensdauer in Monaten nach Ankunft in Königsutter

Bedenkt man die Vieldimensionalität sozialer Beziehungen und damit die mögliche Vielfalt der Einflüsse auf ein Ereignis, so ist der in diesem konkreten Fall trotz der Berücksichtigung zusätzlicher Faktoren dominant bleibende Zusammenhang zwischen Patientenverhalten und Überlebensdauer nur als außergewöhnlich zu bezeichnen. Ich halte ihn für einen indirekten Beweis dafür, daß die Überlebensdauer und mit ihr verbunden die hohe Sterberate nur durch einen systematischen Eingriff zu erklären ist. Und worin könnte dieser Einfluß anders bestehen als in Gewalt, einer Gewalt, die sich am Verhalten des Patienten, an dem Aufwand sowohl, den er die Anstalt gekostet hat, wie an dem Beitrag, den er durch seine Arbeit für die innere Anstaltsordnung bzw. die Ordnung des Umfeldes bei Bombenaufräumungsarbeiten in der Stadt geleistet hat, orientiert? Die Ergebnisse der Datenanalyse belegen jedenfalls mit erschreckender Eindeutigkeit, daß in Königsutter genau jene Kriterien für die Mortalität der Patienten ausschlaggebend waren, die für die Selektion zum Töten in der zweiten Phase der Euthanasie dominierten. »Über den ›Lebenswert‹ oder ›unwert‹ eines Anstaltsbewohners wurde nun in den Heil- und Pflegeanstalten selbst von Ärzten, Schwestern und Pflegern entschieden. Ausschlaggebend war dabei der Gesichtspunkt der Arbeitsfähigkeit. Aber auch Patienten, die dem Personal lästig waren, wurden hingerichtet. Ein Fluchtversuch oder ein Diebstahl, Widersetzlichkeit oder Aufsässigkeit, Unruhe oder Unsauberkeit, Selbstbefriedigung oder Homosexualität konnten für einen Anstaltsbewohner das Todesurteil bedeuten.«<sup>115</sup>

Dieser Befund läßt sich in bezug auf die Hamburger Patienten in Königsutter noch erhärten, wenn man einmal überprüft, ob vielleicht die Überlebensdauer der Kranken von ihrer Diagnose abhängt. Den Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen zeigt Tabelle 9. Auch wenn die Anzahl der Fälle für manche Diagnose-Gruppen gering ist, kann man vielleicht einigen Auffälligkeiten nachgehen. So zeigt sich, daß Patienten mit den Diagnosen Psychopathie, Imbecillität und Schizophrenie gegenüber den anderen Gruppen höhere Überlebenschancen hatten. Dagegen starben vier der fünf Paralytiker schon innerhalb des ersten Jahres ihres Aufenthaltes in Königsutter ebenso wie die beiden Patienten mit der Diagnose Idiotie bzw. der Patient mit Parkinsonismus, und keiner der Patienten dieser Gruppen überlebte. Insofern könnte man zu dem Schluß gelangen, daß die unterschiedlichen Überlebensraten dieser Gruppen mit ihrem jeweiligen Krankheitsbildzusammenhängen. Dieses Bild ändert sich aber sofort, wenn man das jeweilige Verhalten der Patienten mit diesen Krankheitsbildern in Königsutter, also wiederum den Index Pflegeaufwand/Beschäftigung, berücksichtigt. Ich gebe nur einige Beispiele.



*Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

*Tabelle 9: Diagnosen und Überlebensdauer in Königslutter  
Männertransport 14.8.1942*

Diagnosen	Überlebensdauer in Königslutter			Gesamt
	1	2	3	
Epilepsie	3	3		6
Idiotie	2			2
Imbecillität	2	3	5	10
Paralyse	4	1		5
Psychopathie		2	3	5
Schizophrenie	8	18	12	38
Schwachsinn	1	1		2
Parkinsonismus	1			1
chron. Alkoholismus		1		1
Gesamt	21	29	20	70

1 = gestorben in einem Zeitraum bis zu 1 Jahr nach Eintreffen in Königslutter

2 = gestorben in einem Zeitraum von über 1 Jahr bis Kriegsende

3 = überlebt

So zeigt sich, daß Diagnose-Gruppen mit höherer Überlebensrate in Königslutter auch häufiger »produktiv« gearbeitet haben.<sup>116</sup> Etwa die Kranken mit der Diagnose Psychopathie:

*Tabelle 10: Patienten mit der Diagnose Psychopathie*

Verhaltensindex	Überlebensdauer			Gesamt
	1	2	3	
pflegeaufwendig				
»mechanische« Arbeit		1		1
»produktive« Arbeit		1	3	4
Gesamt		2	3	5

Oder die Patienten mit der Diagnose Imbecillität:

*Tabelle 11: Patienten mit der Diagnose Imbecillität*

Verhaltensindex	Überlebensdauer			Gesamt
	1	2	3	
pflegeaufwendig	1			1
»mechanische« Arbeit		2	1	3
»produktive« Arbeit		1	4	5
Gesamt	1	3	5	9 <sup>1</sup>

<sup>11</sup> Patient weniger als in Tabelle 9, da nicht zuzuordnen beim Verhaltensindex

Auch in dieser Gruppe haben also überproportional viele Kranke »produktiv« gearbeitet.

Umgekehrt ist es bei den Paralytikern, von denen keiner produktiv gearbeitet hat, zwei von dreien aber pflegeaufwendig waren.

Tabelle 12: Patienten mit der Diagnose Paralyse

Verhaltensindex	Überlebensdauer			Gesamt
	1	2	3	
pflegeaufwendig	2			2
»mechanische« Arbeit		1		1
»produktive« Arbeit				
Gesamt	2	1		3 <sup>1</sup>

1 2 Patienten weniger als in Tabelle 9, da nicht zuzuordnen beim Verhaltensindex  
 Besonders auffällig sind diese Zusammenhänge bei den beiden Patienten mit der Diagnose Idiotie:

Tabelle 13: Patienten mit der Diagnose Idiotie

Verhaltensindex	Überlebensdauer			Gesamt
	1	2	3	
pflegeaufwendig	2			2
»mechanische« Arbeit				
»produktive« Arbeit				
Gesamt	2			2

Es zeigt sich also, daß der Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Diagnosen und der Überlebensdauer in Königslutter nur deshalb besteht, weil die Krankheitsformen einen Einfluß auf das spezifische Verhalten der Kranken in der Anstalt haben. Nur dies wurde dort bewertet, wie man besonders deutlich an der Gruppe der Schizophrenen erkennt, in der das Verhalten am unterschiedlichsten streut:

Tabelle 14: Patienten mit der Diagnose Schizophrenie

Verhaltensindex	Überlebensdauer			Gesamt
	1	2	3	
pflegeaufwendig	7		1	8 (22,2 %)
»mechanische« Arbeit	1	16	2	19 (52,8 %)
produktive« Arbeit			9	9 (25,0 %)
Gesamt	8 (22,2%)	16 (44,4%)	12 (33,3%)	36 <sup>1</sup> (100,0 %) <sup>2</sup>

1 zwei Patienten weniger als in Tabelle 9, da nicht zuzuordnen beim Verhaltensindex.  
 2 Rundungsfehler bei Addition der Spaltenprozentc.

Ich habe hier die Randprozente mit aufgeführt, weil noch etwas deutlich wird: Die Verteilung ist etwa mit derjenigen identisch, die entsteht, wenn man die Gesamtgruppe im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Pflegeaufwand/Beschäftigungsgrad und Überlebensdauer überprüft (vgl. Tabelle 8). Anders gesagt: die Spezifikation aufgrund der Diagnose »Schizophrenie« spielt praktisch keine Rolle. Auch aus diesem Ergebnis kann man folgern, daß die Beziehung zwischen Diagnose und Lebensdauer in Königslutter nur scheinbar ist. Der Grund für die Dauer des Überlebens läßt sich eben nicht unmittelbar aus dem Krankheitsbild ableiten.

Es ist auch aufschlußreich, daß in dem hier vorgelegten Ergebnis Trends zum Ausdruck kommen, die, zumindest aus der Retrospektive betrachtet, sich beim Beschäftigungsverhalten der Patienten in Langenhorn bereits angedeutet haben. Diejenigen Patientengruppen, die in Königslutter die höchsten Überlebenschancen hatten, stellten in Langenhorn bereits die höchsten prozentualen Anteile an Beschäftigten, während umgekehrt diejenigen Patientengruppen, die hohe Todesraten schon im ersten Jahr nach Eintreffen in Königslutter hatten, in Langenhorn prozentual die geringsten Anteile an Beschäftigten aufwiesen.<sup>117</sup>

Dieses Resultat gilt, obwohl der Beschäftigungsgrad beim Wechsel der Kranken von Langenhorn nach Königslutter keine Konstante darstellte. Dies konnte ja schon deshalb nicht der Fall sein, weil sich aus der in Langenhorn a priori als »mechanisch« definierten Arbeit in Königslutter der Typus der »produktiven« Arbeit herauskristallisierte. Das heißt, die dazu fähigen Patienten erhielten in der Verlegungsanstalt »höherwertige« Beschäftigungsangebote und konnten diese offensichtlich auch wahrnehmen. Wie Tabelle 15 zeigt, stammten alle Patienten mit solchen »produktiven« Tätigkeiten aus der Gruppe derjenigen, die in Langenhorn Beschäftigungseinträge hatten. Auffällig ist weiter, daß von denjenigen, die in Langenhorn keine Beschäftigung hatten, in Königslutter elf zumindest geringfügig gearbeitet haben, während umgekehrt sechs in Langenhorn »mechanisch« Arbeitende in der Verlegungsanstalt zu den »Pflegeaufwendigen« gehörten und ohne Arbeit waren. Der Beschäftigungsgrad scheint also neben den subjektiven Voraussetzungen in hohem Maße auch von anstaltsspezifischen Bedingungen bzw. von Reaktionen der Anstalten auf Verhaltensauffälligkeiten (etwa Unruhe, Erregung) abhängig gewesen zu sein.

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen der Beschäftigung in Langenhorn und Königsflutter

Beschäftigung in Langenhorn laut Meldebogen	Verhaltensindex in Königsflutter			Gesamt
	pflgeauf- wendig – störend	geordnet – »mechanische« Arbeit	»produk- tive« Arbeit	
nein	9	11		20 (39,2%)
ja	6	17	8	31 (60,8%)
Gesamt	15 (29,4 %)	28 (54,9 %)	8 (15,7 %)	51 <sup>1</sup> (100,0%)

1 nur die Fälle, bei denen über die Beschäftigung in beiden Anstalten etwas bekannt ist.

Diese Variabilität des Beschäftigungsgrades ist nun in dem hier interessierenden Zusammenhang von Bedeutung, weil sie anscheinend unmittelbare Folgen für das Überleben einzelner Patienten hatte. Im anderen Kontext wurde dies schon deutlich am Beispiel der Schwachsinnigen, deren Brauchbarkeit Dr. Robert Müller aufgrund des wegen der Kriegsverhältnisse leergefegten Arbeitsmarktes in seinem Planungsbericht entdeckt hatte. Der T4-Planer Dr. Müller war bekanntlich Ende 1943 nach Königsflutter zurückgekehrt. Wie verhielt er sich nun gegenüber den Imbecillen? Von den zehn imbezillen Hamburger Patienten fand Dr. Müller noch fünf vor, vier waren bereits gestorben, einer, nämlich der oben beschriebene Kranke mit Familienkontakt, entlassen. Der bei weitem älteste dieser fünf Patienten starb mit knapp 70 Jahren 1944, er hatte laut Krankenblatt-Eintragung noch »etwas auf der Abteilung« geholfen. Die übrigen vier aber enthalten Krankenblatt-Eintragungen Dr. Müllers zur Beschäftigung, die vollständig den im zitierten Planungsbericht niedergelegten Vorstellungen von der Notwendigkeit der Erhaltung auch »halber« Arbeitskräfte und dem Arbeitseinsatz bildungsfähiger Schwachsinniger entsprechen. Die Eintragungen lauten u.a.:

- Patient A »Ausdauernd fleißig in der Korbflechtereie. Gute Leistung.«
- Patient B »Geht jetzt mehrere Stunden zur großen Waschküche, dort ganz brauchbar, an den anderen Wochentagen in Außenkolonne. Zu einfache Arbeiten gut brauchbar, willig.«
- Patient C »In der Feldkolonne guter Arbeiter [...], auch manchmal Gespannführer.«
- Patient D »Geht mit Stadtkolonne, ganz brauchbar und willig, unselbständig, deutlich imbecill, aber anstaltssozial, gutmütig.«

Bedenkt man den empirisch engen Zusammenhang zwischen Beschäfti-

gungsgrad und Überlebensdauer in Königsutter, so läßt sich also der Maßstab für das Überleben einzelner Kranker, und damit für das Sterben der Mehrzahl, durch eine Kategorie beschreiben, die die Funktionalität einer bestimmten Patientengruppe im Angesicht der Auflösungserscheinungen der letzten Kriegsjahre unterstreicht: Dr. Müller nannte diese Patienten »anstaltssozial«. »Anstaltssozial« waren entgegen ihrer Einschätzung in Langenhorn mit sich zuspitzender Kriegslage nun plötzlich solche Kranke, die entweder halfen, den Anstaltsbetrieb aufrechtzuerhalten, ob in der Küche, im Büro oder bei der Reparatur der Anstaltsuhr, oder aber sich dazu eigneten, nach den Bombenangriffen auf Königsutter Anfang 1944 in Räumungskommandos mitzuarbeiten. So schrieb Dr. Müller beispielsweise in die Krankenakte eines schizophrenen Patienten: »Fleißiger Stationsarbeiter, etwas langsam, aber sehr brauchbar. Verhält sich ruhig, geordnet [...], anstaltssozial geworden.« Der Patient überlebte und wurde 1948 »auf Wunsch der Eltern nachhause entlassen«. Indem der T4-Psychiater sich also unter geänderten Verhältnissen wiederum als Gesellschaftsplaner betätigte, änderten sich auch die Folgen für manche Patienten.

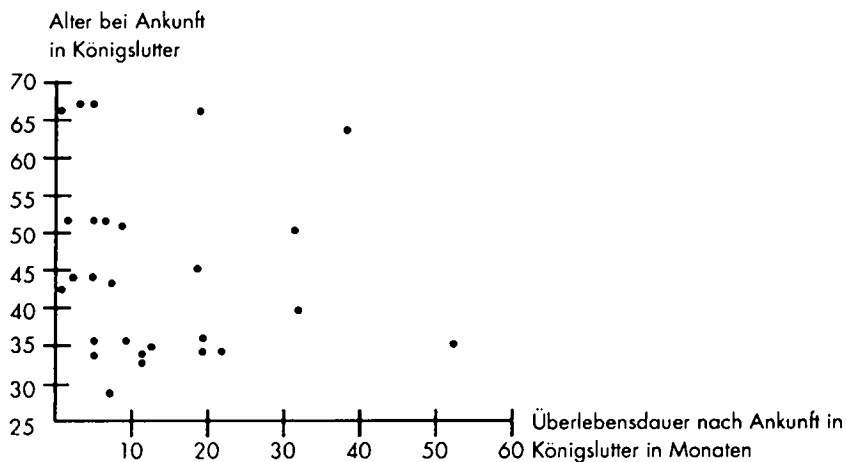
Überdies ist anzunehmen, daß sich Dr. Müller der Rückendeckung aus Berlin sicher war. Schon am 18. März 1943 nämlich hatte der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten Herbert Linden die »Erfassung der arbeitsfähigen Insassen von Heil- und Pflegeanstalten aller Art« verfügt. Danach fielen erwerbsunfähige Geistesranke zwar nicht unter die Meldepflicht für Aufgaben der Reichsverteidigung. Von nun an sollte aber das Potential an Anstaltsinsassen, das »im Anstaltsbetrieb und unter Aufsicht sehr wohl zu arbeiten« versteht, voll ausgeschöpft werden. So hieß es in der Verordnung u.a.: »Die Zeitumstände erfordern es, die Beschäftigung der Anstaltspfleglinge über den Rahmen der sogenannten Arbeitstherapie hinaus zu erweitern. Es muß versucht werden, diese Arbeitskräfte noch mehr auszuschöpfen, indem man sie z.B. in einem der Anstalt benachbarten Betrieb unter Aufsicht von Pflegern und unter Berücksichtigung ihrer beschränkten Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der Arbeitszeit und der Schwere der zu verrichtenden Arbeit arbeiten läßt, Arbeitskommandos bildet usw. [...] Die Art des Arbeitseinsatzes der Anstaltspfleglinge hängt natürlich von den Umständen ab, die bei der einzelnen Anstalt in bezug auf Belegungsstärke, Größe der Handwerksbetriebe, Verkehrslage, Vorhandensein von Rüstungsbetrieben in der Nachbarschaft usw. gegeben sind.«<sup>118</sup>

Der zunehmenden Desorganisation im Verlauf des Krieges und den angestregten Versuchen des Gegensteuerns mögen so manche Kranke paradoxer- und glücklicherweise ihr Leben verdankt haben – bei den in Königsutter gebliebenen Patienten aus Hamburg waren es vor allem Männer. Zehn von ihnen kamen Anfang 1950 im Zuge einer Rückverle-

gung in die Ricklinger Anstalten, fünf starben nach Kriegsende in Königsflutter, zwei wurden in dieser Zeit entlassen, einer schon während des Krieges, ein Patient war 1945 entwichen.

Von den 30 Frauen, die am 29. Juli 1941 aus Langenhorn in Königsflutter eingetroffen waren, hat nur eine einzige überlebt. Die Überlebensdauer der übrigen Patientinnen nach ihrem Eintreffen in der Verlegungsanstalt war wie bei den Männern relativ unabhängig von ihrem Alter, wie Graphik 7 zeigt.

Graphik 7: Alter und Überlebensdauer in Königsflutter.  
Frauentransport 29.7.1941



30 Fälle

Die Frauen sind im Durchschnitt auch früher gestorben als ihre männlichen Mitpatienten aus Hamburg: 18 starben schon im ersten Jahr nach ihrer Ankunft in Königsflutter, danach bis Kriegsende also noch elf.

Nach allem, was über die schärferen Selektionsbedingungen, die härteren Anstaltserfahrungen dieser Frauen schon in der Langenhorner Zeit zu erkennen war, ist diese erschütternde Sterbequote und -geschwindigkeit unter Zugrundelegung der bisher analysierten Zusammenhänge nicht mehr überraschend. Laut Langenhorner Meldebogen hatten nur fünf der 30 Frauen in der dortigen Anstalt gearbeitet. Überprüft man die Krankenblatteintragungen in Königsflutter, so findet man bei nur sieben Frauen Bemerkungen über eine dortige Tätigkeit. Davon waren vier ausschließlich mit »Zupfen« beschäftigt (alle vier starben übrigens erst nach dem ersten Jahr ihres Aufenthalts in der Verlegungsanstalt), eine mit

»Handarbeit«, zwei in der Schälküche. Es haben also nur zwei Frauen nach damaliger Einschätzung »produktiv« gearbeitet. Tatsächlich hat denn auch eine von ihnen den Krieg überlebt, während die andere, gemessen an dem sonstigen Sterbe geschehen des Frauentransports, relativ spät, im März 1944, gestorben ist.

Es waren nämlich nur zwei weitere Patientinnen ebenfalls erst 1944 verstorben, und bei beiden kann man außergewöhnliche Umstände vermuten. Bei einer der beiden kranken Frauen ist in der Akte vermerkt, daß sie in Königslutter regelmäßig von ihrem Ehemann, einem Großkaufmann, besucht wurde. Die zweite spät gestorbene Patientin litt an mongoloider Idiotie. In Analogie zum Männertransport und unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sie als »ungeordnet« und »unbeschäftigt« beschrieben wurde, sollte man einen frühen Tod vermuten. Seltsamerweise findet sich bei ihr in Königslutter aber auch der Eintrag: »Hat Malaria-*kur* durchgemacht.« Man darf rätseln, welchen Sinn eine Malaria-*kur* bei einer Patientin mit dieser Diagnose haben soll.

Bei auffällig vielen der 30 Frauen finden sich sehr negative Eintragungen zum Pflegeaufwand in Königslutter. Die Skala reicht von »sehr unsauber«, »unordentlich«, »bettlägerig«, »muß in allem besorgt werden«, bis zu »erregt«, »zerfahren«, »unansprechbar«. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zum Männertransport, der sich vielleicht erklären läßt. Möglicherweise spielte nämlich eine Rolle, daß der Anteil der Frauen, der kurz vor der Verlegung nach Königslutter aus anderen Anstalten nach Langenhorn zurückverlegt worden war, relativ hoch war. Gerade diese Patientinnen, die aufgrund der Meldebogenaktion in der ersten Phase der Euthanasie selektiert worden waren, kamen häufig in körperlich hinfalligem Zustand in ihre Ursprungsanstalt zurück. So findet sich z.B. bei einer Patientin, die aus Strecknitz erst am 19. Juli 1941 zurückverlegt war, kurz zuvor der Lübecker Eintrag: »körperlich sehr reduziert, bis auf weiteres dauernde Bettruhe«. Vielfach finden sich auch bei den kranken Frauen, die Anfang Juli 1941 aus Lüneburg nach Langenhorn zurückgekommen waren, Einträge aus der dortigen Anstalt wie: »bettlägerig«, »kachektisch«. Wie ein roter Faden wird sich jetzt der Befund »Kachexie« bis in die Anstalt Königslutter durchziehen, wo dieser Eintrag im Zusammenhang mit zunehmender Hinfälligkeit und bald darauf folgendem Tod immer wieder auffällt. Man wird also sagen können, daß die Mehrzahl dieser Frauen schon vor ihrer endgültigen Einlieferung in Königslutter pflegerisch vernachlässigt worden war, und daß sie in einem bereits hinfälligen Zustand in dieser Anstalt eintrafen.

Denkt man aber an die Nachkriegsaussagen jener Schwestern und Pflegerinnen, die die Hamburger Patientinnen in Königslutter zu Gesicht bekommen haben, so erkennt man, daß die Vernachlässigung dieser Frauen in der Zielanstalt ihre Fortsetzung und Radikalisierung fand. Sie sol-

len auf dem Fußboden auf Stroh, in der Kälte, manchmal in Doppelbetten gelegen haben. Auch ärztlicherseits scheinen sie kaum Beachtung gefunden zu haben. So fällt auf, daß einer der beiden für diese Frauen zuständigen Ärzte nur einen knappen Eintrag anläßlich des Todes der jeweiligen Patientinnen gemacht hat, der eine schablonenhafte Zusammenfassung ihrer Auffälligkeiten darstellt. Stereotype und angesichts des Zustandes dieser Kranken wie Hohn klingende Wendungen finden sich darin wie: »zeitweilig zum Zupfen heranzuholen, zeigte aber keinen wirklich gesunden Trieb«, »nur vorübergehend außer Bett tragbar gewesen, aber keinerlei gesunde Strebungen«.

In den Nachkriegsaussagen wurde auch die Vermutung geäußert, daß die hohe Sterberate mit der auf die schlechte Ernährung zurückzuführenden Anfälligkeit der Patientinnen zusammenhängen könnte. Die Grenze zwischen schlechter Ernährung und Unterernährung dürfte hier sehr fließend gewesen sein, wie viele Krankenblatteintragungen anläßlich des Todes vermuten lassen, z.B.: »Kräfteverfall. Schizophrenie, Kachexie« oder »Kachektisch, nimmt wenig Nahrung zu sich. Exitus nach längerem Siechtum.« oder »Völlig unzugänglich. Unsauber. Körperlich kachektisch. Nach längerem Siechtum heute Exitus«. In den meisten dieser Fälle wurde keine spezifische Todesursache angegeben, stereotyp findet man die Grundkrankheit, Todesursache: Schizophrenie. Bei denjenigen Patientinnen, die »erst« 1943 starben, wurde dann fast immer als Todesursache Lungenentzündung eingetragen.

Bedenkt man also, daß nur ganz wenige dieser Patientinnen in Königsutter gearbeitet haben, daß dagegen viele pflegerisch aufwendig waren, so bietet sich für die extreme Sterberate eine Erklärung an. Legt man nämlich das in bezug auf den Männertransport vom 14. August 1941 entwickelte Modell zugrunde, läßt sich schließen: Diese Frauen waren, jedenfalls im Sinne des T4-Arzt Robert Müller, nicht »anstaltssozial«. Unter Berücksichtigung der drei Komponenten: Hinfälligkeit vieler Frauen bei ihrer Ankunft in Königsutter, katastrophale Versorgungslage der Patientinnen in dieser Anstalt sowie mangelnde »Anstaltssozialität«, schrumpft die Erklärung der Sterberate von 96,7 % auf eine Frage technischer Modalitäten zusammen. Diese bleiben im dunkeln. Mit Sicherheit läßt sich sagen, daß um die Frauen aus Hamburg, eigentlich zum Weitertransport in eine Tötungsanstalt zwischenverlegt, nicht viel Aufhebens gemacht wurde.

Daß die einzige überlebende Patientin in der Schälküche gearbeitet hat, ist eine indirekte Bestätigung dieser Vermutungen. Der Langenhorner Arzt hatte sie in seinem Befundbericht noch als »arbeitsunfähig« charakterisiert, während sie in Königsutter kontinuierlich arbeitete. Diese ja ebenfalls zur Tötung ausgesonderte Patientin fiel durch ihre soziale Einstellung auf, wie wiederkehrende Eintragungen in der Krankengeschich-



te belegen. So heißt es in Königsutter: »Ist zeitweise sehr besorgt um ihre Mitkranken, damit alle ihr Essen bekommen, möchte am liebsten ihr Essen noch teilen.« Die angeblich nicht arbeitsfähige Kranke kam nach dem Krieg in die Anstalt Rickling, wo es z.B. heißt: »Ging mit der Kolonne zur Arbeit [...]. Die Patientin versorgt sich weitgehend selbst, war arbeitsam und zeigte eine Stetigkeit bei der Arbeit. Vorübergehend war sie auch im Haushalt (Gutshaushalt) tätig.« Oder: »Sehr fleißig, man muß fast etwas bremsen.« Die Patientin von, wie es heißt, »gemeinhin freundlich – mitfühlender Art« ist 1968 gestorben.

Die phasenspezifischen Brüche, Improvisationen und Neuorientierungen der NS-Euthanasie bringen es mit sich, daß durch die hier vorgelegten Befunde und Analysen das Verlegungsgeschehen aus Langenhorn, soweit es mit der Anstalt Königsutter zusammenhängt, noch immer nicht in all seinen Verästelungen dokumentiert ist. Deshalb sei abschließend auf zwei weitere Aspekte hingewiesen. Der eine betrifft die vollständige Beschreibung der Verlegungen. Bisher wurde noch nicht erwähnt, daß auch noch Anfang 1945 Hamburger Frauen in Königsutter eintrafen. Der Unterschied zu den bisher erwähnten Transporten besteht darin, daß diese acht Patientinnen nicht direkt dorthin verlegt worden waren, sondern wie viele andere Insassen psychiatrischer Anstalten über mehrere Zwischenstationen dorthin gekommen waren. Langenhorn hatte sie am 6. Juni 1942 in die Privatanstalt Liebenburg verlegt, von dort wurden sie am 21. Dezember 1944 in die Anstalt Neuerkerode weiterverlegt, die sie dann wiederum in einem Transport von 63 Frauen und 40 Männern am 11. Februar 1945 nach Königsutter schickte.

Der andere Aspekt betrifft offene Fragen im Zusammenhang mit dem abrupten Ende der Aktion T4 am 24. August 1941. Es besteht nämlich Anlaß zu der Vermutung, daß noch weitere Kranke aus Hamburg-Langenhorn in das Tötungsszenario der Aktion T4 einbezogen werden sollten. Dafür gibt es in den Unterlagen eine Reihe von Indizien. Ein erster ergibt sich aus der Verlegungsliste des Frauen-Transports vom 29. Juli 1941. Diese Frauen wurden offensichtlich unter bürokratischen Gesichtspunkten alphabetisch aussortiert, wobei man in diesem Transport aber nur bis zum Buchstaben M des Nachnamens gelangt war. Zu vermuten ist also, daß Frauen mit später im Alphabet folgendem Nachnamen für einen weiteren Transport vorgesehen waren. Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus den Krankenakten der am 21. Oktober 1941 in die Privatanstalt Ilten verlegten Frauen. Von ihnen war mindestens ein Teil ebenfalls ursprünglich für die Zwischenanstalt Königsutter vorgesehen, denn häufig findet man den durchgestrichenen Eintrag: »Unverändert nach Königsutter verlegt.« Daß diese Patientinnen ebenfalls von der Aktion T4 erfaßt werden sollten, erkennt man auch daran, daß sich in ihren Akten jener kurze ärztliche Befundbericht befindet, der die T4-Ärzte in

den Verlegungsanstalten schnell über das Krankheitsbild informieren sollte. Da nun dieser Befundbericht im Einzelfall auch in Akten von Kranken zu finden ist, die erst viel später im Zusammenhang neuerlicher Euthanasie-Verlegungen in andere Anstalten kamen, kann man schließen, daß eine Reihe weiterer Patienten nur aufgrund des Euthanasie-Stopps noch eine Zeitlang in Langenhorn geblieben war. Zumeist hat ihnen dieses nicht geholfen, sie sind dann später in ihren Verlegungsanstalten, die fast immer auch Tötungsanstalten waren wie Meseritz-Obrawalde oder der Steinhof in Wien, gestorben. Überdies scheint die Tatsache dieser »überzähligen« Patienten darauf hinzuweisen, daß die T4-Planer keineswegs daran gedacht hatten, nur ein bestimmtes Kontingent an Geisteskranken durch Gas zu töten, wie in der Literatur vermutet wird. Sie müssen an der Fortsetzung ihres Tuns durch andere Ereignisse vorläufig gehindert worden sein.

## Verlegungen im Rahmen der Aktion T4

### Anmerkungen

- 1 StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Beakte Gesundheitsbehörde Bd. 1, Bl. 86, Vermerk vom 28.6.1941.
- 2 Vgl. dazu Teil I, Die Entwicklung der Anstalt Langenhorn in der Zeit des Nationalsozialismus.
- 3 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Bl. 5, Bericht Dr. Knigges vom 13.6.1945.
- 4 Ebd.
- 5 Ebd., Bl. 15, Aussage Dr. Luas vom 11.11.1946.
- 6 Vgl. Binding, Karl und Alfred E. Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920.
- 7 Ebd., etwa S. 57.
- 8 Ebd., S. 55.
- 9 Ebd., S. 57.
- 10 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Bl. 15.
- 11 Vgl. Binding, Karl und Alfred E. Hoche, a.a.O., S. 52.
- 12 Vgl. den folgenden Abschnitt.
- 13 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve, S. 494.
- 14 Vgl. Binding, Karl und Alfred E. Hoche, a.a.O., S. 51 f.
- 15 Zitiert bei Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat, Frankfurt/Main 1985, S. 38.
- 16 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beakte Gesundheitsbehörde 1, Bl. 39.
- 17 Ebd., Bl. 42.
- 18 GStA Frankfurt am Main, Js 17/59, Ermittlungsverfahren gegen Prof. Werner Heyde u.a., Anklageschrift, S. 219 f.
- 19 Ebd., S. 221.
- 20 Schmuhl, Hans-Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, Göttingen 1987, S. 200.
- 21 Intensive Bemühungen, noch im Besitz der Anstalt Königsutter befindliche Krankenakten Hamburger Patienten einsehen zu können, haben leider bis zur Abfassung dieses Berichts nicht zu einem Ergebnis geführt. Da es sich aber im wesentlichen um Material handelt, daß sich nicht auf die erste Phase der Euthanasie bezieht, und da in diesem Bericht der Schwerpunkt auf eben diese Phase gelegt wird, glaube ich, vorläufig auf diese Unterlagen verzichten zu können.
- 22 Im Jahr 1948 beantwortete das Ortsamt Nienburg/Saale eine Anfrage der Oberstaatsanwaltschaft Hannover nach Bernburger Krankenunterlagen: »Die in den Verlegungslisten benannten Personen, die von Königsutter am Elm angeblich zur Vergasung gebracht worden sind, können von hier aus nicht mehr festgestellt werden, da das Standesamt II in der Sonderabteilung Dr. Eberl 1941, nachdem die Verbrennung und Vergasung in Bernburg aufgehoben wurde, aufgelöst worden ist. Trotz eingehendster Ermittlungen hier in Bernburg ist nicht eine Liste der vergasteten oder verbrannten Personen gefunden worden. Es ist eher anzunehmen, nachdem die Vernichtungsstätte Bernburg nach Linz an der Donau verlegt wurde, daß sämtliche Unterlagen in dieser Hinsicht mit nach dort genommen worden sind.« StA Hannover, 2 Js 80/50, Ermittlungssache gegen Dr. Meumann, Bl. 72.
- 23 Vgl. StArch HH, Sozialbehörde II, 213.01-14 Bd.1, Unterbringung von Personen nach § 22..., darin der Nachkriegsbericht Steigertahls zur Geschichte der Hamburger Armenpflege.
- 24 Ebd., darin die Absätze 1 und 2 in den Ausführungsbestimmungen zur D.V. 211/00 »Einschränkung der Maßnahmen gegen Trinker, Rauschgiftsüchtige und Gemeinschaftswidrige – Unterbringung asozialer Elemente -.«
- 25 Vgl. Schmidt, Gerhard, Selektion in der Heilanstalt 1939 – 1945, Frankfurt/Main 1983, S. 71 f.
- 26 GStA Frankfurt am Main, Js 17/59, a.a.O., Anklageschrift, S. 219.
- 27 Ebd., S. 221.
- 28 Ebd., S. 224.
- 29 Vgl. dazu ebd., S. 234, wo es um die Frage der weiteren Verwendung freiwerdenden Anstaltspersonals geht.

- 30 Vgl. Köhler, Ernst, Arme und Irre. Die liberale Fürsorgepolitik des Bürgertums, Berlin 1977, S. 158 f.
- 31 Die Krankengeschichte des Patienten W., auf die ich mich beziehe, befindet sich im Archiv des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll.
- 32 Köhler, Ernst, a.a.O., S. 159.
- 33 Diesen Hinweis verdanke ich U. Lohalm.
- 34 Vgl. Schmuhl, Hans-Walter, a.a.O., S. 169 ff.
- 35 Reichsgesetzblatt I, 1933, S. 995-1009. »§ 42 d regelte die zwangsweise Einweisung derjenigen, die wegen Vergehen gegen den § 361 des RStGB (Landstreicherei, Bettelei, gewerbsmäßige Unzucht) verurteilt waren, in eines der 26 Arbeitshäuser des Deutschen Reiches.« Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 1, Berlin 1985, S. 9 ff., hier S. 41.
- 36 Vgl. Garfinkel, Harald, Conditions of Successful Degradation Ceremonies, in: American Journal of Sociology 61, 1955/56, S. 420 ff.
- 37 Vgl. in diesem Teil Kapitel 4.
- 38 Ich orientiere mich methodologisch vorwiegend am heuristischen Ansatz qualitativer Analyse von Gerhard Kleining. Im Unterschied zu quantitativen Strategien ist eine Zielsetzung die Untersuchung der Daten auf Gemeinsamkeiten. Da sich diese Regel zu einer »100 %- Forderung« zuspitzt, habe ich den gesamten Interview-Text interpretiert. Wiederkehrende Begriffe deuten dabei möglicherweise auf wiederkehrende Beziehungen. Vgl. Kleining, Gerhard, Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34, 1982, S. 224 ff.
- 39 Ebd., S. 234.
- 40 Um dem Ziel einer Heuristik der Emergenz von Strukturen wenigstens ansatzweise nahezu kommen, habe ich im Zuge der Analyse auftauchende Begriffe, die mir wichtig erschienen, durch Kursivschrift hervorgehoben. Die weitere Strategie wäre dann, ein so herausgefiltertes Begriffsraster an ähnlichen Gegenständen zu erproben.
- 41 Vgl. dazu: Eder, Klaus, Die Vergesellschaftung der Natur. Studien zur sozialen Evolution der praktischen Vernunft, Frankfurt/Main 1988.
- 42 Vgl. Habermas, Jürgen, Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt/Main 1981, Bd. II, z.B. S. 522.
- 43 Vgl. Haug, Wolfgang Fritz, Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts, Berlin 1986, z.B. S. 7.
- 44 Vgl. hierzu Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer, Die Konfrontation niedersächsischer Heil- und Pflegeanstalten mit den »Euthanasiemaßnahmen« des Nationalsozialismus, Diss. med., Hannover 1984, S. 399 ff.
- 45 Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hrsg.), Widerstand und Verfolgung in Niederösterreich 1934-1945, Band 3, Wien 1987, S. 672.
- 46 Vgl. Schmuhl, Hans-Walter, a.a.O., S. 206.
- 47 Zitiert bei: Aly, Götz, a.a.O., S. 26.
- 48 Vgl. StA Hannover, 2 Js 80/50, Ermittlungssache gegen Dr. Meumann, Bl. 148.
- 49 Vgl. Aly, Götz, a.a.O., S. 26.
- 50 Ebd.
- 51 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Bd. 23, Bl. 3444.
- 52 Ebd., Bl. 3448.
- 53 Ebd., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Sonderband I, Aussage Anton Fleger, Bl. 17 und 18.
- 54 Ebd., Dr. Ehrhardt, Helmut, Gutachten im Strafverfahren »Euthanasie« Lensch und Dr. Struve, 24.1.1975, S. 53.
- 55 Ebd., Anklageschrift, S. 217.
- 56 Ebd., Dr. Ehrhardt, Helmut, Gutachten vom 24.1.1975, S. 52.
- 57 Ebd., S. 90.
- 58 Vgl. Schmuhl, Hans-Walter, a.a.O., S. 207.
- 59 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Dr. Ehrhardt, Helmut, Gutachten vom 24.1.1975, S. 91.
- 60 Ebd.
- 61 Schmuhl, Hans-Walter, a.a.O., S. 207.
- 62 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 231.

## *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*

- 63 Ebd., Bd. 23, Bl. 3463.
- 64 Ebd., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Anton Fleger, Bl. 18 f.
- 65 Ebd., Bd. 23, Bl. 3469 f..
- 66 Ebd., Bl. 3474.
- 67 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 527.
- 68 Ebd., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Elli Reinke, Bl.108.
- 69 Ebd., Aussage Helene Seeleke, Elisabeth Schädlich, Louise Rodermund.
- 70 Ebd., Aussage Louise Rodermund, Bl. 116.
- 71 Ebd., Aussage Anna Petersohn, Bl. 131.
- 72 Zur Anstaltsgeschichte nach der T4-Phase kann leider die verdienstvolle Studie von Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer über die »Landes-Heil- und Pflegeanstalt Königslutter«, in: dies., a.a.O., S. 383 ff., auf die ich verweise, nur wenig Detailliertes beisteuern. Auch ich muß mich auf die Aktenlage beschränken, werde aber daraus zusätzliche Informationen aus, auf die die Autoren nicht eingehen.
- 73 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Luise Beddig, Bl. 84.
- 74 Ebd., Aussagen Hedwig Lisiak, Bl. 80, Käthe Pöppe, Bl. 93.
- 75 Dr. Meumann hat übrigens von April 1929 bis Juli 1932 in der Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg gearbeitet, vgl. StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., Bl. 143.
- 76 Vgl. ebd., Bl. 34, Bl. 143 f.
- 77 Auf Dr. Robert Müller komme ich weiter unten zurück.
- 78 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Dr. Fritz Barnstorf vom 27.9.72, Bl. 47, Aussage Elvira Fleger, Bl. 155.
- 79 Ebd., Aussage Charlotte Warnecke, Bl. 187.
- 80 Vgl. StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., ohne Seitenangabe.
- 81 Ebd.
- 82 Angeblich sei die Zunahme an Einweisungen »geistiger Alterserkrankungen«, die unter den Kriegseinwirkungen in den Familien keinen Platz mehr gehabt hätten, für die höhere Sterberate verantwortlich gewesen.
- 83 StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., Schreiben Dr. Schlüters vom 12.7.1948, ohne Seitenangabe.
- 84 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Else Friedrichs, Bl. 150.
- 85 Ebd., Aussage Gertrud Luckesch, Bl. 135.
- 86 Ebd., Aussage Hedwig Lisiak, Bl. 77.
- 87 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 336.
- 88 Vgl. StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., Bl. 149.
- 89 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Dr. Barnstorf vom 23.8.62, Bl. 7 und Bl. 8.
- 90 StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., Bl. 148.
- 91 Diese Auskunft gab mir Joachim Klieme, bis vor kurzem Leiter der Neuerkeröder Anstalten.
- 92 Paul Nitsche in einem undatierten Schreiben an den Präsidenten des Bezirksverbandes Pfalz Richard Imbt, in: BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II.
- 93 Vgl. Schmuhl, Hans-Walter, a.a.O., S. 278 ff.
- 94 »Zur Planung«, Bericht von Dr. Robert Müller vom 9.2.1943, in: BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II.
- 95 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Dr. Barnstorf vom 23.8.1962, Bl. 10.
- 96 Paul Nitsche an Richard Imbt, ohne Datum, in: BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II.
- 97 Vgl. Robert Müller an Paul Nitsche, 11.11.1943, in: BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II.
- 98 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königslutter, Aussage Dr. Barnstorf vom 23.8.1962, Bl. 11.

- 99 StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., Bl. 30.
- 100 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Vernehmungsniederschriften betreffend Königs-lutter, Aussage Luise Beddig, Bl. 84.
- 101 Ebd., Bl. 85 f..
- 102 Ebd., Aussage Elisabeth Schädlich, Bl. 143.
- 103 Ebd., Bl. 142.
- 104 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Ehrhardt, Helmut, Gutachten, S. 230.
- 105 Ebd., S. 233.
- 106 Ebd., S. 235.
- 107 Vgl. StA Hannover, 11 Js 10/74, Ermittlungsverfahren gegen Dr. Barnstorf u.a. wegen Mordes in der Heil- und Pflegeanstalt Königs-lutter.
- 108 Vgl. z.B. Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer, a.a.O..
- 109 Vgl. Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer, a.a.O., S. 423 f..
- 110 Die Punktlinie bei Überlebensdauer = 53 Monate ist natürlich ein Artefakt, das sich dar-aus ergibt, daß ich die Überlebenden des Krieges bei dieser Monatszahl eingetragen ha-be, also Ende des Jahres 1945. Aber auch diese Linie verteilt sich über alle Altersstu-fen, d.h. relativ junge Patienten konnten ebenso früh sterben wie alte und umgekehrt. Der Korrelationskoeffizient Pearson's R beträgt »nur« .154.
- 111 Vgl. dazu StA Hannover, 2 Js 80/50, a.a.O., Bl. 194 f..
- 112 Vgl. oben in diesem Kapitel .
- 113 StA Hannover, 2 Js80/50, a.a.O., Bl. 133.
- 114 Anmerkung für Statistiker: Die einzelnen Korrelationen mit der Überlebensdauer (ÜD) haben den Wert:

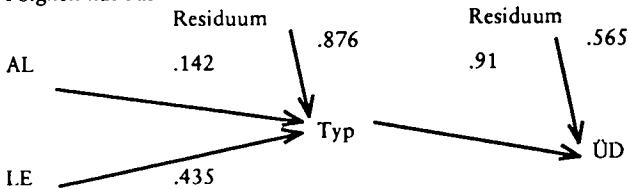
Typ (Typ)	.829
Alter (AL)	.154
Lebenschance (I.E)	.435

Die Gleichungen lauten:

$$0.91 \quad \text{Typ} + 0.565 \text{ Residuum} = \text{ÜD}$$

$$0.142 \quad \text{AL} + 0.435 \text{ I.E} + 0.876 \text{ Residuum} = \text{Typ}$$

Folglich hat das Modell die Form:



Der Goodness of Fit Index beträgt .982

Aus Gründen der Einfachheit ist hierbei vom metrischen Skalenniveau ausgegangen worden. Dies kompliziertere Argumentation mit ordinalen Maßen führt aber zu kei-nem anderen Ergebnis.

- 115 Vgl. Schmuhl, Hans-Walter, a.a.O., S. 223.
- 116 Ich weise darauf hin, daß wegen der sehr kleinen Einheiten die folgenden Tabellen kei-ne statistische Beweiskraft haben. Dennoch veranschaulichen sie m. E. für diesen be-sonderen Fall einen Trend.
- 117 Vgl. dazu in diesem Teil, Tabelle 5.
- 118 Diese zum Verständnis des Geschehens in den Heil- und Pflegeanstalten während der letzten Kriegsjahre bedeutsame Verfügung findet sich in: StArch HH, Staatskranken-anstalt Langenhorn 125, Werkstätten, Fuhrpark.



### **III. VERLEGUNGEN IN UMLANDANSTALTEN**

Regina Marien-Lunderup

#### **1. Die Verlegungen in die Lübecker Heilanstalt Strecknitz**

##### **Zur Geschichte der Heilanstalt Strecknitz und der Verträge zwischen Lübeck und Hamburg**

Die am 24. Oktober 1912 eröffnete Heilanstalt Strecknitz bei Lübeck war für die damaligen Verhältnisse außerordentlich modern und komfortabel eingerichtet. Die zunächst für 300 Patienten vorgesehene Anstalt verfügte über großflächige Park- und Grünanlagen, in denen sich die einzelnen Krankenpavillons, wie damals üblich getrennt nach Männer- und Frauen-seite, befanden. Bei der Ausstattung der Pavillons sowie anderer Gebäude wie z.B. Küche, Heizungsraum, technische Abteilung, Gärtnerei und Gesellschaftshaus hatte man keine Kosten gescheut. Ebenso war der Personalschlüssel ungewöhnlich hoch, in der Eröffnungsphase wurden 110 Beamte und Angestellte beschäftigt, darunter allein 62 Pfleger und Schwestern sowie fünf Ärzte.

Die Heilanstalt Strecknitz lag nicht, wie die überwiegende Zahl anderer psychiatrischer Einrichtungen, weit außerhalb der Stadt, sondern befand sich nur 3,6 km vom Lübecker Marktplatz entfernt auf einem mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichenden Gelände. Seit 1926 wurde die Anstalt von Dr. Johannes Enge geleitet, einem Mann, der fortschrittliche Therapiemethoden befürwortete und stets darum bemüht war, diese auch zur Anwendung kommen zu lassen. Ende der zwanziger Jahre verschlechterte sich die Situation der Heilanstalt Strecknitz. Bedingt durch die sich zuspitzende ökonomische Krise, die steigende Arbeitslosigkeit und die damit einhergehende Verelendung großer Teile der Bevölkerung kam es zu einem Anstieg der Patientenzahlen in Strecknitz, den man nur durch eine Einschränkung der vormals günstigen Verhältnisse



## *Verlegungen in Umlandanstalten*

bewältigen konnte. Die zunächst zusätzlich aufgenommenen 200 Kranken wurden auf die vorhandenen Gebäude verteilt. Das bedeutete Überbelegungen von Krankenzimmern und Umstrukturierung anderer Einrichtungen; so wurden beispielsweise Besucher- und Wohnzimmer verkleinert oder ganz zu Krankenzimmern umgerüstet.<sup>1</sup>

Nicht nur in Lübeck-Strecknitz schnellten die Patientenzahlen drastisch nach oben. Auch in Hamburg hatte man mit diesem Problem zu kämpfen. Die beiden Hamburgischen Staatskrankenanstalten Langenhorn und Friedrichsberg waren hoffnungslos überfüllt, der Bau einer dritten »Irrenanstalt« scheiterte u.a. am Fehlen eines geeigneten Geländes.<sup>2</sup> Die Hamburger Bürgerschaft genehmigte im März 1928 den Antrag des Senats, für die Unterbringung von Geisteskranken in auswärtigen Anstalten 200.000 RM zur Verfügung zu stellen. Daraufhin wurde mit der Lippischen Heilanstalt Lindenhaus ein Vertrag abgeschlossen, der die Aufnahme von ca. 65 Patienten gewährleistete. Die dadurch geschaffene Entlastung war nur von kurzer Dauer, so daß bereits im Dezember desselben Jahres ein weiterer Antrag vom Hamburger Senat in die Bürgerschaft eingebracht wurde. Diesmal ging es um den Ausbau der Lübecker Heilanstalt Strecknitz für Hamburger Zwecke. Die Idee, die Heilanstalt Lübeck in diesem Sinne zu erweitern, war nicht neu, es gab bereits vorher Verhandlungen über diesen Plan zwischen den beiden verantwortlichen Senatoren Gruenwaldt aus Hamburg und Eckholdt aus Lübeck. Dabei hatten sich folgende Vorstellungen herauskristallisiert: Die Heilanstalt Strecknitz solle von der Hansestadt Lübeck dahingehend erweitert werden, daß 400 Hamburger Kranke dort untergebracht werden können. Die finanzielle Absicherung Lübecks werde durch ein zinsloses, für die Dauer des Vertrages unkündbares Darlehen gewährleistet. Der Verpflegungssatz, den Hamburg pro Patient an Lübeck zu entrichten habe, habe dem eines erwachsenen Geisteskranken der Verpflegungsklasse III in der Staatskrankenanstalt Langenhorn zu entsprechen, dieser war für die damaligen Verhältnisse mit 5,40 RM pro Patient relativ hoch. Mindestens 75 % der Plätze mußten mit Hamburger Kranken belegt sein, ein Verwaltungsausschuß, bestehend aus je drei Vertretern Lübecks und Hamburgs, werde die Einhaltung der Verträge überwachen. Es werde die Möglichkeit offengelassen, daß jeder der beiden Vertragspartner die Anstalt übernehmen könne. Am 12. Dezember 1928 stimmte die Hamburgische Bürgerschaft dem Antrag des Senats zu, die finanziellen Mittel, immerhin 2.686.000 RM, wurden bewilligt. Damit entfiel für die Stadt Hamburg die Notwendigkeit, eine dritte »Irrenanstalt« zu errichten.<sup>3</sup>

Die Hansestadt Lübeck befürwortete den Ausbauplan ihrer Heilanstalt nicht zuletzt wegen der erhofften finanziellen Vorteile. Die von Hamburg bereitgestellte Millionensumme wurde noch aufgestockt durch ein weiteres Darlehen in Höhe von 350.000 RM für den Ausbau der In-

neneinrichtung. Günstig für die Lübecker Anstalt war auch, daß der Pflegesatz der Langenhorner Patienten, der bei der Kostenerstattung zu Grunde gelegt wurde, über den in Lübeck geltenden finanziellen Aufwendungen pro Patient lag. Bedingt durch die umfangreichen Ländereien, die zur Anstalt Strecknitz gehörten, konnte die Arbeitskraft der Kranken weitaus besser eingesetzt werden als in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, die nicht über Nutzgrundstücke in diesem Maße verfügte. Die Differenz zwischen den beiden Pflegesätzen wirkte sich also positiv auf die Finanzen der Stadt Lübeck aus, mit anderen Worten: je mehr Patienten aus Langenhorn nach Strecknitz verlegt wurden, desto größer war der Gewinn für Lübeck. Dort war man im übrigen stets darum bemüht, diese Tatsache vor Hamburg geheimzuhalten.<sup>4</sup>

Im Oktober 1930 wurden vertragsgemäß 278 Kranke nach Strecknitz verlegt. In den folgenden Jahren bis zur Anstaltsauflösung im September 1941 überführte Hamburg ständig Patienten von Langenhorn nach Lübeck, durch Rückverlegungen und Todesfälle freigewordene Plätze wurden schnell wieder aufgefüllt, so daß man von einer ständigen Belegungszahl von knapp 400 Kranken ausgehen kann.<sup>5</sup>

Die sich seit Anfang der dreißiger Jahre abzeichnende Tendenz, das rein ökonomische Prinzip der Kostensenkung immer mehr in den Vordergrund treten zu lassen, verschärfte sich während der nationalsozialistischen Herrschaft zunehmend und führte dazu, daß sich die Lebensbedingungen der Psychiatrie-Patienten stetig verschlechterten. Gleichzeitig wurde auch propagandistisch darauf hingearbeitet, im Volk Verständnis oder sogar Zustimmung für diese Maßnahmen zu wecken und die Sparmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung als gerechtfertigt erscheinen zu lassen.<sup>6</sup>

Auch die ehemals so fortschrittliche Heilanstalt Lübeck-Strecknitz begann sich im Sinne des neuen Zeitgeistes zu wandeln. Besonders an den »Hamburger Häusern« wurde deutlich, was jetzt unter Geisteskrankenfürsorge zu verstehen war: In den nach kostensparenden Gesichtspunkten errichteten Zweckbauten wurden in großen, bis zu 50 Patienten fassenden Wachsälen, unruhige, »verwilderte« Kranke, die meiste Zeit ans Bett gefesselt, nurmehr »verwahrt.«<sup>7</sup> Da ein Großteil der von der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn verlegten Patienten aus Schwerkranken und Dauerpflegefällen bestand, war ihre Versorgungslage in den »Hamburger Häusern« als äußerst schlecht zu bezeichnen. Hamburg, selber von den finanziellen Einschränkungen im psychiatrischen Bereich betroffen und stets durch seine überfüllten Heilanstalten unter Druck, versuchte zur eigenen Entlastung so viele »schwere Fälle« wie möglich nach Lübeck zu verlegen. Diese Tatsache, die Art der Unterbringung sowie die zusätzliche Isolierung der Kranken von ihren Verwandten und Freunden durch die größere Entfernung vom Heimatort, bedeutete für viele Ham-

burger Patienten eine drastische Reduzierung ihrer Lebenschancen. Die Überführung von unruhigen Kranken wurde noch einmal forciert durch die Verlegungen im Zuge der Auflösung der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.<sup>8</sup> Von den etwa 1.800 Patienten, die auf andere Anstalten verteilt wurden, kamen 696 zumeist »unruhige Arbeitsfähige« nach Langenhorn.<sup>9</sup> Ungefähr 100 dieser psychisch Kranken wurden nach relativ kurzer Verweildauer in die Lübecker Heilanstalt weiterverlegt.

### **Die Langenhorner Transporte nach Strecknitz – Untersuchung der Auswahlkriterien**

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn wurden im Rahmen der Hamburg-Lübeck-Verträge von 1930 bis 1941 Patienten sowohl in Einzel- als auch in Sammeltransporten, ihre genaue Zahl läßt sich nicht mehr rekonstruieren, nach Strecknitz verlegt. Der Zeitraum, in dem die Patientenüberführungen stattfanden, soll in zwei Phasen untergliedert werden: die erste Phase umfaßt die Jahre vom ersten Transport im Oktober 1930 bis zum Kriegsbeginn; die zweite Phase beginnt am 1. September 1939 und endet mit der Auflösung der Heilanstalt Strecknitz am 23. September 1941. Die Untergliederung in zwei Zeitabschnitte erscheint insofern sinnvoll, als die Auswahlkriterien vor Kriegsbeginn möglicherweise anders gelagert sein könnten als nach Kriegsausbruch und als die Aktenlage sehr unterschiedlich ist.

Man kann davon ausgehen, daß die Verlegungen von Hamburger Patienten nach Lübeck, die vor Beginn des Krieges stattfanden, nicht mit den späteren Euthanasie-Maßnahmen bzw. der Aktion T4 in Zusammenhang standen. Die Gründe, die zu einer »Auslagerung« eines Teiles der Langenhorner Patienten nach Strecknitz führten, wurden bereits dargestellt. Ob die nach dem 1. September 1939 erfolgten Verlegungen aus denselben Gründen stattfanden, ob die Kriegsverhältnisse eine Rolle spielten oder ob ein Zusammenhang mit der Aktion T4 bestand, gilt es im folgenden genauer zu untersuchen.

Die Aktenrepräsentanz und der Umfang an Zusatzinformationen ist für die beiden bearbeiteten Gruppen sehr unterschiedlich. Während der Zeitraum 1. September 1939 bis 23. September 1941 durch Krankenakten, Archivmaterial und Sekundärliteratur relativ gut repräsentiert ist, fehlen für die Zeitspanne der Verlegungen bis Kriegsbeginn etliche Informationen. Genauer erläutert bedeutet dies: In der zweiten Verlegungsphase sind 228 Patienten nach Strecknitz überführt worden. Die Zahl der Verlegungen wurde an Hand der im Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll vorhandenen Ein- und Ausgangsbücher überprüft. Von 118 Patienten liegen die Akten, mehr oder weniger vollständig, vor. Informationen,

die die restlichen 110 Patienten betreffen, wurden mit Hilfe von Karteikarten des Krankengeschichtenarchivs des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll oder aus Archiven von Anstalten, in die diese Patienten weiterverlegt wurden, ermittelt. Somit liegt den Berechnungen, die für die zweite Gruppe durchgeführt wurden, eine relativ vollständige Datenbasis zugrunde.

Die Gesamtzahl der Überführungen, die im ersten Verlegungszeitraum, also in der Zeitspanne Oktober 1930 bis Kriegsbeginn, stattfanden, ließ sich auf Grund von lückenhaftem Aktenmaterial nicht mehr rekonstruieren. Bekannt sind 305 Verlegungen, es läßt sich aber mit Sicherheit sagen, daß in dem besagten Zeitraum weitaus mehr Patienten aus Langenhorn in Lübeck aufgenommen wurden. Allein der erste Transport vom Oktober 1930 umfaßte bereits 278 Personen. Von den 305 verlegten Kranken, die uns bekannt sind, liegen 143 Akten vor, einige der fehlenden Daten, bezogen auf die übrigen 162 Patienten, wurden wiederum aus Archiven des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll und anderer psychiatrischer Einrichtungen ergänzt. Da es nicht möglich war, die Gesamtzahl der Verlegten zu ermitteln, müssen die Ergebnisse der Berechnungen, die diese Gruppe von Patienten betreffen, mit großer Vorsicht betrachtet werden. Sie können lediglich Tendenzen widerspiegeln.

Die Zeit vor Kriegsbeginn war u.a. gekennzeichnet durch die ständige Überfüllung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn und die damit verbundene Notwendigkeit der Verlegungen in Ausweichkrankenhäuser. Die Vermutung liegt nahe, daß die Auswahl der zu überführenden Kranken in Hamburg nicht ohne Eigennutz geschah. Gerade Schwerkranke, Pflegefälle oder unruhige Patienten, die überdurchschnittlich viel Zeit in Anspruch nahmen und mehr Pflegepersonal benötigten, stellten eine Belastung Langenhorns dar. Ähnlich verhielt es sich mit denjenigen Pfleglingen, die zu keiner Beschäftigung mehr heranzuziehen waren. Nach den Aussagen ehemaliger Strecknitzer Pflegerinnen und Pfleger wurden überwiegend gerade diese Patienten in die Lübecker Heilanstalt verlegt.<sup>10</sup>

Die Analyse des Aktenmaterials ergibt folgendes Bild: Die 143 vorhandenen Krankenakten dieser Gruppe wurden im Hinblick auf die Kriterien »Pflegeaufwendigkeit« und »Arbeitsfähigkeit« durchgesehen. Dabei zeigte sich, daß zwar nur gut ein Drittel der Kranken, genau 35 %, als reine Pflegefälle zu bezeichnen sind, über die Hälfte der Patienten allerdings, nämlich 58 %, waren in keiner Weise zu beschäftigen. Bei knapp einem Viertel der Akten ließen sich sowohl zur Pflegeaufwendigkeit als auch zur Arbeitsfähigkeit keine Vermerke finden (vgl. Tabelle 1). Auffällig ist, daß bei vielen Pfleglingen, die zu keiner Arbeit herangezogen werden konnten, immer wieder ähnliche negative Einschätzungen in den Akten vermerkt wurden. So findet man beispielsweise:

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

- »keine Beschäftigung, vollkommen stumpf und verblödet«;
- »lehnt jegliche Arbeit ab, gleichgültig, stumpf, ohne Interesse«;
- »keine Beschäftigung, ist unruhig, hat viele Wünsche, beschwert sich oft«;
- »keine Beschäftigung, gleichmäßig stumpfer, verblödeter Schizophrener«;
- »keine Beschäftigung, Querulant, stört dauernd beim Essen«.

Besonders krass werden Schwerkranke und Pflegefälle beschrieben:

- »keine Beschäftigung, ist unsauber, schmiert mit Kot«;
- »keine Beschäftigung, völlig demente, unsaubere Greisin«;
- »Pflegefall, muß völlig versorgt werden«;
- »keine Beschäftigung, zerreißt Kleider, schmiert mit Kot, keine Beziehung zur Umgebung«;
- »keine Beschäftigung, völlig stumpf, autistisch, Endzustand«.

Kranke mit den Kombinationen: »ohne Arbeit – schwieriger Pflege-ling (z.B. Querulant, stört beim Essen, beschwert sich oft)« oder »ohne Arbeit – Pflegefall (z.B. unsauber, schmiert mit Kot, muß völlig versorgt werden, Endzustand)« werden immer wieder mit ähnlichen stereotypen Beschreibungen stigmatisiert.

Da knapp 60 % der 143 Patienten in diese beiden Kategorien fallen, läßt sich zumindest tendenziell die Vermutung bestätigen, Hamburg habe vermehrt pflege- und arbeitsaufwendige Kranke zur eigenen Entlastung nach Lübeck überführt. (Dabei darf nicht übersehen werden, daß die 143 vorhandenen Akten nur 47 % der 305 bekannten Verlegungen repräsentieren, somit also für die restlichen 53 % keine Aussage zu treffen ist, da Pflegeaufwendigkeit und Arbeitsfähigkeit nur durch Aktenanalyse zu erheben waren und nicht durch Angaben aus dem Krankengeschichtenarchiv.) Diese Aussage wird noch durch ein Schreiben der Anstalt Strecknitz vom 28. Mai 1934 an Langenhorn erhärtet, in dem von der Lübecker Anstaltsleitung auf die Notwendigkeit hingewiesen wurde, nicht nur schwerkranke Patienten nach Strecknitz zu verlegen. In dem Brief, in dem es um die Überführung von 200 Hamburger Pflege-lingen nach Lübeck ging, hieß es u.a.: »Ferner muß in Erwägung gezogen werden, daß nicht nur wachsaalbedürftige Kranke, die dauernd überwachungsbedürftig sind, hierher gesandt werden. Wir gehen wohl nicht fehl in der Annahme, daß auch ein angemessener Teil der in Aussicht genommenen Kranken in offenen Abteilungen ohne Wachsaalbetrieb untergebracht werden kann.«<sup>11</sup> Natürlich lag es im Interesse Lübecks, die Anzahl der unruhigen und pflegebedürftigen Patienten so gering wie möglich zu halten, nicht zuletzt wegen der Tatsache, daß alle arbeitsfähigen Anstaltsinsassen auf den umfangreichen Ländereien beschäftigt wurden und somit zur Selbstfinanzierung der Anstalt beitrugen. Hamburg scheint der Bitte Lübecks nicht im gewünschten Umfang entsprochen zu haben, zumindest zeigt die Analyse der 143 vorhandenen Akten einen Anteil arbeitsfähiger Patienten von nur 20 % (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Verlegungen nach Lübeck-Strecknitz

Strecknitz 1:

Verlegungen von Langenhorn nach Lübeck-Strecknitz von 1930 bis Kriegsbeginn

Gesamtverlegungen:	305	
Vorhandene Akten:	143	davon:
	Anzahl:	Prozent:
Pflegefälle	50	35 %
keine Pflegefälle	62	43 %
unbekannt	31	22 %
soziale Kontakte	60	42 %
keine sozialen Kontakte	54	38 %
unbekannt	29	20 %
Beschäftigung	29	20 %
keine Beschäftigung	83	58 %
unbekannt	31	22 %

Strecknitz 2:

Verlegungen von Langenhorn nach Lübeck-Strecknitz vom Kriegsbeginn bis zum 23. 9. 1941

Gesamtverlegungen:	228	
Vorhandene Akten:	118	davon:
	Anzahl:	Prozent:
Pflegefälle	46	39 %
keine Pflegefälle	56	47 %
unbekannt	16	14 %
soziale Kontakte	43	36 %
keine sozialen Kontakte	58	49 %
unbekannt	7	14 %*
Beschäftigung	27	23 %
keine Beschäftigung	73	62 %
unbekannt	8	15 %

\* Die Differenz von einem Prozentpunkt ergibt sich durch Rundungsfehler.

Ein weiterer Gesichtspunkt, auf den die 143 Krankenakten hin durchgesehen wurden, war das Kriterium der »sozialen Kontakte«. Es stellte sich die Frage, ob das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Kontakten der Patienten nach außen, sei es durch Besuche von Angehörigen und Freunden, sei es durch Briefe oder Päckchen usw., für die Langenhorner Anstaltsleitung ein Verlegungskriterium darstellten. Immerhin wurde durch die Überführung nach Lübeck eine räumliche Distanz zwischen den Pfleglingen und ihren Bezugspersonen geschaffen, die damals nicht so ohne weiteres zu überwinden war. Es zeigt sich, daß von den 143 Langenhorner Patienten immerhin 42 % mehr oder weniger intensive, größten-

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

teils sogar regelmäßige Kontakte nach außen hatten, 38 % hatten keine Beziehungen mehr zu Verwandten oder Freunden, sie erhielten keinen Besuch, bekamen keine Briefe oder Päckchen, waren also von der Außenwelt isoliert. Hierbei handelte es sich zum Großteil um Dauerpflegefälle mit langjährigem Aufenthalt in psychiatrischen Einrichtungen. Bei den übrigen 20 % finden sich in den Akten keine Angaben darüber (vgl. Tabelle 1).

Der relativ hohe Anteil an Patienten, die noch in regelmäßigem Kontakt mit Personen außerhalb der Anstalt standen, läßt vermuten, daß bei den Verlegungen nach Lübeck auf diese Tatsache kaum Rücksicht genommen wurde. Dies ist auch aus Briefen von Angehörigen an die Langenhorner Direktion zu ersehen: So schreibt z. B. der Vater einer nach Lübeck überführten Patientin u.a.: »Die Direktion der Staatskrankenanstalt Langenhorn teilte mir mit Schreiben vom 26. August 1937 mit, daß meine Tochter, Thea S., nach Strecknitz verlegt wurde. Dagegen habe ich sofort mündlich und schriftlich protestiert und den Rücktransport in die Langenhorner Anstalt verlangt. Seit meiner ersten Anfrage ist inzwischen über 1 Jahr verstrichen und sollte ich hierauf nicht umgehend eine Rückäußerung erhalten, so werde ich mich an die höhere Stelle wenden, die schon das Nötige veranlassen wird.«<sup>12</sup> Auch die Schwester einer verlegten Kranken äußert ihre Empörung über die eigenmächtige Handlung Langenhorns: »Als ich am Sonntag, den 16. Februar, meine Schwester, Fräulein Sophia B., wie regelmäßig in der Heilanstalt Langenhorn besuchen wollte, war ich sprachlos, als mir mitgeteilt wurde, daß dieselbe sich gar nicht mehr in der Anstalt befindet, sondern am 11. Februar nach der Heilanstalt Strecknitz bei Lübeck abgeschoben worden sei. Ich mache Sie darauf aufmerksam, daß unsere alte 78jährige Mutter und ich die einzigen Verwandten sind, die Sophia B. regelmäßig besuchen konnten. Wir sind aber beide nicht in der Lage, zum Besuch eine Reise nach Lübeck zu unternehmen. Wir finden es auch unverständlich, daß Sophia B., die ihr Leben lang an den Hamburger Staat ihre Steuern bezahlt hat, jetzt plötzlich stillschweigend so weit nach auswärts gebracht wurde.«<sup>13</sup>

Es wird deutlich, daß die Deportationen von Langenhorn nach Strecknitz in vielen Fällen offensichtlich ohne das Einverständnis von Verwandten und Freunden erfolgt sind. Für viele derjenigen Kranken, die in Hamburg noch in regem Kontakt mit Angehörigen standen, bedeutete ihre Verlegung nach außerhalb zumindest in diesem Punkt eine Verschlechterung ihrer Situation. In der Erinnerung einer ehemaligen Strecknitzer Pflegerin spiegelt sich diese Tatsache in bezug auf die Hamburger Häuser so wider: »Da kam sehr wenig Besuch, vor allen Dingen durften sie ja gar nicht nach drinnen, wir mußten die Patienten vorn ins Besuchszimmer holen, die Angehörigen durften nicht in die Säle.«<sup>14</sup> So wird auch bei der Durchsicht der Akten deutlich, daß bei vielen Kranken nach

der Überführung in die Heilanstalt Strecknitz weniger oder gar keine Besuche von Angehörigen verzeichnet sind.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in der ersten Verlegungsphase, soweit aus dem vorhandenen Aktenmaterial erkennbar, überwiegend Patienten nach Lübeck überführt wurden, die auf Grund ihrer Pflegebedürftigkeit oder ihres schwierigen Verhaltens eine Belastung Langenhorns darstellten. Arbeitsfähige Patienten wurden möglichst zurückbehalten, Kontakte zu Angehörigen und Freunden waren bei der Auswahl der zu Verlegenden kein Hinderungsgrund.

Zu klären ist die Frage, ob sich im zweiten Verlegungszeitraum eine Verschiebung der Auswahlkriterien abzeichnete oder ob der beginnende Krieg und das Anlaufen der Aktion T4 keinen Einfluß auf die Verlegungspraxis Hamburgs nach Lübeck ausübten. Nach Durchsicht des Aktenmaterials kann hierzu folgende Aussage gemacht werden: Anhand der 118 vorhandenen Krankenakten lassen sich 39 % der Patienten in die Kategorie »Pflegefälle« und 62 % in die Kategorie »keine Beschäftigung« einordnen. Hierbei ergibt sich also ein ähnliches Bild wie in der ersten Verlegungsphase: Pflegeaufwendige Kranke und Patienten, die zu keiner Arbeit heranzuziehen waren, wurden zu fast gleichen Anteilen wie vor dem Beginn des Krieges nach Lübeck deportiert. Die Anzahl an Pflegepatienten und Kranken ohne Beschäftigung erhöht sich in beiden Fällen lediglich um 4 Prozentpunkte (vgl. Tabelle 1). Auch in den Krankenakten dieser Patienten wiederholen sich ständig die schon zitierten negativen Charakterisierungen. Es scheint, als ob die Kriegsverhältnisse keinen Einfluß auf die Verlegungspraxis Langenhorns ausübten. Eine Verschärfung der Auswahlkriterien »Pflegeaufwendigkeit« und »Arbeitsfähigkeit« ist nicht deutlich zu erkennen. Berücksichtigt werden muß allerdings wiederum die Aktenrepräsentanz. Die 118 vorhandenen Krankenakten machen 52 % der 228 Überführungen aus, die nachweisbar im Untersuchungszeitraum stattfanden. Für die übrigen 110 verlegten Pflinglinge fehlt zumindest für diese Variablen jegliche Information.

Auch hinsichtlich der Altersstruktur lassen sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede feststellen. Einzig die Gruppe der 45- bis 65jährigen Kranken ist vor Kriegsbeginn etwas stärker repräsentiert als nach Kriegsausbruch. Ähnlich verhält es sich hinsichtlich der Geschlechtsverteilung: Sowohl vor als auch nach dem 1. September 1939 umfassen die Verlegungen ca. 1/3 Frauen und 2/3 Männer. Lediglich die Variable »soziale Kontakte« hat im zweiten Verlegungszeitraum etwas andere Ausprägungen als im vorangegangenen Untersuchungsabschnitt. Während bis Kriegsausbruch noch in 42 % der vorhandenen Akten deutliche Hinweise auf Kontakte nach außen zu finden sind, verringert sich dieser Prozentsatz in der Zeit danach um 6 Prozentpunkte auf 36 %. Noch deutlicher spiegelt sich diese Tendenz in der



## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Kategorie »keine sozialen Kontakte« wider. Bei fast der Hälfte, genau 49 % der analysierten Akten der Gruppe 2, sind keine sozialen Kontakte zu verzeichnen. Demgegenüber belief sich die entsprechende Prozentzahl in der vorangegangenen Gruppe auf nur 38 %.

Wenn man davon ausgeht, daß im zweiten Verlegungsabschnitt die offensichtliche Zunahme von Pfleglingen, die von der Außenwelt isoliert waren, nicht auf Zufälligkeit beruht, bleiben für die Erklärung dieses Phänomens nur Vermutungen. Möglicherweise hat die Langenhorner Direktion durch ihre Verlegungspraxis, Patienten ohne Einverständnis von Angehörigen nach Lübeck zu überführen, doch mehr Schwierigkeiten bekommen als zu Beginn angenommen. Die weiter oben zitierten Beschwerden von Verwandten verlegter Hamburger könnten dafür sprechen. Leider ist nicht mehr nachvollziehbar, inwieweit bei denjenigen Kranken, von denen keine Unterlagen mehr existieren, von Angehörigen und Freunden gegen die Deportation Einspruch erhoben wurde. Vorstellbar wäre allerdings, daß Hamburg nach Kriegsbeginn ganz bewußt die Anzahl von Patienten ohne soziale Kontakte, die für die Heilanstalt Strecknitz bestimmt waren, erhöhte. Bedingt durch die Tatsache, daß die Personalsituation sich durch die Einberufung von Ärzten, Pflegern und männlichem Hilfspersonal im Laufe des Krieges zunehmend verschlechterte, könnte die Langenhorner Leitung bestrebt gewesen sein, sich nicht noch zusätzlich mit Beschwerden und Eingaben verärgerter Angehöriger auseinandersetzen zu müssen. Ein endgültiger Beweis für diese Erklärungsmöglichkeit kann nicht mehr erbracht werden.

Zu klären bleibt noch, ob die Patiententransporte nach Lübeck, die nach dem 1. September 1939 stattfanden, mit der Aktion T4 bzw. dem Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten in Zusammenhang standen. Dies würde bedeuten, daß die zur Deportation nach Strecknitz vorgesehenen Pfleglinge nach den Meldebogenkriterien selektiert wurden. Darunter fielen sämtliche Patienten, die im Anstaltsbetrieb nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten zu beschäftigen waren und zusätzlich an Krankheiten wie Schizophrenie, Epilepsie, Senilität, Lues-Erkrankungen, Schwachsinn jeder Ursache, Encephalitis und Huntington litten. Weitere Bedingungen waren ein ununterbrochener Mindestaufenthalt von fünf Jahren in psychiatrischen Anstalten, Verwahrung aufgrund krimineller Vorgeschichte und das Fehlen der deutschen Staatsangehörigkeit.<sup>15</sup>

Wie bereits dargestellt, ließ sich aus dem vorhandenen Aktenmaterial keine Zunahme von nicht beschäftigungsfähigen Kranken während der Verlegungen nach Kriegsausbruch in die Anstalt Strecknitz finden. Auch die Diagnosenverteilung der beiden Gruppen weicht nicht signifikant voneinander ab. Sowohl vor als auch nach Kriegsbeginn machten Patienten, die dem schizophrenen Formenkreis zugerechnet wurden, den Hauptteil der Verlegten aus. Die übrigen Diagnosen sind in etwa gleich

verteilt. Die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Institutionen einschließlich der in Langenhorn ließ sich bei 50 % der verlegten Kranken nicht mehr ermitteln. Der Prozentsatz derjenigen, die sich fünf Jahre und länger in Anstaltsbehandlung befanden, ist mit 14,9 % bei der Gruppe 2 bzw. 15,5 % bei den Patienten der Gruppe 1 als relativ stabil verteilt über den gesamten Verlegungszeitraum zu sehen. Sicherheitsverwahrte Anstaltsinsassen, z.B. solche, die aufgrund des § 22 Hamburger Verhältnisgesetz zum eigenen Schutz bzw. zum Schutze der Allgemeinheit in die Heilanstalt eingewiesen worden waren, fallen im gesamten Untersuchungszeitraum nicht ins Gewicht. Bis auf drei Ausnahmen besaßen alle verlegten Langenhorner Patienten die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Nationalität spielte demnach als Verlegungskriterium keine Rolle. Auffällig ist auch, daß lediglich bei zehn Patienten, die nach Kriegsbeginn in Lübeck aufgenommen wurden, ein Meldebogen in der Akte vorhanden ist. Fünf dieser Meldebögen sind zudem in Strecknitz ausgefüllt worden und stehen damit mit den Langenhorner Deportationskriterien in keinem Zusammenhang, bei drei Meldebögen ist der Absender nicht mehr auszumachen, nur zwei Formulare wurden nachweislich in Hamburg bearbeitet.

Die Auswahl der im zweiten Untersuchungsabschnitt nach Lübeck deportierten psychisch Kranken nach den sogenannten T4-Kriterien scheint somit unwahrscheinlich. Wahrscheinlicher ist die Vermutung, daß der Kriegsbeginn und die Kriegsverhältnisse keinen qualitativen Einschnitt in die Verlegungspraxis Hamburgs nach Lübeck gebracht haben. Das vorhandene Aktenmaterial zeigt keine auffallende Änderung in der Zusammensetzung der verlegten Patientenkielentel vor und nach Kriegsbeginn.

### **Das Geschehen in Strecknitz**

Im folgenden sollen die Vorgänge in der Heilanstalt Strecknitz genauer untersucht werden. Dabei steht die Frage nach dem Schicksal der Hamburger Pfleglinge, die nach Lübeck ausgelagert wurden, im Mittelpunkt.

Die Situation der Hamburger Patienten war, wie bereits oben angedeutet, im Vergleich zu ihren Lübecker Leidensgenossen eher schlechter. Durch die räumliche Distanz von ihren Angehörigen isoliert und an die im Wachsaalstil konstruierten »Hamburger Häuser« gebunden, nahmen sie über die gesamte Zeitspanne hinweg einen Sonderstatus ein. In der Erinnerung einer ehemaligen Strecknitzer Pflegerin wurden gerade die Langenhorner Insassen negativ stigmatisiert: »Das waren verwilderte Zellenpatienten. Sie wurden eingnäht hergebracht, in Wolldecken eingnäht, ein ganzer Bus voll eingnähter Patienten. [...] Wir haben uns gesagt, was

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Hamburg uns da schickt, das waren wirklich keine Menschen mehr, die waren so vertiert, wie Tiere eben. Mit der Zeit wurden sie anders, ziviliert. «<sup>16</sup> Durch die Tatsache, daß der Großteil der Hamburger Pfléglinge, bedingt durch ihre schlechte körperliche und psychische Verfassung, nicht am Arbeitsalltag und somit auch nicht an arbeitstherapeutischen Maßnahmen teilnahm, entstand kaum Kontakt mit anderen Insassen der Heilanstalt.

Nur wenige Kranke kamen zurück nach Langenhorn. Insgesamt sind 32 Rücküberführungen von Lübeck nach Hamburg bekannt. Bei 18 dieser Patienten handelte es sich um Pfléglinge jüdischer Herkunft, die auf Grund des Runderlasses des Reichsministers des Innern vom 30. August 1940 in einer Sammelanstalt zu konzentrieren waren. Für Schleswig und Hamburg war für diesen Zweck die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn vorgesehen. Die achtzehn jüdischen Kranken, zwölf Männer und sechs Frauen, wurden am 16. September 1940 von Lübeck nach Hamburg verlegt und nur sieben Tage später, am 23. September 1940, nach Brandenburg deportiert, wo sie mit ziemlicher Sicherheit der Vergasung zum Opfer fielen.<sup>17</sup> Die meisten der übrigen 14 Patienten, die nach Langenhorn zurückkamen, erlitten ein ähnliches Schicksal. Zehn von ihnen wurden im Laufe der nächsten Jahre in andere Anstalten verlegt und starben dort. Von vier Betroffenen ist nichts weiter bekannt (vgl. Tabelle 2).

Für 80 Langenhorner Patienten konnte die Anstalt Strecknitz als Todesort ermittelt werden. 26 von ihnen starben vor Kriegsausbruch, 54 danach. Die durchschnittliche Überlebensdauer in Strecknitz, unterteilt in die Kategorien:

- überlebt bis zu 3 Monaten
- überlebt bis zu 24 Monaten
- überlebt länger als 24 Monate,

stellt sich folgendermaßen dar: Während von denjenigen Patienten, die bis zum Kriegsausbruch nach Lübeck deportiert wurden, 3,8 % in den ersten drei Monaten ihres Aufenthaltes in Strecknitz starben, waren es in der zweiten Gruppe 38,9 %. Bis zu 24 Monaten überlebten in der Gruppe 1 11,5 %, in der Gruppe 2 steigt dieser Anteil auf 59,3 %. Ein Todesdatum, das erst nach einem Aufenthalt von mindestens zwei Jahren festzumachen ist, findet sich bei 84,6 % der bis zum 1. September 1939 nach Strecknitz transportierten Pfléglinge. Demgegenüber beläuft sich die entsprechende Prozentzahl bei den später verlegten Kranken auf nur 1,9 %. Dies ist natürlich schon dadurch bedingt, daß die Anstalt Lübeck-Strecknitz etwas mehr als zwei Jahre nach Kriegsausbruch aufgelöst wurde. Trotzdem läßt sich bei aller Vorsicht, mit der gerade das unvollständige Datenmaterial der Gruppe 1 zu interpretieren ist, feststellen, daß die Überlebensdauer der später nach Strecknitz verlegten Patienten wesentlich kürzer war als die der früher dorthin überführten Pfléglinge.

Tabelle 2: Schicksal der Langenhorner Patienten in Lübeck-Strecknitz

Gesamtverlegungen nach Strecknitz:	533	
davon:		
in Strecknitz gestorben	80	
aus Strecknitz entwichen	5	weiteres Schicksal unbekannt
nach Hause entlassen	7	weiteres Schicksal unbekannt
nichts weiter bekannt	14	
mit Sammeltransport nach Eichberg	263	
mit Sammeltransport nach Weilmünster	132	
nach Langenhorn zurückverlegt	32	
von dort nach:		
Brandenburg	18	vermutlich dort durch Gas getötet
Rickling	1	dort gestorben
Weilmünster	1	dort gestorben
Meseritz-Obrawalde	1	dort gestorben
Königslutter	3	dort gestorben
Hadamar	2	dort gestorben
Eichberg	1	verlegt nach Weilmünster, dort gest.
Scheuern	1	verlegt nach Hadamar, dort gest.
Ilten	1	weiteres Schicksal unbekannt
nach Hause	2	weiteres Schicksal unbekannt
nicht weiter verlegt	1	weiteres Schicksal unbekannt

Interessant ist auch die Diagnoseverteilung der in Lübeck gestorbenen Patienten. Im ersten Untersuchungsabschnitt sind 73 % der Verstorbenen dem schizophrenen Formenkreis zuzurechnen, die meisten von ihnen lassen sich den Kategorien »schwerkrank« oder »Endzustand« zuschreiben. Später machen Patienten mit diesem Krankheitsbild nur noch 50 % der in Lübeck Gestorbenen aus, bei 14,8 % findet man die Diagnose »progressive Paralyse«, 11,1 % litten unter »psychischen Störungen im hohen Alter«, und immerhin 7,4 % wurden als »Epileptiker« eingestuft. Es zeigt sich, daß in dieser Gruppe der in Lübeck verstorbenen Langenhorner die Diagnosen breiter gestreut sind als in der vorhergehenden. Auch können weitaus weniger Kranke als »schwere Fälle« oder »Endzustände« bezeichnet werden. So sind auch die Todesursachen in den wenigsten Fällen eine Folge der eigentlichen Krankheit, sondern können wahrscheinlich auf die äußeren Bedingungen der Anstalt zurückgeführt werden. Allein bei 30 der 54 gestorbenen Pfléglinge findet man auf dem Totenschein die

## Verlegungen in Umlandanstalten

Angaben »Lungen-Tbc«, »Bronchopneumonie« oder »Pneumonie«. Dieses könnte einerseits als Hinweis auf eine zur fraglichen Zeit in der Anstalt Strecknitz herrschenden Lungentuberkulose gedeutet werden, andererseits auf eine schlechte pflegerische Grundversorgung in den »Hamburger Häusern« hinweisen. Kranke, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, im Extremfall das Bett nicht mehr verlassen können, sei es durch eigene Schwäche oder durch äußere Gewalt (z.B. durch Anschnallen), laufen bei mangelnder pflegerischer Betreuung schnell Gefahr, sich eine Erkrankung der Atemwege und der Lunge zuzuziehen. Dies mag auch nach Kriegsausbruch in Lübeck der Fall gewesen sein, zumal, wie schon angedeutet, gerade im psychiatrischen Bereich immer mehr eingespart wurde, und die Personalsituation sich zunehmend verschlechterte. Auch der Charakter der »Hamburger Häuser«, gekennzeichnet durch enge Belegung im verwahrungsmäßigen Wachsaalstil, könnte als Indiz für diese Vermutung sprechen. Weiterhin kann die Versorgungssituation in den letzten Jahren des Bestehens der Lübecker Heilanstalt nicht mehr als optimal bezeichnet werden. Die ständig sinkenden Pflegesätze führten u.a. zu einer Verschlechterung des Nahrungsmittelangebotes. Dafür spricht die Tatsache, daß bei vielen der in Strecknitz gestorbenen Langenhorner eine starke Gewichtsabnahme gerade in den Jahren 1940/41 zu erkennen ist.

Die Pflegeberichte in den Krankenakten der in Lübeck gestorbenen Patienten ähneln einander in der Art und Weise ihres Stils und ihrer Formulierungen. So heißt es beispielsweise:

- »30. 3.40 Seit heute morgen benommen, völlig entkräftet.  
31. 3.40 Kreislaufkollaps. Erhält 4 ccm Kampfer u. 1 ccm Coffein. Trotzdem weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Wirkt am Abend moribund.  
1. 4.40 19<sup>15</sup> Exitus letalis Diagnose: Senile Demenz  
Todesursache: Seniler Marasmus«  
oder:  
»11.11.40 Kreislaufkollaps. Therapie: 0  
13.11.40 Zunehmende Ödeme des ganzen Körpers  
19.11.40 Ißt kaum mehr, schläfrig, benommen  
20.11.40 14<sup>15</sup> Uhr Exitus letalis, unter dem Zeichen von Herz- und Kreislaufschwäche, beginnendes Lungenödem. Todesursache: Herz- und Kreislaufschwäche, Lungenödem Diagnose: Schizophrenie«  
oder:  
» 1. 2.41 Meist schläfrig und benommen. Geringe Nahrungsaufnahme. Ständig unsauber.  
5. 2.41 Hustet und stöhnt sehr, Endzustand.  
7. 2.41 Exitus letalis 11<sup>00</sup> Uhr unter dem Zeichen von Herz- und Kreislaufschwäche. Diagnose: Schizophrenie Todesursache: Herz- und Kreislaufschwäche bei grippalem Infekt«. <sup>18</sup>

In den meisten Fällen liegen zwischen einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes (z. B. Kreislaufkollaps) und dem eingetretenen Tod nur wenige Tage. Auch wirken die Notizen in den Krankenakten, die den

Zeitraum des körperlichen Abbaus bis hin zum Exitus beschreiben, oftmals wie Sammeleinträge, d.h., sie vermitteln auf Grund ihres Schriftbildes den Eindruck, als ob sie an einem Tag, dem Sterbetag, geschrieben worden seien. Sollte dies zutreffen, so könnte man eine derartige Praxis wiederum als Indiz für die schlechte Personal- und Versorgungssituation werten. Bei hoffnungslosen Fällen lohnte der Arbeitsaufwand des täglichen Akteneintrages nicht, das Lebensende war abzusehen, die mit dem Tod eines Patienten verbundenen Formalitäten (z. B. Ausfüllen des Totenscheines), machten eine Durchsicht der Krankenakte unumgänglich, so daß die notwendigen Pflegeberichte auch zu diesem Zeitpunkt nachgetragen werden konnten. Dabei ist es durchaus vorstellbar, daß diese auch der Wahrheit entsprachen und nicht, wie später in der Phase der »wilden Euthanasie«, bewußt gefälscht wurden, um die wahre, mit Gewalt herbeigeführte Todesursache zu verschleiern. Generell bestand die Tendenz, in den Unterlagen von Psychiatriepatienten Eintragungen zu tätigen, die große Zeiträume abdeckten. Es ist nicht ungewöhnlich, daß beispielsweise für ein ganzes Jahr Anstaltsaufenthalt in der Krankenakte eines Patienten nur ein oder zwei Kurzberichte zu finden sind.

Auffällig bei der Durchsicht des Aktenmaterials der in Strecknitz gestorbenen Pflinglinge ist die Tatsache, daß in einigen Fällen die Todesursache auf dem Totenschein nicht mit der in der Krankenakte vermerkten übereinstimmt. So findet man beispielsweise als Akteneintrag »senile Demenz«, auf dem Totenschein hingegen die Angabe »Pneumonie«. Eine solche Differenz zwischen dem Vermerk auf dem offiziellen Schriftstück und dem Abschluß des Pflegeberichtes konnte immerhin in neun Fällen festgestellt werden. Warum diese Unstimmigkeiten erfolgt sind, kann nicht mehr nachvollzogen werden. Vielleicht sind die Gründe in der schlechten Personalsituation und der damit verbundenen überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals, der Ärzte und der Verwaltungskräfte zu suchen.

Welche Rolle die Meldebögen in der Heilanstalt Strecknitz gespielt haben, läßt sich nicht mehr rekonstruieren. Sicher ist, daß kein Patient aus Strecknitz vor dem offiziellen Euthanasie-Stopp in eine Vernichtungsanstalt deportiert wurde. Eine Ausnahme ist der schon angesprochene Transport jüdischer Pflinglinge über Hamburg-Langenhorn nach Brandenburg. Dieses steht sicherlich im Zusammenhang mit dem relativ späten Zeitpunkt, zu dem die Aktion T4 in Norddeutschland ihren Anfang nahm.<sup>19</sup> Da nur fünf der 261 vorhandenen Krankenakten einen Meldebogen bzw. dessen Durchschrift enthalten, liegt die Vermutung nahe, daß man in Lübeck bis zum Datum der Anstaltsauflösung der Aufforderung der T4-Zentrale, für jeden Patienten ein entsprechendes Formblatt auszufüllen, nicht entsprochen hat. Bemerkenswert ist auch, daß keiner der fünf Meldebögen vollständig alle geforderten Angaben enthält,

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

meist sind nur die Personalien des Pflégling im Kopf des Formblattes verzeichnet. Vielleicht sollten die restlichen Angaben nachgetragen werden, dazu ist es aus unbekannten Gründen nicht mehr gekommen. Mit Sicherheit sind diese lückenhaft bearbeiteten Meldebögen nicht nach Berlin gesandt worden.

Ein Zusammenhang zwischen der Aktion T4 und den in Strecknitz gestorbenen Hamburger Patienten ist nicht erkennbar. Daß trotzdem ein Großteil der in Strecknitz untergebrachten Langenhorner Pfléglinge schließlich doch in die Mühlen des Euthanasie-Programms geriet, steht in direktem Zusammenhang mit der Auflösung der Heilanstalt Strecknitz und den daraus resultierenden Deportationen ihrer Insassen in die hessischen Vernichtungsanstalten.

### **Die letzte Phase der Aussonderung. Die Auflösung der Heilanstalt Strecknitz und das Schicksal der Langenhorner Patienten in den Anstalten Eichberg und Weilmünster.**

Im April 1937 trat ein neues Gesetz in Kraft, das Lübeck seiner Reichsunmittelbarkeit beraubte und der preußischen Provinz Schleswig-Holstein einordnete. Dies hatte direkten Einfluß auf das Schicksal der in der alten Hansestadt untergebrachten Geisteskranken, da die Verantwortlichen des jetzt für Lübeck zuständigen Provinzialverbandes eine Auflösung der Heilanstalt Strecknitz für notwendig hielten. Wurden die Kosten des Anstaltsbetriebes bis zu diesem Zeitpunkt durch die Überschüsse aus Hamburger Geldern und der Nutzung umfangreicher Ländereien des Gutes Strecknitz gedeckt, zeichnete sich durch planerische Überlegungen des Provinzialverbandes Schleswig-Holstein eine Änderung dieser Situation ab. Der Hof Strecknitz wurde als notwendiges Stadterweiterungsland angesehen, die städtebaulichen Planungen schienen durch die Zugehörigkeit des Gutes zur Heilanstalt gehemmt. Eine ohne landwirtschaftliche Nutzflächen nicht mehr rentable Anstalt war für die Provinz Schleswig-Holstein nicht tragbar. Zudem ließ sich das Land in unmittelbarer Nähe des psychiatrischen Krankenhauses schlecht als Bauland verwerten. Und nicht zuletzt schienen den Befürwortern einer Erweiterung des Allgemeinen Krankenhauses das Gelände und die Gebäude der Heilanstalt als ideal für diesen Zweck geeignet.

All diesen Überlegungen standen die Geisteskranken als unliebsames Hindernis im Wege. So wurde über Jahre hinweg intensiv nach einer Lösung des Problems gesucht. Dabei zeigte sich, daß die Abschiebung der Strecknitzer Pfléglinge in andere Anstalten nicht ohne weiteres zu bewerkstelligen war, die schleswig-holsteinischen Institutionen beispielsweise verfügten über keine Aufnahmekapazitäten mehr. Auch war die an-

gestrebte Auflösung des Hamburg-Lübeck-Vertrages mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da Hamburg nicht bereit war, auf seine hohen Entschädigungsforderungen zu verzichten.<sup>20</sup> Schließlich kam Lübeck ein Beschluß der Reichsregierung zu Hilfe. Für die Zivilbevölkerung in den luftgefährdeten Gebieten sollten Ausweichkrankenhäuser eingerichtet werden. Die ausreichende Versorgung bombengeschädigter und somatisch Kranker machte ein Abschieben der im nationalsozialistischen Jargon »minderwertigen« Geisteskranken notwendig. Dieses inhumane Konzept, Pflege somatisch Kranker auf Kosten psychisch Geschädigter, wurde im Rahmen der »Aktion Brandt« konsequent in die Praxis umgesetzt.<sup>21</sup>

Am 17. September 1941 wurde die Langenhorner Direktion durch ein Schreiben von Obersenatsrat Dr. Struve über die bevorstehende Räumung der Heilanstalt Strecknitz informiert. Darin hieß es wörtlich: »Für die größeren Städte in den luftgefährdeten Zonen werden auf Befehl des Führers außerhalb der Hauptgefahrenzonen Ausweichkrankenhäuser geschaffen. Mit der Durchführung der Maßnahmen ist General Dr. Todt beauftragt. Sein Sanitätschef Dr. Proschmann hat bereits vor Wochen mit der Gesundheitsverwaltung Fühlung genommen, wo und wie derartige Ausweichkrankenhäuser teils durch Erstellung von Baracken, teils durch Räumung vorhandener Anstalten geschaffen werden können. Im Zuge dieser Maßnahmen ist jetzt von zentraler Reichsstelle Anweisung ergangen, u.a. die Heilanstalt Strecknitz von Geisteskranken zu räumen, damit ein wesentlicher Teil der Anst., soweit er nicht für die Krankenhausbedürfnisse Lübecks beansprucht wird, für Hamburg als Ausweichkrankenhaus dienen kann. Die Geisteskranken werden vornehmlich nach der Bayrischen Ostmark, vielleicht auch nach Schlesien verlegt. Diese Verlegung ist nur eine vorübergehende. B [Behördenkürzel für den Hamburger Gesundheitssenator Ofterdinger] hat entschieden, daß gegen die Verlegung der hamburgischen Geisteskranken aus Strecknitz im Rahmen der obigen Maßnahme kein Widerspruch erhoben werden soll.«<sup>22</sup>

Die von oberster Stelle angeordnete Verlegung Hamburger Pfléglinge duldete, wie aus dem erwähnten Brief zu ersehen ist, keinen Widerspruch. Es ist nicht bekannt, daß von Hamburger Seite Bedenken gegen diese Maßnahmen erhoben worden sind. Ob es dafür dieses Hinweises bedurfte, bleibt dahingestellt, hatte sich doch für Hamburg eine Möglichkeit ergeben, sich ohne Eigenverantwortung seiner in Lübeck untergebrachten Patienten auf einfache Weise zu entledigen. Auch in Lübeck-Strecknitz wurde nichts getan, um die Deportation der Anstaltsinsassen, immerhin auch etlicher Lübecker Kranker, zu verhindern. Allein der Anstaltsleiter Enge, gut über die Morde psychisch Kranker im Rahmen des Euthanasie-Programms informiert, erreichte, daß 80 Patienten in der Aufnahmestation zurückblieben.<sup>23</sup> Für die übrigen 605 Patienten, unter ihnen 395 Hamburger Pfléglinge, begann am 23. September 1941 eine



## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Reise ins Ungewisse. Heute ist bekannt, daß ein Großteil der Verschleppten in den hessischen Anstalten Eichberg, Weilmünster, Herborn, Scheuern und Hadamar bis zum Kriegsende umkam. Die ehemalige Heilanstalt Strecknitz wurde nach den Bombenangriffen im März 1942 auf Lübeck nicht mehr als Ausweichkrankenhaus für Hamburg eingeplant, Lübeck nutzte sie für die Erweiterung des Allgemeinen Krankenhauses.

Die 605 Strecknitzer Patienten, die am 23. September 1941 mit einem Güterzug den Bahnhof in Lübeck verließen, waren nicht über das Ziel ihrer Reise informiert. Auch in der Anstalt selbst herrschte über den Verlegungsort offensichtlich Unklarheit: Der letzte Akteneintrag lautet oftmals: »Wird heute verlegt«, »Verlegt in eine andere Anstalt« oder »Verlegt nach?«. Die für die Deportation Verantwortlichen hatten allerdings schon längst entschieden, wo der große Sammeltransport aus Lübeck enden sollte: in den Anstalten der Provinz Hessen-Nassau Eichberg, Weilmünster, Herborn und Scheuern.

Von den Hamburger Patienten trafen am nächsten Tag, dem 24. September 1941, 263 in der Anstalt Eichberg und 132 in der Anstalt Weilmünster ein. Nach Scheuern und Herborn wurde keiner der ehemaligen Langenhorner Pfleglinge direkt verlegt. In Eichberg und Weilmünster herrschten zu diesem Zeitpunkt unhaltbare Zustände. Durch den einen Monat vorher erfolgten Stopp der Aktion T4 waren die beiden Anstalten hoffnungslos überbelegt. Beide Institutionen erfüllten bis zum scheinbaren Abbruch des Euthanasie-Programms die Funktion von Zwischenanstalten, d.h., sie fungierten als »Zulieferer« für die Vergasungsanstalt Hadamar. Die aus dem ganzen Reichsgebiet ankommenden Patienten verharren in den hessischen Zwischenanstalten sozusagen in Wartestellung, bis Vergasungskapazitäten in Hadamar frei waren. Durch den plötzlichen Abbruch der bis dahin gut eingespielten Praxis verblieben eine ganze Anzahl Geisteskranker, die zur Tötung in Hadamar vorgesehen waren, auf dem Eichberg und in Weilmünster.<sup>24</sup> Die Lübecker Patienten wurden in Heilanstalten abgeschoben, deren Verhältnisse normalerweise die Aufnahme auch nur eines zusätzlichen Kranken verboten hätten.

In Kenntnis dieser Umstände stellt sich die Frage, aus welchen Gründen für die große Anzahl der Strecknitzer Pfleglinge gerade diese im Grunde genommen doch ungeeigneten Anstalten als Verlegungsorte ausgewählt wurden. Die Antwort darauf wird deutlich, wenn man sich klar macht, daß mit dem offiziellen Euthanasie-Stopp die massenhafte Tötung von psychisch Kranken nicht beendet war. Im Gegenteil, in den meisten Anstalten ging das Morden nach dem Ende der Vergasungsaktion unangefochten weiter. Allein die Mittel, die den Tod der Patienten herbeiführten, hatten sich gewandelt. Getötet wurde nun mit Medikamenten, durch nicht ausreichende Ernährung und mangelnde oder fehlende pflegerische Versorgung bei katastrophalen hygienischen Zuständen.<sup>25</sup>

So war auch den Verantwortlichen für das Euthanasie-Programm anscheinend von vornherein klar, daß die Pflegerlinge aus Lübeck-Strecknitz den Tötungen im Rahmen der »wilden Euthanasie« zum Opfer fallen sollten. Die offizielle Begründung, die Verlegung sei notwendig, um die Patienten vor Luftangriffen zu schützen, war offensichtlich nur ein Vorwand, um die Anstaltsleitung und die Angehörigen zu beruhigen. So sagte beispielsweise der Geschäftsführer der T4-Zentrale, Dietrich Allers, nach Kriegsende aus: »Es ist richtig, daß von einer Luftbedrohung im späteren Sinne damals noch nicht die Rede gewesen sein kann.«<sup>26</sup> Auch der damalige Leiter der Krankentransportgesellschaft in Berlin, Gerhard Siebert, äußerte sich dementsprechend: »Um die Abgabeanstalten zu beruhigen, wurde als Begründung der Transporte nicht mehr geschrieben ›im Auftrag des Reichsverteidigungskommissars«, sondern ›zum Abtransport aus luftgefährdeten Gebieten«. Tatsächlich handelte es sich nicht um Evakuierungen aus Gründen der Luftverteidigung.«<sup>27</sup>

Die meisten Hamburger Patienten erwartete in Eichberg und Weilmünster ein qualvoller Tod. Gezielte Unterversorgung, B-Kost genannt und aus Kartoffelschalen, Brennesseln und Löwenzahn bestehend, führte zu Darmkatarrh. Durchgefaulte Matratzen und Mangel an Wäsche taten ihr übriges, um die Todesrate in die Höhe schnellen zu lassen. Es entwickelten sich Infektionen in den überfüllten Krankensälen, eine Behandlung mit Medikamenten fand in den meisten Fällen nicht statt. Auch war viel zu wenig Heizmaterial vorhanden, so daß in den unterkühlten Räumen Bronchialerkrankungen und Lungenentzündungen schnell um sich griffen.<sup>28</sup> Diese, von den Euthanasie-Verantwortlichen bewußt herbeigeführten Zustände ließen den meisten Kranken keine Chance. Sie starben auf unvorstellbar qualvolle Art und Weise. Angesichts dieser Tatsache fällt es schwer, das Schicksal der Langenhorner Patienten an Hand von Zahlen zu verdeutlichen. Es darf dabei nicht vergessen werden, daß sich hinter jeder statistischen Berechnung der Leidensweg eines deportierten Geisteskranken verbirgt. Stellvertretend für die vielen bedauernswerten Menschen, die damals zu Tode kamen, sollen drei Beispiele aufgeführt werden:

Patient Willi B. befand sich bereits seit 1929 in psychiatrischen Anstalten. Der gelernte Zahntechniker war körperlich in guter Verfassung, litt aber an Halluzinationen und Verwirrheitszuständen. Bereits 1931 wurde er von Langenhorn nach Lübeck-Strecknitz überführt. Dort wurden ihm immer noch Wahnideen zugeschrieben, es gelang aber, ihn zeitweise zu beschäftigen, er wird als freundlich und geordnet charakterisiert, mit seinen Zimmernachbarn spielte er Schach. Willi B., der bis dahin niemals bettlägerig war, stirbt in der Anstalt Eichberg im Mai 1942. Der letzte Akteneintrag lautet: »Ist körperlich mehr und mehr zurückgegangen, war in den letzten Wochen wegen Ödemen an den Beinen zu Bett

gelassen worden. Heute morgen 9<sup>00</sup> Exitus; Todesursache: Herzschwäche-Herzstillstand«. In dem Mitteilungsschreiben an die Familie des Verstorbenen, üblicherweise vorgefertigt und nur durch die jeweiligen Personalien zu ergänzen, hatte man offensichtlich übersehen, daß der Vordruck für ein weibliches »Opfer« gedacht war. Die Angehörigen erhielten somit ein Schreiben mit folgendem Wortlaut: »Hierdurch muß ich Ihnen mitteilen, daß ihr Bruder und Pflegling, der Patient Willi B., geb. [...] zu Berlin, heute morgen um 9 Uhr, am 2.5.42, in unserer Anstalt von *ihrem* unheilbaren Leiden durch einen sanften Tod erlöst worden ist.«

Patient Rudolf W., seit 1933 in Lübeck untergebracht, war wegen der Diagnose »Dementia praecox« eingewiesen worden. Über die Jahre seines Aufenthaltes in Strecknitz hinweg wird er als fleißiger Arbeiter, als willig und ordentlich beschrieben. Sein Appetit und sein Schlaf sind gut, ihm wird eine körperlich ausreichende Verfassung bescheinigt. Dies ändert sich nicht bis zum Abtransport nach Eichberg. Nach seiner Aufnahme dort findet man nur noch eine kurze Notiz in der Krankenakte: »15.2.42 Heute gestorben; Siechtum«.

Die Patientin Paula T., erst seit knapp drei Wochen in Lübeck, bekommt vom dortigen behandelnden Arzt eine gute Prognose: »Es handelt sich bei der Pat. um eine akut Erkrankte im ersten Schub, der sehr heftig und plötzlich ausgebrochen ist und darum eine relativ gute Prognose hat. Es wäre in diesem Fall eine ausgiebige, spezielle Behandlung zu empfehlen, die leider aus Zeitmangel hier nicht mehr durchgeführt werden konnte. Da Pat. bisher weder gemütlich noch intellektuell durch die Krankheit geschädigt ist, darf man in diesem Fall auf eine volle Wiederherstellung schließen. Wird heute verlegt.« Bereits 15 Tage später, am 9. Oktober 1941, ist Paula T. tot. Auf dem Eichberg werden in der Krankenakte als Gründe »allgemeiner Körper- und Kräfteverfall nach langer Nahrungsverweigerung mit Erregungszuständen« angegeben.<sup>29</sup>

Auf diese oder ähnliche Weise sind wohl die meisten der Hamburger Patienten umgekommen, möglicherweise wurden einige von ihnen auch Opfer direkter tödlicher Medikamenteneinspritzungen. Es ist nicht bekannt, in wie vielen Fällen das Pflegepersonal oder der damalige Oberarzt der Anstalt Eichberg, Dr. Walter Schmidt, Medikamenteneinspritzungen vorgenommen und somit den Tod der Betroffenen gewaltsam herbeigeführt haben. Daß auf dem Eichberg ab Sommer 1941 durch das sogenannte »Abspritzen« getötet wurde, ist erwiesen.<sup>30</sup> In der Pflegeanstalt Weilmünster konnten Medikamententötungen nicht nachgewiesen werden, dort waren eher die oben beschriebenen Zustände für das Sterben der Geisteskranken verantwortlich.

Von den 263 Langenhorner Patienten, die am 23. September 1941 in die Anstalt Eichberg verlegt wurden, starben bis Kriegsende 206 Pfleglinge, das sind knapp 78,3 % (vgl. Tabelle 3). 21,5 % von ihnen waren

## Verlegungen nach Lübeck-Strecknitz

bereits nach einem Monat tot, 36,6 % starben innerhalb eines halben Jahres und 24,9 % überlebten nicht länger als ein Jahr. Innerhalb von zwölf Monaten waren demnach bereits 83 % der 206 bis Mai 1945 verstorbenen psychisch Kranken tot. Eine Überlebensdauer bis zu zwei Jahren konnte bei 13,7 % der Betroffenen festgestellt werden, über diesen Zeitraum hinaus waren nur noch 3,4 % der Patienten am Leben. Diese Zahlen veranschaulichen deutlich, daß auf dem Eichberg »schnell« gestorben wurde, es scheint unwahrscheinlich, daß nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp das Morden für eine gewisse Zeit aufhörte.

*Tabelle 3: Schicksal der Langenhorner Patienten in Eichberg und Weilmünster bis zum Kriegsende*

Gesamtverlegungen nach Eichberg :	263		
davon:			
in Eichberg gestorben	206		
aus Eichberg entwichen	3	weiteres Schicksal unbekannt	
nach Hause entlassen	4	weiteres Schicksal unbekannt	
in Eichberg überlebt	2		
nichts weiter bekannt	6		
in andere Anstalten verlegt	32		
davon:			
nach Hadamar	14	dort gestorben	10
		nichts weiter bekannt	4
nach Weilmünster	14	dort gestorben	8
		nichts weiter bekannt	6
nach Herborn	4	überlebt	
		nichts weiter bekannt	3
Gesamtverlegungen nach Weilmünster:	132		
davon:			
in Weilmünster gestorben	92		
nach Hause entlassen	15	weiteres Schicksal unbekannt	
in Weilmünster überlebt	10		
nichts weiter bekannt	2		
in andere Anstalten verlegt	13		
davon:			
nach Hadamar	9	dort gestorben	5
		überlebt	1
		nichts weiter bekannt	3
nach Eichberg	1	dort gestorben	
nach Herborn	3	nichts weiter bekannt	

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

32 Patienten wurden in andere Anstalten weiterverlegt, die meisten von ihnen kamen dort zu Tode. Drei psychisch Kranken gelang die Flucht aus der Anstalt, 14 Pfleglinge wurden nach Hause entlassen, über sechs Insassen ist nichts weiter bekannt, lediglich zwei der aus Lübeck Deportierten überlebten bis Kriegsende in der Anstalt Eichberg.

Die 132 Patienten, die nach Weilmünster verlegt wurden, erlitten ein ähnliches Schicksal (vgl. Tabelle 3). Auch dort starb der Großteil der ehemaligen Langenhorner Pfleglinge bis zum Kriegsende. 92 von ihnen waren bis Mai 1945 bereits tot, das entspricht einem Anteil von 70 %. Unterschiede ergeben sich allerdings, wenn man die Überlebensdauer in den beiden Anstalten miteinander vergleicht: Während auf dem Eichberg 83 % der insgesamt dort Gestorbenen das erste Jahr nicht überlebten, beläuft sich die entsprechende Prozentzahl für Weilmünster auf 63 %. Davon starben 9,8 % innerhalb eines Monats nach ihrer Ankunft, 20,7 % waren nach einem halben Jahr verschieden und 32,6 % wurden nach einem Jahr als verstorben aufgeführt. Immerhin 26,1 % lebten bis zu zwei Jahren in Weilmünster, eine längere Überlebensdauer war für 10,9 % der Hamburger Geisteskranken festzustellen. Es zeigt sich, daß die Patienten in Weilmünster eine durchschnittlich längere Lebenserwartung hatten als auf dem Eichberg. Eine Erklärung dieser Tatsache ist nicht mehr möglich, da in der Anstalt Weilmünster keine Krankenakten existieren, an Hand derer man die Zusammensetzung der Patientenklientel feststellen könnte. Ob dort weniger Schwerkranke und mehr Arbeitsfähige eintrafen, ob die Umstände, unter denen die Patienten in Weilmünster lebten, günstiger waren als die auf dem Eichberg, das fehlende Aktenmaterial macht die Überprüfung solcher Hypothesen unmöglich.

Von den übrigen 40 Kranken kamen 13 in andere Anstalten, 15 Pfleglinge wurden entlassen, über zwei Patienten sind keine Informationen vorhanden und zehn psychisch Kranke haben den Aufenthalt in Weilmünster bis zum Ende des Krieges überlebt.

**Anmerkungen**

- 1 Vgl. Delius, Peter, *Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941*, Kiel 1988, S. 19 ff.
- 2 Vgl. hierzu Teil I, *Die Entwicklung der Anstalt Langenhorn in der Zeit des Nationalsozialismus*.
- 3 Vgl. Kreßin, Arthur, *Das Allgemeine Krankenhaus Langenhorn in Hamburg 1950*, Hamburg 1950, S. 31 f.
- 4 Vgl. Delius, Peter, a.a.O., S. 32.
- 5 Vgl. Kreßin, Arthur, a.a.O., S. 32 ff.
- 6 Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 46 f.
- 7 Delius, Peter, a.a.O., S. 36 f.
- 8 Vgl. hierzu Teil I.
- 9 Vgl. Ebbinghaus, Angelika, *Kostensenkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung. Konsequenzen für das Anstaltswesen*, in: dies., Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), *Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg*, Hamburg 1984, S. 140.
- 10 Delius, Peter, a.a.O., S. 36.
- 11 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 168, *Unterakte, Irre Kranke, Verlegungen von Patienten in die Heilanstalt Strecknitz/Lübeck, Brief an die Direktion der Staatskrankenanstalt Langenhorn vom 28.5.1934*.
- 12 Vgl. Archiv Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, *Krankenakte S., Thea*, Nr. 18658, Brief an die Direktion der Staatskrankenanstalt Langenhorn vom 8.9.1938.
- 13 Ebd., *Krankenakte B., Sophie*, Nr. 82356, Brief an die Direktion der Heilanstalt Hamburg-Langenhorn vom 25.2.1939.
- 14 Vgl. Delius, Peter, a.a.O., S. 38.
- 15 Vgl. hierzu Teil II, *Verlegungen im Rahmen der Aktion T4*.
- 16 Vgl. Delius, Peter, a.a.O., S. 36.
- 17 Vgl. hierzu Teil I.
- 18 Vgl. Archiv Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, *Krankenakten F., Gerhard*, Nr. 25742; *K., Heinrich*, Nr. 16986; *L., Martin*, Nr. 16515.
- 19 Delius, Peter, a.a.O., S. 70 f.
- 20 Ebd., S. 52 ff.
- 21 Vgl. hierzu Teil I.
- 22 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 168, a.a.O., *Brief vom 17.9.1941*.
- 23 Vgl. Delius, Peter, a.a.O., S. 76.
- 24 Vgl. Dickel, Horst, »Die sind doch alle unheilbar«. *Zwangssterilisationen und Tötung der »Minderwertigen« im Rheingau, 1934 – 1945. Materialien zum Unterricht, Sek. I, Heft 77, Projekt »Hessen im Nationalsozialismus«*, Wiesbaden 1988, S. 25.
- 25 Vgl. Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat, S. 417 ff.
- 26 Vgl. Klee, Ernst (Hrsg.), *Dokumente zur »Euthanasie«*, Frankfurt/Main 1985, S. 284.
- 27 Ebd., S. 284.
- 28 Vgl. Delius, Peter, a.a.O., S. 81 ff.
- 29 Vgl. Archiv Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, *Krankenakten B., Willi*, Nr. 5596; *W., Rudolph*, Nr. 16169; *T., Paula*, Nr. 28746.
- 30 Vgl. Dickel, Horst, a.a.O., S. 22 ff.

# Michael Wunder

## 2. Die Transporte in die Ricklinger Anstalten<sup>1</sup>

### Zur Geschichte der Ricklinger Anstalten

Das erste Haus der 80 Kilometer nördlich von Hamburg gelegenen Ricklinger Anstalten wurde 1883 als Arbeiterkolonie gegründet.<sup>2</sup> Träger war wie bei allen weiteren später gegründeten Häusern und Einrichtungen Ricklings der Landesverband der Inneren Mission in Schleswig-Holstein. Ursprünglich dienten alle Häuser Fürsorge-Aufgaben.

Die Arbeiterkolonie umfaßte 150 Plätze und diente der Nicht-Seßhaften-Fürsorge. Durch Einweisung der Nicht-Seßhaften in die nationalsozialistischen Konzentrationslager verlor die Arbeiterkolonie in den 30er Jahren langsam an Bedeutung und wurde 1939 ganz aufgelöst. Das Gebäude, das nun den Namen Heidehof erhielt, diente ab diesem Zeitpunkt der Verwahrung männlicher Psychiatrie-Patienten. Auch die anderen Teileinrichtungen Ricklings erfuhren in den 30er und 40er Jahren Umwandlungen zu Verwahrungs- oder Hilfskrankenhauszwecken. Die 1887 gegründete Trinkerheilanstalt Salem wurde ab 1934 unter dem Namen Thetmarshof als Anstalt für weibliche Geisteskranke benutzt. Das 1906 erworbene Gut Kühlen mit seinen Häusern Falkenhorst, Falkenburg, Falkenhag und Falkenried sowie der Fichtenhof gab seine ursprüngliche Bestimmung als Erziehungsheim für männliche Fürsorgezöglinge auf und wurde noch vor dem Krieg in eine Einrichtung für die Anstaltspflege umgewandelt. Im Haus Falkenried wurde – für eine evangelische Anstalt nach dem bisherigen Stand der Literatur wohl einmalig – ein Konzentrationslager eingerichtet. Das KZ Kühlen bestand vom 27. Juli 1933 bis 27. Oktober 1933, wurde von einem Mitglied der Bruderschaft des Rauhen Hauses kommandiert und hatte 189 männliche Häftlinge.<sup>3</sup>

Der 1902 erbaute Lindenhof, der ebenfalls ursprünglich als Erziehungsheim für 100 Jugendliche diente, wurde ab 1935 mit 175 psychisch Kranken belegt. Im November 1941 wurde der Lindenhof für »kriegswichtige Zwecke« beschlagnahmt. Die meisten männlichen Patienten wurden nach Oldenburg, die meisten weiblichen nach Pfafferode/Thüringen deportiert. Nur wenige wurden innerhalb von Rickling auf andere

Häuser verteilt. Ein Großteil der abtransportierten Patienten kam in den Zielanstalten zu Tode. Die Abtransporte aus dem Lindenhof sind typische Verdrängungs-Verlegungen, wie sie später im Rahmen der »Aktion Brandt« im ganzen Reich üblich wurden. Der Lindenhof diente nach seiner Räumung von Anstaltspatienten als Hilfskrankenhaus der Stadt Hamburg und bildete ab 1943 mit den auf dem Gelände davor von der »Organisation Todt« errichteten Baracken die »Krankenhaussonderanlagen Aktion Brandt, Anlage Rickling«.

Die immer umfangreichere Umwidmung von Häusern der ehemaligen Nicht-Seßhaften-Pflege, Alkoholiker-Fürsorge und Fürsorge-Erziehung zu Häusern mit Heil- und Pflegeanstaltsfunktionen in den 30er Jahren ist Ausdruck der von den Nationalsozialisten betriebenen Auslese- und Ausmerzpolitik. Die als »erbminderwertig« angesehenen Menschen wurden in wachsendem Maße zu billigsten Kostgeldsätzen asylisiert, wobei dazu auch nichtstaatliche Träger benutzt wurden. Auf der anderen Seite wurden die als förderungswürdiger geltenden Teile der Fürsorge, wie z.B. die Jugendfürsorge, oft in staatliche Hand überführt. Andere Teile, wie die Nicht-Seßhaften-Pflege, wurden ganz aufgelöst. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der rasch ansteigenden Gesamtzahl der in Rickling aufgenommenen Psychiatrie-Patienten wieder: Waren es im Jahre 1935 noch 391, so stieg diese Zahl bis 1941 auf 949 an.

Bei dieser Entwicklung, die sich auch in der Umbenennung der Ricklinger Heilstätten in Ricklinger Anstalten widerspiegelte, spielte die ab 1935 ständig wachsende Zahl Hamburger Psychiatrie-Patienten eine besondere Rolle. Im Rahmen der Auflösung der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg 1934/35 bot sich auch die Leitung der Ricklinger Anstalten dem Hamburger Senat an, Friedrichsberger Patienten zu besonders günstigen Kostgeldsätzen zu übernehmen.<sup>4</sup> Dieser sollte nur 2,80 Reichsmark gegenüber 3,50 Reichsmark in Langenhorn betragen. Aus Rickling waren kurz vorher von der Gauverwaltung Schleswig-Holsteins eine Reihe Patienten herausgenommen worden, um sie in staatlichen Heil- und Pflegeanstalten Schleswig-Holsteins unterzubringen. Das Ricklinger Angebot an Hamburg war somit in einer Situation des akuten Bedarfs nach Neubelegung formuliert worden, stellte aber auch für die Ricklinger Leitung eine Chance dar, sich von der Provinzialverwaltung unabhängiger zu machen.

Aus Gründen des wirtschaftlichen Kalküls ging die Stadt Hamburg auf dieses Angebot ein und schloß am 31. August 1935 erstmals einen Vertrag mit dem Landesverband der Inneren Mission von Schleswig-Holstein zur Übernahme Hamburger Anstaltspatienten durch Rickling.<sup>5</sup> Zunächst war der Vertrag bis zum 31. Dezember 1938 befristet, sollte sich aber jeweils um ein Jahr verlängern, wenn er nicht gekündigt wurde. Vereinbart wurde zunächst die Verlegung von 150 weiblichen und 30 männlichen Patienten. Obwohl die Ricklinger Anstalten sich in dem Ver-



trag mit Hamburg verpflichtet hatten, »ruhige bis halbruhige Geistes-  
kranke« zu übernehmen, beklagte Gesundheitssenator Ofterdinger 1935,  
daß Rickling in der Paxis lediglich ruhige und arbeitsfähige Patienten auf-  
genommen habe, wodurch sich die Patientenzusammensetzung in Lan-  
genhorn verschlechtert habe.<sup>6</sup>

Die Zahl der Verlegungen von Langenhorn nach Rickling wurde be-  
reits vor Kriegsbeginn schnell gesteigert. Im September 1939 betrug die  
Zahl der Hamburger Patienten in Rickling 605 (267 männliche und 338  
weibliche Patienten) bei einer Gesamtzahl von 772 Psychiatrie-Patienten.  
Im Laufe des Krieges wurden weitere 704 Patienten von Langenhorn  
nach Rickling verlegt, 453 Männer und 251 Frauen,<sup>7</sup> bei denen aller-  
dings, wie die im folgenden dokumentierten Zahlen belegen, das Kriterium  
der Arbeitsfähigkeit eine umgekehrte Rolle spielte. Eine vorhandene  
Arbeitsfähigkeit verhinderte, wenn auch nicht als einziges Kriterium, den  
Abtransport. Dadurch verschlechterten sich jetzt auch die Verhältnisse in  
den als Heil- und Pflegeanstalt dienenden Teilen Ricklings.<sup>8</sup>

Im Heidehof, der auf 150 Plätze ausgelegt war, wurden in den  
Kriegsjahren 400 Patienten untergebracht, im Fichtenhof, der ursprüng-  
lich für 30 Fürsorge-Zöglinge geplant war, wurden über 100 Patienten  
zusammengedrängt. Teilweise wurden Ställe zur Unterbringung von Pa-  
tienten verwandt. Dreistockbetten, Mangelernährung und Seuchen bei  
fehlender medizinischer Versorgung gehörten zu den katastrophalen Le-  
bensbedingungen der Patienten. Der Kostgeldsatz wurde auf 35 Pfennig  
pro Tag abgesenkt. Das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten fiel ab  
Januar 1940 unter 1 : 15. Der Personalmangel wurde in den Siechenab-  
teilungen durch russische und polnische Zwangsarbeiterinnen etwas auf-  
gefangen. Die noch arbeitsfähigen Patienten wurden zusammen mit den  
osteuropäischen Zwangsarbeitern der Ricklinger Arbeitskolonne im  
Moor zur Zwangsarbeit herangezogen. Rickling wurde so zu einer Ver-  
wahranstalt für Psychiatrie-Patienten und ehemalige Pflegeheim-Insassen  
mit einer herbeigeführten oder durch die Verantwortlichen zumindest ge-  
billigten überhöhten Sterblichkeit.

### **Die Langenhorner Transporte nach Rickling während des Krieges**

Vom 1. September 1939 bis zum 8. Mai 1945 wurden 23 Transporte von  
Langenhorn nach Rickling durchgeführt, bei denen insgesamt 704 Pati-  
enten verlegt wurden. Die Verlegungsaktivität nach Rickling weist eine  
große Regelmäßigkeit während der gesamten Kriegsjahre auf. Eine Ab-  
hängigkeit von Faktoren wie dem offiziellen Stopp der Euthanasie-Maß-  
nahmen im August 1941 oder den Hamburger Bombennächten 1943, die  
z.B. zu einer letzten großen Verlegung Langenhorner Patienten nach Ha-

*Transporte in die Ricklinger Anstalten*

damar führten, ist nicht festzustellen.

Eine Steigerung der Sterblichkeit der Langenhorner Patienten in Rickling innerhalb der Kriegsjahre läßt sich aus der jahrgangweisen Auszählung der Todesfälle ablesen. Sie steigt von elf Todesfällen im Jahre 1940 auf 112 im Jahre 1945.<sup>9</sup> Die Sterblichkeit in Rickling steigt zum Kriegsende auch ganz allgemein an, wie die Zahlen der Beerdigungen auf dem Anstaltsfriedhof belegen. Sie steigen von 46 Beerdigungen 1939 kontinuierlich an auf 187 im Jahre 1944 und 440 im Jahre 1945.<sup>10</sup>

*Tabelle 1: Übersicht aller Transporte nach Rickling*

Transport-Nr	Transport-Datum	Pat. Anzahl		gestorben in Rickling bis Ende 1945	Sterberate bis Ende 1945
		w	m		
1	5. 9.39	30	20	18	36 %
2	6.11.39	11		8	73 %
3	23. 4.40	26	25	22	43 %
4	5.11.40		20	6	30 %
5	17. 2.41		31	17	55 %
6	10. 3.41		23	9	39 %
7	19. 3.41	20	30	18	36 %
8	8. 8.41	10	10	7	35 %
9	16. 9.41	45		16	36 %
10	9.10.41		40	27	68 %
11	17. 2.42		27	14	52 %
12	25. 3.42	10	10	12	60 %
13	4. 5.42		30	15	50 %
14	12. 6.42	6	16	10	45 %
15	6.11.42	10	22	14	44 %
16	12.01.43		39	22	56 %
17	18.06.43	6	12	8	44 %
18	16.12.43		21	13	62 %
19	28.04.44	10	30	15	38 %
20	23.06.44	25	25	29	58 %
21	15.01.45	20	10	18	60 %
22	14.02.45	22		9	41 %
23	16.02.45		12	2	17 %
		251	453		
Gesamt			704	329	47 %

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Eine Auswertung der Diagnosen ergibt eine deutliche Veränderung bei den Diagnosen »Schizophrenie« und »psychische Erkrankungen des Seniums und Präseniums«. Während die Erkrankungen des Alters im Diagnosespektrum der Abtransportierten beständig zunehmen und ab Juni 1944 an die erste Stelle treten, nehmen die ansonsten in den Jahren vor 1944 stets am häufigsten vorkommenden Schizophrenie-Diagnosen ab. Dieser Umbau der Diagnosenstruktur hält sich durchgängig bis zum Kriegsende.

Die Alterszusammensetzung steigt mit Schwankungen langsam an und weist eine große Zahl von Transporten mit hohen Durchschnittsaltern über 55 Jahre auf. Der Zusammenhang zwischen ansteigendem Durchschnittsalter und der Zunahme der Diagnose psychischer Alterserkrankungen ist naheliegend. Während das Durchschnittsalter zunimmt, nimmt die Verweilzeit der abtransportierten Patienten im Laufe des Krieges ab.

Das Schicksal der Margarethe H.<sup>11</sup> kann als typisch für die große Gruppe der alten Patienten gelten, die in den letzten Kriegsjahren nach Langenhorn auf Grund von Verwirrtheitssymptomen oder anderen psychischen Erkrankungen des Alters nach Langenhorn eingeliefert und schnell nach Rickling abgeschoben werden. Frau H. ist 69 Jahre alt, als sie im März 1944 von ihrem Hausarzt nach Langenhorn eingewiesen wird. Sie hat einen Schlaganfall erlitten und ist rechtsseitig gelähmt. Sie kann noch etwas sprechen und kann die Fragen der aufnehmenden Ärztin beantworten. Sie war Prokuristin und lebt nun in Rente. Sie meint, in der Universitätsklinik Eppendorf zu sein und bald wieder nach Hause zu können. Frau Dr. Steinbömer notiert in die Akte: »Über die genaueren Vorgänge ihrer Krankheit ist sie nicht unterrichtet. Zeitlich und örtlich nicht ausreichend unterrichtet. Merkfähigkeit herabgesetzt.« Sie verlegt Frau H. in ein anderes Haus, bleibt aber weiter für sie zuständig. »Dement, desorientiert«, heißt ihr letzter Akteneintrag. Dr. Schlippe trägt wenig später am 23. Juni 1944 ein: »unverändert nach Rickling verlegt«. Dort überlebt sie das Kriegsende, stirbt aber am 10. Mai 1945 an Entkräftung.

Häufig sind die Beurteilungen und der Umgang mit einem Patienten durch Oberflächlichkeit und, in der Hektik der kurzen Verweildauer, durch negative, abwertende Beurteilungen gekennzeichnet.

Erna K. kommt am 6. Juni 1944 von Eppendorf nach Langenhorn. Sie ist 47 Jahre alt und leidet laut Eppendorfer Diagnose an einer Depression in der Involution. Dr. Saube notiert bei der Aufnahme, daß sie örtlich und zeitlich orientiert sei und nach Hause dränge. Sein einziger Eintrag danach besteht in folgender Anmerkung: »Sitzt grübelnd und stumpf da [...] muß zum Essen angehalten werden. Beschäftigt sich nicht. Hat zu den Mitkranken keinen Kontakt.« Eine Besserung sei nicht in

Sicht. Am 23. Juni 1944 verlegt er sie nach Rickling, »unverändert«, wie er vermerkt. Hier stirbt sie am 8. Oktober 1944 an »Enteritis und Furunkulose«, einer Todesursache, die auf pflegerische Verwahrlosung und Unterversorgung schließen läßt.

Der Anteil der Langzeitpatienten unter den nach Rickling Abtransportierten, die über zwei Jahre in Langenhorn sind, verringert sich deutlich von rund 10 % im Jahre 1939 auf rund 3 % im Jahre 1945. Umgekehrt wächst der Anteil der Kurzzeitpatienten und der Patienten mit Verweilzeiten bis zu sechs Monaten im selben Zeitraum von rund 8 % auf über 75 %. Das alte T4-Schema, bei dem noch eine Verweilzeit von über fünf Jahren ein Selektionskriterium war, spielt in der Spätzeit eine immer geringere Rolle: Die Patienten, die nach Rickling verlegt wurden, weisen im Laufe des Krieges immer kürzere Verweilzeiten auf.

Das Bild wird bestätigt, betrachtet man die Voraufenthalte in der Psychiatrie vor der Aufnahme in Langenhorn. Der Prozentsatz der Patienten ohne Voraufenthalte in der Psychiatrie nimmt, wenn auch mit Schwankungen, deutlich von 6 % auf über 50 % zu. Damit läßt sich vor dem Hintergrund sinkender Verweilzeiten von einem ständig anwachsenden Anteil unchronischer, neuer Patienten ausgehen. Unabhängig davon gibt es allerdings auch noch bis in die letzten Kriegsmonate immer einzelne wiederaufgenommene Patienten, die eine längere psychiatrische Vorkarriere haben.

Eine Auswertung der Einweiser zeigt, daß bis Mitte 1943 rund 75 % und damit der überwiegende Teil der nach Rickling abtransportierten Patienten von Friedrichsberg eingewiesen wird. Dieser hohe Anteil der aus Friedrichsberg Eingewiesenen belegt, daß die Friedrichsberger, wie sie im Anstaltsjargon genannt werden, zu den unbeliebten und besonders vom Abtransport in die Verwahranstalt Rickling bedrohten Patienten gehören. Dies gilt unabhängig davon, ob sie zu den »alten Friedrichsbergern« gehören, die im Rahmen der Auflösung der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bis 1935 nach Langenhorn kommen, oder zu den »neuen Friedrichsbergern«, die von der Psychiatrischen und Nervenlinik bis 1942 überwiesen werden. Die Entheimatung aus Friedrichsberg ist meist nur der Anfang ihrer endgültigen Deportation aus Hamburg.

Nach dem Umzug der Psychiatrischen und Nervenlinik in das Universitätsklinikum Eppendorf 1942 verliert Friedrichsberg als Haupteinweiser für die nach Rickling Abtransportierten schnell an Bedeutung. Innerhalb des ersten Halbjahres 1943 sinkt der Anteil um fast zwei Drittel. Diese Schnelligkeit verweist auch auf die hohe Weiterverlegungsgeschwindigkeit für die Friedrichsberger Patienten. Mitte 1944 ist der Anteil der aus Friedrichsberg Eingewiesenen nur noch bei 6 %, danach sinkt er auf unter 5 %. Zunächst wird die Position des Haupteinweisers durch die neue Psychiatrische und Nervenlinik in Eppendorf übernommen. In

den ersten Transporten von 1944 ist sie mit über 30 % schon mehr als doppelt so häufig vertreten wie Friedrichsberg. Die niedergelassenen Ärzte sind mit 26 % bereits zum zweitwichtigsten Einweiser geworden. In den nachfolgenden Transporten werden sie zum wichtigsten Einweiser.

Ein Blick auf den Anteil der Zwangssterilisierten zeigt, daß die Rate der nach Rickling abtransportierten Patienten, bei denen eine Zwangssterilisation in der Akte vermerkt ist, im Laufe der Zeit leicht abnimmt, sich aber auch in der Spätzeit auf einen Wert um 10 % einpendelt.

Bei den besonderen Einweisungsgründen wie § 22 Hamburger Verhältnissetz (polizeiliche Unterbringung), § 42 StGB (gerichtlich angeordnete Sicherungsverwahrung) und § 51 StGB (Unzurechnungsfähigkeit) lassen sich bei den nach Rickling abtransportierten Patienten keine deutlichen Entwicklungen feststellen. Besondere Einweisungsgründe spielen offensichtlich über den gesamten Zeitraum für die Selektion in eine Verwahranstalt wie Rickling nur eine untergeordnete Rolle. Bis auf zwei Ausnahmen werden keine Sicherungsverwahrten nach Rickling deportiert. Polizeilich Untergebrachte werden in geringer Anzahl über die gesamte Zeit nach Rickling deportiert.

Auch die Quote der Rückkehrer nach Langenhorn von vorausgegangenen Abtransporten spielt bei den Rickling-Transporten keine große Rolle. Lediglich bei den Transporten im Zeitraum Dezember 1943 bis April 1944 ist eine nennenswerte Zahl Rückkehrer aus Lüneburg oder Neustadt zu verzeichnen. Auffallend sind allerdings einzelne Fälle von Patienten, die aus den Tötungsanstalten Bernburg, Meseritz oder Hadamar zurückkehren und – möglicherweise um Zeugen zu beseitigen und Unruhe innerhalb der Patienten zu vermeiden – nach Rickling weiterverlegt werden. Eine genaue Durchsicht der Krankenakten ergab, daß die Rickling-Transporte hier jeweils am zeitnächsten zur Rückkehr dieser Patienten liegen, so daß hierin der Grund für diese Verlegungen nach Rickling zu sehen ist.

### **Die Transporte nach Rickling vom April und Juni 1944**

Für eine eingehendere Betrachtung im Rahmen meiner Arbeit über die Euthanasie-Maßnahmen der letzten Kriegsjahre wurden die Krankenblattunterlagen der Transporte vom 28. April 1944 (Transport 19) und vom 23. Juni 1944 (Transport 20) gesondert ausgewertet, insbesondere zur Untersuchung der Selektionskriterien im Vergleich mit den Transporten in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde.<sup>12</sup> Die Frage bestand darin, wie die Ärzte und das Pflegepersonal diese Patienten vor ihrem Abtransport beurteilt haben. Die Auszählung dieser Beurteilungen ergibt folgendes Bild:

Die Pflegeaufwendigkeit dieser Patienten wird nur zu 28 % als hoch bewertet. Bei fast der Hälfte der Patienten wird sie als mittelgradig eingestuft, bei einem Viertel als gering.

Bei der Verhaltensbewertung überwiegen die negativen Beurteilungen. Fast drei Viertel der Patienten werden als störend oder schwierig eingestuft, einige als gewalttätig. Als positiv wird nur ein Prozentsatz von rund 15 % eingeschätzt. Die Kombination hoher Pflegeaufwendigkeit und störenden Verhaltens findet sich häufig in den Akten der Abtransportierten.

Der Rentner Alfred K. wird am 10. August 1943, nachdem er seine Wohnung durch einen Bombenschaden verloren hat, von einem niedergelassenen Nervenarzt in Langenhorn eingewiesen. Er war früher Oberzollinspektor und litt seit einem Unfall an epileptischen Anfällen. Dr. Knigge kann die Einweisungsdiagnose des niedergelassenen Arztes »senile Demenz« nicht bestätigen, sondern nur die Epilepsie. In den ersten Monaten wird er als ruhiger und zufriedener Patient beschrieben. Am 15. September erfolgt die erste negative Eintragung: »Kann sein Bett nicht wiederfinden«. Die Pfleger stufen ihn als unangenehm und pflegeaufwendig ein. Er sei »bettflüchtig«. Wenn man ihn zurückbringe, schreie er laut. Er kommt nachts in einen Isolierraum. Im Oktober 1943 wird er für einen Transport nach Meseritz ausgesucht. Die bereits erfolgte Eintragung ist jedoch in der Akte durchgestrichen und durch die Eintragung einer hausinternen Verlegung von Haus 14 nach Haus 19 ersetzt. Dr. Lua, der jetzt für ihn zuständig wird, diagnostiziert ein Korsakow-Syndrom. Herr K. wird als äußerst vergeßlich und konfabulierend beschrieben, ansonsten aber als »ruhig, höflich und freundlich«. Der letzte Eintrag Dr. Luas vom 23. Juni 1944 lautet: »Äußert heute, er habe telefonisch die Nachricht erhalten, er solle heute nachmittag zum Wehrbereichskommando gehen, bittet um Urlaub dazu. Auf Frage nach den näheren Umständen, wie er die Nachricht erhalten habe, meint er, er könne sich nicht daran erinnern. Wird verlegt nach Rickling.« Dort stirbt er am 6. November 1944 an »Kreislaufschwäche«.

Bei vielen alten Patienten, die nach Rickling abtransportiert wurden, reichte aber offensichtlich schon ein schwieriges oder als absonderlich empfundenen Verhalten zur Selektion aus, auch wenn keine besondere Pflegeaufwendigkeit vermerkt wurde.

Wilhelm P. kommt im März 1944 aus Eppendorf nach Langenhorn. Er ist 77 Jahre und wird von den Eppendorfer Ärzten mit der Diagnose »arteriosklerotische Demenz« überwiesen. »Hochgradig seniler Habitus«, vermerkt Dr. Lua bei der Aufnahme. Herr P. wird als ruhig und verträglich beschrieben, sammle aber Abfälle und entwickle ein abnormes Benehmen. Aus einem Eintrag am 27. April 1944 geht hervor, daß sich Herr P. bei Dr. Lua über einen Pfleger beschwert, der ihn angegriffen ha-

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

be. Dr. Lua befragt Mitpatienten, die den Vorfall bestätigen. Der Pfleger bestreitet dies. Er habe ihm lediglich den Abfall aus den Taschen geräumt. Als Befund hält Dr. Lua in der Akte fest: »Typische Luxation des linken Schultergelenks.« Am Tag darauf wird Herr P. mit seiner Verletzung nach Rickling verlegt. Er stirbt dort wenig später am 16. Juni 1944 an »Marsasmus«.

Der Patient Hugo P. ist ebenfalls ein Beispiel dafür, daß störendes Verhalten selektionsentscheidend war, auch wenn keine besondere Pflegeaufwendigkeit vorlag. Herr P. kommt im September als 78jähriger nach Langenhorn. Er war vorher kurz in Eppendorf, von wo aus man ihn mit der Diagnose »hypomanischer Alkoholiker« nach Langenhorn abschob. Die Ärzte in Langenhorn können mit ihm wenig anfangen. Dr. Knigge bestätigt ihm »gute Kontaktfähigkeit« und »volle zeitliche und örtliche Orientierung«, aber auch eine krankhaft gesteigerte meist euphorische Stimmung. Der Selbstdiagnose des Patienten, er sei Paralytiker, geht er nicht nach. Herr P. wird weiter als »Alkoholiker im Senium« geführt, wobei Dr. Knigge noch die Diagnose »Manischdepressive Konstitution« mit Fragezeichen hinzufügt. Dr. Lua, der den Patienten nach einigen Wochen übernimmt, notiert in die Akte »kann angeblich nicht stehen und gehen« und »verfaßt Schreiben mit sinnlosem Inhalt«. Herr P. verbringt seine Tage im Bett. Es passiert nichts mit ihm. Nur langsam verbessert sich seine Gehfähigkeit. Er verlangt des öfteren, den Arzt zu sprechen. Dr. Lua findet seinen Patienten »geschwätzig« und »schlagfertig in seinen Reden«. Eine Eintragung lautet: »Der Mund steht den ganzen Tag nicht still.« Herr P. ist alt, gilt als lästig, hilfebedürftig, kurz: als zu nichts mehr zu gebrauchen und überflüssig. Am 23. Juni 1944 wird auch er nach Rickling verlegt. Dort stirbt er am 24. Juli 1944 an einem Gesichtserysipel, ein unter anderen Umständen sicher vermeidbarer Tod.

Eine gute, den Betrieb aufrecht erhaltende Arbeitsleistung wird keinem der abtransportierten Patienten zugeschrieben. Die Arbeitsleistung von nur rund 10 % der Abtransportierten wird als mittelmäßig und zufriedenstellend bezeichnet. Auch die zurückgehende Arbeitsleistung bisher arbeitsfähiger Langzeitpatienten kann dabei ein Selektionsgrund sein. Eine Anmerkung für vorausgegangene Arbeitsjahre kannte die Selektionsanstalt nicht.

Ein Beispiel hierfür ist der Patient Theodor Z., 1893 geboren, Diagnose Imbezillität. Er hat die meiste Zeit seines Lebens in Anstalten verbracht. Schon als Junge kam er in seiner Heimat in Schlesien in eine Heil- und Pflegeanstalt, später in Hamburg nach Friedrichsberg und von dort 1928 nach Langenhorn. Hier galt er stets als »guter Arbeiter«, wenn auch im Verhalten schwierig und oft unangepaßt. Zu seinen Angehörigen hatte er Kontakt. 1934 wurde er nach einer entsprechenden Anzeige der Langenhorner Ärzte zwangssterilisiert. Er überlebte als brauchbare Arbeits-

kraft die Kriegsjahre und die Deportationen in Langenhorn bis 1944. Noch im Juni 1943 lautet ein Akteneintrag von Dr. Lange: »Arbeitet in der Wirtschaftskolonie. Unauffällig. Liest Zeitungen.« Im Januar 1944 stürzt Herr Z. Er muß vom Chirurgen des Krankenhauses operiert werden und kann nicht mehr arbeiten. Er hat Beschwerden beim Heben. Dr. Lua verlegt ihn am 28. April 1944 nach Rickling. Dort überlebt er das Kriegsende. Im September 1945 entweicht er in Rickling, meldet sich von sich aus einige Tage später in Langenhorn und beschwert sich über die schlechte Behandlung in Rickling. Die Langenhorner Ärzte beschreiben ihn nun als »debil, verwaorlost, asozial«. Er gilt aber wieder als »arbeitsfähig«. Dr. Lua teilt ihn wie ehemals zur Arbeitskolonie ein. Auf Nachfrage von Rickling wird er im März 1946 wieder nach dort zurückverlegt. Hier endet die Langenhorner Akte, so daß nicht bekannt ist, wie sein Leben weitergeht.

Bei der überwiegenden Zahl der Patienten wird die Arbeitsfähigkeit auf Grund des Alters, der Gebrechlichkeit und des Verhaltens als schlecht, ausfallend oder nicht verwertbar eingeschätzt.

Angaben über Kontakt in Form von Besuchen oder Briefen fehlen für die Mehrzahl der Betroffenen in den Akten. Nur bei 6 % wird viel Kontakt und bei 9 % seltener, aber vorhandener Kontakt in den Akten festgehalten. Während somit 15 % überhaupt Kontakt haben, haben die restlichen Patienten keinen oder keinen dem Personal bekannten Kontakt.

Bei der Untersuchung der Frage, aus welchen Häusern und durch wessen ärztliche Letztentscheidung die Betroffenen nach Rickling abtransportiert werden, läßt sich eine Konzentration auf bestimmte, wenige Ärzte und bestimmte Häuser feststellen. Dr. Schlippe selektiert hauptsächlich in den Frauenhäusern 8 und 11, Dr. Saupe in den Frauenhäusern 4 und 9, Frau Dr. Steinbömer in dem Frauenhaus 9. Dr. Lua selektiert hauptsächlich in dem Männerhaus 19, Dr. Kerl in den Männerhäusern 1, 9 und 10. Der überwiegende Teil der Betroffenen hat, bedingt durch die kurzen Verweilzeiten, keinen Weg innerhalb Langenhorns vor dem Abtransport hinter sich. 76,1 % kommen sofort in das Haus, von dem aus sie abtransportiert werden. Bei den Patienten, die vor ihrem Abtransport einen hausinternen Verlegungsweg in Langenhorn hinter sich haben, zeigt sich eine Beteiligung aller Ärzte und Einbeziehung so gut wie aller Häuser.

Eine Berechnung der Überlebenszeiten ab Ankunft in Rickling bestätigt die oben erwähnte hohe Sterberate für die letzten Kriegsjahre in Rickling. Bis Kriegsende und damit innerhalb eines Jahre sterben über 40 % der mit den hier beschriebenen Transporten nach Rickling verlegten Patienten, weitere 10 % bis Ende 1945. Nur rund 37 % überleben das Jahr 1945. Das Schicksal der restlichen ist unbekannt.<sup>13</sup>



### *Verlegungen in Umlandanstalten*

Eine Auswertung der in den Akten genannten Todesursachen zeigt abweichend von den Eintragungen in typischen Tötungsanstalten eine breite Streuung. Häufig werden zwar Darmgrippe, Schlaganfall und Marasmus eingetragen, aber auch die plausibel erscheinenden Todesursachen Typhus, Gangrän oder Erysipel. Die typischen stereotypen Todesursachen »Tod im Anfall« und »Lungenentzündung« fehlen ganz, die Todesursache Herztod wird nur selten genannt. Die Schlußfolgerung, daß damit quasi natürliche Tode belegt seien, kann jedoch angesichts der enorm hohen Todeszahlen nicht gezogen werden.

### **Anmerkungen**

- 1 Vgl. dazu die entsprechenden Ausführungen in meiner Dissertation »Euthanasie in den letzten Kriegsjahren – Die Jahre 1944 und 1945 in der Heil- und Pflegeanstalt Hamburg-Langenhorn«, Husum 1992.
- 2 Diese und die folgenden Angaben zur Geschichte der Ricklinger Anstalten folgen im wesentlichen: Sutter, Peter, Der sinkende Petrus. Rickling 1933-1945, Rickling 1986 und Epha, Oskar, Der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein in der Zeit der Weimarer Republik und des Dritten Reiches. Festschrift zur Feier des 100jährigen Bestehens des Landesvereins am 30. September 1975, Rickling 1975.
- 3 Vgl. Jenner, Harald, Konzentrationslager Kühlen 1933, Rickling 1988.
- 4 Vgl. Wunder, Michael, Die Auflösung von Friedrichsberg. Hintergründe und Folgen. in: Hamburger Ärzteblatt, Jg. 44 (1990) Heft 4, S. 128 – 131.
- 5 Die bis in die heutigen Tage in der Hamburger Psychiatrie-Diskussion hart umkämpfte vertragliche Festlegung der Hansestadt, in das weit abgelegene Rickling Hamburger Psychiatrie-Patienten zu verlegen, basiert ursprünglich auf dieser Vereinbarung von 1935. Alle späteren Belegungsverträge bezogen sich auf diesen ersten Vertrag.
- 6 Ofterdinger, Friedrich, Der Friedrichsberg-Langenhorn Plan. Zusammenfassender Bericht vom 23.12.1935, in: StArch HH, Hochschulwesen II, Gb 11, Bd. 1.
- 7 Im Unterschied zur Gesamttransportliste ist hier der Transport der 50 Flüchtlinge aus Landau, die am 19.9.1939 über Langenhorn nach Rickling verlegt wurden, nicht mitberücksichtigt.
- 8 Vgl. Sutter, Peter, a.a.O., S. 163 ff.
- 9 Diese und die folgenden statistischen Angaben basieren auf der Auswertung von 698 Krankenakten oder Karteikarten der Krankenhausarchivs von 704 Patienten, die in den Jahren 1939 bis 1945 von Langenhorn nach Rickling verlegt wurden.
- 10 Vgl. Sutter, Peter, a.a.O., S. 260.
- 11 Die folgenden Angaben dieser und der folgenden Patientenbiographien sind den Krankenblatt-Unterlagen entnommen, die sich sämtlich im Archiv des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll befinden.
- 12 Vgl. Teil VII, Die Spätzeit der Euthanasie, Kapitel 2. Der Untersuchung liegen die 67 vollständig erhaltenen Krankenakten von insgesamt 90 von diesen beiden Transporten betroffenen Patienten zu Grunde. Die Krankenakten befinden sich im Archiv des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll.
- 13 Vgl. Teil VII, Die Spätzeit der Euthanasie, Graphik 2.

Eveline Sonn

### 3. Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg

#### Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg im Zweiten Weltkrieg

Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg wurde vom März 1941 an zum Bestimmungsort von einem Dutzend größerer Transporte psychiatrischer Patienten aus Langenhorn. Zwar hatte es schon vor dem Kriege Verlegungen von Hamburg aus nach Lüneburg gegeben, doch standen diese im Zusammenhang mit der Umsetzung des Groß-Hamburg-Gesetzes. Im April 1937 gab so Langenhorn 42 Geistesschwache und -kranke sowie Epileptiker an die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg ab, erhielt dafür im Gegenzug seinerseits 43 Patienten.<sup>1</sup>

Die Landesheil- und Pflegeanstalt Lüneburg unterstand der Provinzialverwaltung in Hannover. Während des Zweiten Weltkrieges war sie mit Geisteskranken, Geistesschwachen und Epileptikern, aber auch mit Kriminellen und Ausländern belegt.<sup>2</sup> Sie wurde seit dem 1. Januar 1936 von Dr. Max Bräuner geleitet, der bereits seit 1909 an der Anstalt tätig war. Dr. Bräuner, Mitglied der NSDAP seit 1. Mai 1933, fungierte zugleich von 1938 bis 1944 als Beauftragter für das Rassepolitische Amt der Stadt Lüneburg.<sup>3</sup> Von Anfang an war die Anstalt Lüneburg in die reichsweite Erfassung zunächst der Heil- und Pflegeanstalten sowie dann der Erstattung von Meldebogen-Anzeigen eingeschlossen. Die ersten Meldebögen aus Berlin trafen 1940 in Lüneburg ein und wurden dort hinsichtlich der geforderten Patientendaten sehr sorgfältig ausgefüllt. Dies wurde auch nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp im August 1941 fortgesetzt, und zwar viertel- bzw. halbjährlich für alle Anstaltsinsassen.<sup>4</sup> Nach einer Aussage des Anstaltsleiters Dr. Bräuner war den Anstaltsärzten der Zweck der Meldebögen jedoch unbekannt gewesen. Ihm selbst mußte dieser allerdings spätestens seit der von der Provinzialverwaltung einberufenen Direktorenkonferenz Ende Februar 1941 in Hannover klar gewesen sein, auf der aus einer umfangreicheren Patientenliste ein erster Transport von 120 Personen zusammenzustellen war. Den eigenen Abteilungsärzten gegenüber erklärte Dr. Bräuner die Transporte als kriegsbedingte Maßnahmen zur Raumbeschaffung.<sup>5</sup> So fanden im Rahmen der Aktion T4 510 Patientenverlegungen statt, die von der Gemeinnützigen Krankentransportgesellschaft (Gekrat) in Berlin nach sächsischen Anstalten und nach Herborn in Hessen durchgeführt wurden. Der erste

Transport vom 7. März 1941 umfaßte 120 Männer. Sie gelangten zunächst nach Waldheim und wurden später in die Anstalt Sonnenstein bei Pirna weiterverlegt. Am 9. April kamen 130 Frauen, am 23. April 1941 100 Frauen und zehn Männer in die Anstalt Herborn, von wo aus sie vermutlich nach Hadamar und Sonnenstein weiterverlegt wurden. Es sind diese Transporte gewesen, die Raum schufen für Verlegungen Langenhorner Patienten nach Lüneburg.

Auch nach dem Stopp der Aktion T4 kam es noch zu weiteren Abtransporten, wenngleich erst über zwei Jahre später im September 1943. Von insgesamt 712 Patienten ist bekannt, daß sie verlegt wurden, und zwar in die Anstalten Hildesheim und Langenhorn, ins thüringische Pfaferode sowie in die Privatanstalt Ilten. Die meisten von ihnen kamen dort um oder wurden wie ein großer Teil auch der Langenhorner Patienten in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde weiterverlegt. Die letzte Deportation erfolgte am 26. Dezember 1944 im Zuge der zentralen Euthanasie-Aktion gegen sogenannte geisteskrankte Ostarbeiter, wobei Lüneburg als Sammelstelle für die Gaue Weser-Ems einschließlich Bremen, Hannover-Ost, Hannover-Süd und Braunschweig ausersehen war.<sup>6</sup> Dieser Transport umfaßte 67 russische und polnische Zwangsarbeiter.

Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg war aber auch in die Maßnahmen der »Kinder-Euthanasie« einbezogen. Seit Oktober 1941 fungierte sie als Aufnahmestation für Kinder aus der Provinz Hannover. Die ersten 150 Kinder kamen aus den Anstalten der Inneren Mission in Rotenburg, die auf Anordnung des Reichsverteidigungskommissars zu räumen waren.<sup>7</sup> Die Leitung der neuingerichteten Kinderfachabteilung, die vom 1. Oktober 1941 bis zum 8. Mai 1945 bestand, wurde Dr. med. Willi Baumert übertragen, zunächst zusätzlich zu seiner Tätigkeit als ärztlicher Berater des Provinzial-Jugendheimes in Wunstorf, ab 1943 hauptamtlich. Dr. Baumert war nicht nur wegen seiner speziellen fachlichen Qualifikation, sondern vor allem auch auf Grund seiner politischen Zuverlässigkeit ausgewählt worden. Er gehörte der NSDAP seit 1932 an, trat 1933 in die SS ein und spezialisierte sich seit 1935 im Rahmen der allgemeinen Rassenforschung auf erbliche Geisteskrankheiten. Er leitete die Kinderfachabteilung bis September 1944, als er zur Waffen-SS eingezogen wurde. Danach übernahm der Direktor der Anstalt, Dr. Bräuner, selbst die Leitung der Fachabteilung. Dr. Baumert wurde alsbald über den wahren Zweck der Kinderstation durch den Anstaltsleiter informiert und erhielt zusätzliche Aufklärung darüber, als er im Winter 1941/42 zu Gesprächen mit dem Leiter der Unterabteilung IIb in der Kanzlei des Führers, Dr. Hans Hefelmann, nach Berlin zitiert wurde, der dort für die Zentrale der »Kinder-Euthanasie«, den »Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden«, verantwortlich war. Dr. Baumert verfaßte die Gutachten und gab auch die Anordnungen zum

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Einschläfern der Kinder, die durch Verabreichung einer tödlich wirkenden Überdosis von Medikamenten wie Luminal, Veronal, Morphin-Scopolamin und Chloral-Hydrat erfolgte. Nach Angaben von Dr. Bräuner wurden so in der Kinderfachabteilung pro Monat sechs bis sieben Kinder eingeschläfert, was eine Tötungszahl von insgesamt weit über 200 Kindern ergibt.<sup>8</sup> Nach einer weiteren Aussage Bräuners waren etwa 60 % aller Todesfälle in der Kinderfachabteilung während des Krieges Folgen von Euthanasie-Maßnahmen.<sup>9</sup>

### **Die Verlegungen Langenhorner Patienten nach Lüneburg**

Die ersten planmäßigen Verlegungen von Langenhorn in die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg begannen im Frühjahr 1941 mit einem Transport von 40 Frauen und 85 Männern. Die Verlegungen wurden zumeist mit dem damaligen Verwaltungsleiter Langenhorns, Freese, mündlich abgesprochen. Die, wie es hieß, auf Grund von Platzmangel nach Lüneburg verlegten Patienten wurden nur unter der Bedingung aufgenommen, daß das erforderliche Personal von Langenhorn zur Verfügung gestellt wurde, da wegen der Einberufungen zur Wehrmacht sonst mit Engpässen bei der Versorgung der Langenhorner Patienten in Lüneburg zu rechnen war.

Da es aber kaum Personal gab, das sich freiwillig für eine Arbeit in Lüneburg meldete, wurden die Versetzungen von der Verwaltung bestimmt. Die Gehälter übernahm die Provinz Hannover.<sup>10</sup> Im Mai 1942 kam es so zu einer ersten Zuweisung von sieben Pflegern und vier Schwestern aus Langenhorn. Der letzte Transport von Langenhorner Patienten nach Lüneburg im Januar 1943 fand dort dennoch nur unter der Voraussetzung Aufnahme, daß die 20 Männer bis zum April 1943 zurückverlegt werden würden.<sup>11</sup> Für die in Lüneburg untergebrachten Patienten wurde ein Kostgeldsatz von RM 3,40 täglich gezahlt, der Langenhorn von Lüneburg in Rechnung gestellt wurde.<sup>12</sup> Nach den schweren Bombenangriffen von Juli/August 1943 auf Hamburg wurden am 4. September 1943 sämtliche geisteskranken Langenhorner Patienten, die bis dahin in Lüneburg überlebt hatten und noch nicht rückverlegt worden waren, nach Hamburg zurückgeholt. Von Langenhorn aus kamen die meisten in auswärtige Anstalten wie z.B. nach Meseritz-Obrawalde. Die Krankenzimmer, in welchen die geisteskranken Patienten der Anstalt Langenhorn untergebracht gewesen waren, wurden nun bombengeschädigten Altersheiminsassen aus dem Raum Hamburg zur Verfügung gestellt. Lüneburg konnte wiederum die Pflege dieser Insassen nur übernehmen, wenn das ihm bisher von Langenhorn zur Verfügung gestellte Personal dort verblieb.<sup>13</sup>

Vom März 1941 bis Januar 1943 gab es elf größere Transporte von Lan-

genhorn in die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg. Dabei wurden insgesamt 374 Patienten (160 Frauen und 214 Männer) verlegt.<sup>14</sup> Von diesen Patienten lag in 303 Fällen eine Akte vor. Für die übrigen Patienten wurden die Daten aus dem Krankengeschichtenarchiv im Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll ergänzt. Der größte Transport mit 125 Personen war der erste am 20. März 1941. Die weiteren Transporte umfaßten zwischen 20 und 35 Personen. Im folgenden sollen die elf Transporte zusammenfassend und im Vergleich beschrieben werden.

Hinsichtlich der Altersstruktur gab es unter den Transporten keine größeren Unterschiede. Von insgesamt 371 Personen – für drei konnte das Alter nicht ermittelt werden – waren zwei zum Zeitpunkt des Abtransportes im Alter von 12 und 17 Jahren (0,5 %). In der nächst höheren Altersgruppe bis zu 25 Jahren befanden sich 14 Personen (3,8 %). 26 bis 35 Jahre alt war eine Gruppe von 61 Patienten (16,4 %). Im mittleren Alter von 36 bis 45 Jahren waren 95 Personen (25,6 %). Die größte Gruppe bildeten die 46- bis 65jährigen mit 132 Personen (35,6 %). Im Alter von 66 bis 80 Jahren waren 56 Personen (15,1%). Der Anteil der über 80jährigen belief sich mit elf Patienten auf 3,0 %. Die allgemeine Dominanz der Altersgruppe 46 bis 65 zeigt sich mit geringen Abweichungen in fast allen Transporten. Die Verhältnisse verschieben sich ein wenig für die Transporte vom 6. Februar 1942 und 13. Januar 1943, wo die Gruppe der 36- bis 45jährigen den größten Anteil stellt, und für den Transport vom 31. Juli 1942, der insgesamt das jüngste Durchschnittsalter aufweist. Der Transport vom 13. April 1942 umfaßte dagegen den höchsten Anteil der 66- bis 80jährigen.

Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der nach Lüneburg geschickten psychiatrischen Patienten kann festgestellt werden, daß das Gros der Patienten vor Aufnahme in Langenhorn lediglich bis zu einem halben Jahr in einer Anstalt gewesen war. Die gesamte Aufenthaltsdauer vor der ersten Verlegung nach Lüneburg lag in der Regel unter fünf Jahren, so daß das Kriterium der Meldebogen-Aktion »5 Jahre und länger ununterbrochen in der Psychiatrie« für den Abtransport nach Lüneburg ohne Bedeutung gewesen ist. Allein beim ersten und größten Transport nach Lüneburg am 20. März 1941 hatte die Mehrheit der Patienten bereits vor Kriegsbeginn Aufnahme in Langenhorn gefunden. Bei den übrigen Transporten fiel die Aufnahme in Langenhorn zumeist erst in die Kriegszeit. Als Haupteinweiser für die später nach Lüneburg verlegten Patienten erwies sich mit durchschnittlich 50 % der Fälle die Anstalt Friedrichsberg bzw. die Psychiatrische und Nervenlinik.

Bei allen nach Lüneburg verlegten Patienten handelte es sich mit zwei Ausnahmen um Deutsche. Ein Verlegungsfall trug den Vermerk »Jude«. Soweit Hinweise auf eine soziale Herkunft vorhanden waren, verwiesen diese zumeist auf die Unterschicht bzw. untere Mittelschicht, wo-

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

bei die Berufspalette bei den Frauen von Dienstmädchen bis Sekretärin und bei den Männern von Arbeiter bis kaufmännischer Angestellter reichte.

Als häufigste Diagnose erscheint in den Unterlagen »Schizophrenie«. Nur beim Transport vom 13. April 1942, der auch den höchsten Anteil an 66- bis 80jährigen aufwies, überwiegt die Diagnose »Psychische Störungen im hohen Alter«, die bei den anderen Transporten in der Regel am zweithäufigsten als Diagnose genannt wurde. Angaben darüber, ob die nach Lüneburg verlegten Patienten sterilisiert worden waren, lagen im Durchschnitt für 55 % der Fälle vor; danach betrug der Anteil der Sterilisierten an der Gesamtzahl der Patienten ungefähr 15 %. Demgegenüber weisen allerdings die Transporte vom 20. März 1941 mit 44 % und vom 22. Mai 1942 mit 47 % sehr hohe Anteile an Sterilisierten auf. Insgesamt muß davon ausgegangen werden, daß der tatsächliche Anteil der Sterilisationen noch größer war als der bisher nachweisbare. Auffällig ist, daß der Transport vom 22. Mai 1942 mit dem höchsten Anteil an Sterilisierten zugleich auch der Transport ist, dessen Patienten zur Hälfte aus Einweisungen durch die Polizei aufgrund des § 22 Hamburger Verhältnissesgesetz nach Langenhorn gelangt waren. Ansonsten spielte dieser Einweiser mit der weiteren Ausnahme des Transportes vom 6. Februar 1942 (mit 25 %) kaum eine Rolle.

Überblickt man das gesamte Verlegungsgeschehen Langenhorn-Lüneburg, so ergeben sich kaum Auffälligkeiten, die Aufschluß über die Selektionskriterien in Langenhorn geben könnten. Aus dem recht einheitlichen Bild fallen allenfalls der Transport vom 13. April 1942 heraus, der einen besonders hohen Anteil an älteren Patienten aufwies und bei dem entsprechend die Diagnose »Psychische Störungen im hohen Alter« an erster Stelle erschien, sowie der Transport vom 22. Mai 1942 mit dem höchsten Anteil an Sterilisierten und an polizeilichen Einweisungen. Ursache für die Besonderheiten dieser Transporte könnte die Situation in Langenhorn Anfang 1942 gewesen sein, als es dort durch die Verlagerung der Psychiatrischen und Nervenklinik nach Eppendorf und die weitere Umwidmung von Teilen des Gesamtkomplexes zu Hilfskrankenhausfunktionen zu massiven Engpässen kam. Dieser doppelte Druck führte möglicherweise zu der verstärkten Selektions- und Abschiebepaxis, denen vor allem alte und sozial auffällige Patienten zum Opfer fielen, wie es auch die etwa zeitgleichen Transporte nach Rickling und Königslutter zeigen.

### **Das weitere Schicksal der Langenhorner Patienten**

Über das weitere Schicksal der nach Lüneburg verlegten Langenhorner Patienten gibt die Tabelle 1 einen Überblick (vgl. Tabelle 1).

## Verlegungen nach Lüneburg

*Tabelle 1: Transportgeschehen der in der Zeit vom 20. 3. 1941 bis 13. 1. 1943 nach Lüneburg verlegten Patienten*

	Transportdatum											insgesamt
	20. 3.	26. 5.	26. 6.	3. 7.	18. 7.	6. 2.	13. 4.	22. 5.	31. 7.	13. 10.	13. 1.	
	41	41	41	41	41	42	42	42	42	42	43	
Anzahl der verlegten Patienten	125	20	20	20	20	30	34	35	30	20	20	374
von Lbg.zurück nach Langenhon	78% 97	45% 9	65% 13	45% 9	65% 13	50% 15	35% 12	58% 21	47% 14	50% 10	75% 15	61% 228
von Langenhorn weiterverlegt nach												
- Meseritz	28	3	5	3	6	8	4	7	5	2	3	74
- Rickling	21	1	1	1	2	-	2	5	2	1	3	39
- Königsl.	9	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	11
- Sachsenb.	7	-	-	1	-	2	-	1	-	1	3	15
- Ilten	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6
- Weilmünster	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
- Tiegenhof	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
- Versorgungsheim	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
- Uchtsprunge	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
- entw./Langenh.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
- Krankenh.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
- Lüneburg	-	-	-	1	-	-	-	2	2	-	2	7
- Hause	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	5
in Langenhorn												
- geblieben	13	-	2	1	2	2	1	-	2	4	1	28
und gestorben												
- überlebt	11	2	1	1	-	2	1	3	-	-	1	22
- unklar ob weiterverlegt, entl.,entw., überlebt o. gestorben	2	1	-	-	1	-	3	1	1	2	1	12
nicht zurück nach Langenh. Lüneburg	17% 22	50% 10	35% 7	50% 10	30% 6	40% 12	62% 21	33% 12	53% 16	40% 8	25% 5	34% 129
- gestorben	18	8	7	10	4	10	18	8	13	5	4	105
- überlebt	2	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	6
von Lüneburg evtl. weiterverlegt n.												
- entw./Langenh.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
- Neustadt	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
- Königslutter	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
- Versorgungsheim	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
- n.beantwortbar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
- Hause	2	1	-	-	1	1	1	1	1	3	1	12
unklar, ob weiterverlegt, überlebt oder gestorben	5% 6	5% 1	-	5% 1	5% 1	10% 3	3% 1	6% 2	-	10% 2	-	5% 17



## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Danach wurden 228 Patienten nach Langenhorn wieder zurückverlegt, das sind 61 % aller nach Lüneburg verlegten Patienten.<sup>15</sup> Der prozentuale Anteil schwankt für die Einzeltransporte zwischen 35 und 78 %. Der größte Teil dieser Patienten, nämlich ein knappes Drittel, kam nach der Rückverlegung weiter nach Meseritz, und zwar mit den Transporten vom 22. Oktober 1943 17 Patienten, vom 22. November 1943 24 Patienten, vom 25. Januar 1944 elf Patienten, vom 1. Februar 1944 15 Patienten und vom 9. Mai 1944 sechs Patienten, wo sie der Euthanasie zum Opfer fielen. Ein einzelner Patient war bereits vor allen anderen im März 1943 nach Meseritz deportiert worden. In der Zeit bis zum 29. September 1945 wurden 39 der von Lüneburg zurückgekehrten Patienten nach Rickling weiterverlegt. Dort starben 15 von ihnen, zwölf haben nachweislich überlebt, von zwölf weiteren konnte das Schicksal nicht geklärt werden. Von den übrigen Rückverlegungen wurden weiterverlegt in die Anstalten Sachsenberg 15 Patienten, Königslutter elf Patienten, wiederum nach Lüneburg sieben Patienten, Ilten sechs Patienten und Tiegenhof drei Patienten. Einzelne kamen nach Weilmünster, nach Uchtsprunge, in ein Versorgungsheim, in ein Krankenhaus oder wurden nach dem Entweichen wieder in Langenhorn untergebracht. Nach Hause entlassen wurden fünf Patienten. In Langenhorn verblieben 62 Patienten. Von ihnen starben bis Ende 1945 28 Personen, 22 Patienten überlebten, von zwölf Personen ist das Schicksal nach ihrer Rückverlegung von Lüneburg ungeklärt.

Ingeborg R. gehörte zu den Rückkehrern aus Lüneburg, die in Langenhorn kaum noch eine Chance hatten. Im November 1939 war sie aus der Psychiatrischen und Nervenlinik nach Langenhorn gekommen und wurde dort als 22jährige schon zu diesem Zeitpunkt mit der Diagnose »hebephrener Endzustand« belegt. Geordnete und ruhige Phasen wechselten mit Erregungszuständen. Dr. Saupe versuchte mehrmals, sie zum Arbeiten zu bringen. »Lehnt jegliche Beschäftigung ab« vermerkte er in der Akte. Er verlegte sie hausintern zu Frau Dr. Steinbömer, die sie als »uneinsichtig, leer und antriebsarm« beschrieb. Im Juni 1941 wurde Ingeborg R. durch Frau Steinbömer nach Lüneburg verlegt. Nach ihrer Rückkehr nach Langenhorn versuchte man schon gar nicht mehr, ob sie für bestimmte Arbeiten einzusetzen war. Dr. Schlippe vermerkte in der Akte »stumpfer hebephrener Endzustand« und verlegte sie am 25. Januar 1944 als »ungeheilt« nach Meseritz. Dort starb sie am 19. Mai 1944. Kurz vor ihrem Tod hatte sie eine Pflegerin beim Essenausteilen angegriffen. Als Todesursache ist »Herzschwäche« eingetragen.<sup>16</sup>

Insgesamt 129 Langenhorner Patienten wurden nicht von Lüneburg nach Langenhorn zurücktransportiert. Von ihnen sind 105 bis Ende August 1943 in der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg gestorben. Zwölf Personen sind nach Hause entlassen worden. Zwei Personen, die aus der Anstalt entwichen waren, wurden nach dem Aufgreifen nach Langenhorn

eingewiesen. In ein Versorgungsheim wurde ein Patient überwiesen. Nicht völlig geklärt werden konnte das Schicksal von sechs psychisch Kranken, die in der Lüneburger Anstalt überlebt haben, sowie die Verlegung von jeweils einem Patienten nach Neustadt und nach Königslutter. Nach den bisherigen Ermittlungen gab es keine Direktverlegungen Langenhorner Patienten von Lüneburg aus in andere Anstalten und kamen im September 1943 auch alle noch lebende Langenhorner Patienten zurück nach Hamburg. Es ist daher anzunehmen, daß es sich auch hier um Weiterverlegungen nach der Rückkehr nach Langenhorn handelt, auch wenn entsprechende Eintragungen bzw. Unterlagen in den Krankenakten fehlen. Bei 17 Patienten bleibt das gesamte weitere Verlegungsgeschehen offen.

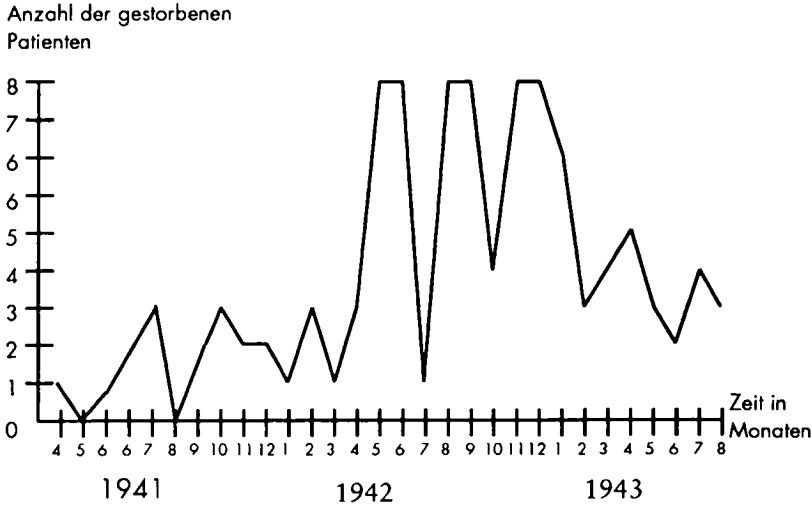
Die meisten der in der Zeit vom 20. März 1941 bis zum 13. Januar 1943 von Langenhorn nach Lüneburg verlegten 374 Patienten sind in der Lüneburger Anstalt selbst gestorben, nämlich 105 Patienten (28 %) (vgl. Tabelle 2). An zweiter Stelle folgt Meseritz mit 74 Patienten (20 %). Das bedeutet, daß mit einer Ausnahme, die nicht geklärt werden konnte, alle Patienten, die nach Meseritz deportiert worden waren, dort auch umgekommen sind. In Langenhorn starben nach ihrer Rückverlegung 30 Patienten (8 %). Dabei verteilen sich die Sterberaten auf die einzelnen Transporte durchaus unterschiedlich. Sie liegen für die in Lüneburg Gestorbenen zwischen 14 % und 53 %, wobei der Transport vom 13. April 1942 mit dem höchsten Anteil an älteren Patienten auch die höchste Sterberate verzeichnet. Für die Transporte gilt, daß die Sterberate bei den Frauen signifikant höher liegt als bei den Männern. Von den 105 Patienten, die in Lüneburg bis einschließlich August 1943 gestorben sind, starben 14 noch im Jahre 1941; im Jahre 1942 waren es 61 und 1943 30 Patienten. Die Todesrate ist, wie die Graphik 1 zeigt, in der Zeit von Mai 1942 bis Januar 1943 am höchsten (insgesamt 59 Patienten), also in einer Zeit deutlich nach dem Stopp der Aktion T4. Inwieweit diese Entwicklung dennoch mit weiteren Euthanasie-Maßnahmen in Zusammenhang zu bringen ist, läßt sich nicht entscheiden. Die Altersstruktur der einzelnen Transporte vermag darüber auch keinen endgültigen Aufschluß zu geben, da dem Transport mit dem höchsten Anteil an älteren Patienten im April 1942 drei Monate später ein Transport folgte mit einem gegenüber dem Durchschnitt größeren Anteil an jüngeren Patienten. So mag diese Entwicklung auch auf die allgemein verschlechterte Versorgung der Patienten im pflegerischen und im Ernährungsbereich zurückzuführen sein, zumal auch die Sterberate allgemein für die in der Anstalt insgesamt untergebrachten erwachsenen Patienten eine ähnliche Entwicklung aufweist. Lag sie in den Jahren 1927 bis 1938 zwischen 5,9 % und 7,7 %, so stieg sie ab 1939 an und lag 1943 bei 19,5 %.<sup>17</sup> Sie war damit aber immer noch erheblich niedriger als die für die Langenhorner Patienten ermittelte Sterberate.

## Verlegungen in Umlandanstalten

Tabelle 2: Sterbeort und Sterberate der in der Zeit vom 20.3.1941 bis 31.1.1943 nach Lüneburg verlegten Patienten bis zum 31.12.1945

Transport- datum Patienten- zahl	Lüne- burg in % abs.	Mese- ritz	Lan- gen- horn	Rick- ling	Ilten	Tie- gen- hof	Sach- sen- berg	Königs- lutter	Hada- mar	Gesamt- zahl der Gestor- benen
20. 3.41 125 Pat.	14 %	22 %	10 %	5 %	2 %	1 %	2 %	7 %		63 %
F 40; M 85	12;6	10;17	1;12	-;6	-;3	-;1	-;2	7;2		30;49
26. 5.41 20 Pat.	40 %	15 %		5 %	5 %					65 %
F 20	8;-	3;-		1;-	1;-					13;-
26. 6.41 20 Pat.	35 %	20 %	10 %		5 %	5 %		5 %		80 %
F 20	7;-	4;-	2;-		1;-	1;-		1;-		16;-
3. 7.41 20 Pat.	50 %	15 %	5 %	5 %		5 %				80 %
M 20	-;10	-;3	-;1	-;1		-;1				-;16
18. 7.41 20 Pat.	20 %	35 %	10 %							65 %
F 20	4;-	7;-	2;-							13;-
6. 2.42 30 Pat.	33 %	23 %	7 %							63 %
F 15; M 15	7;3	2;5	1;1							10;9
13. 4.42 34 Pat.	53 %	12 %	3 %	6 %						74 %
F 15; M 19	7;11	4;-	1;-	-;2						12;13
22. 5.42 35 Pat.	23 %	23 %	3 %	9 %					3 %	60 %
F 15; M 20	3;5	6;2	-;1	-;3					1;-	10;11
31. 7.42 30 Pat.	43 %	17 %	7 %							67 %
F 15; M 15	6;7	4;1	1;1							11;9
15 10.42 20 Pat.	25 %	10 %	25 %							60 %
M 20	-;5	-;2	-;5							-;12
13. 1.43 Pat.	20 %	20 %	5 %	5 %						50 %
M 20	-;4	-;4	-;1	-;1						-;10
insgesamt 374 Pat.	28 % 105	20 % 74	8 % 30	4 % 14	>1 % 5	<1 % 3	0,5 % 2	3 % 10	0,5 % 1	65 % 244
160;M 214										115;129 72%;60%

Graphik 1: Sterbedaten der in Lüneburg gestorbenen Langenhorner Patienten (März 1941 bis August 1943)



Das besondere Merkmal des gesamten Verlegungsgeschehens nach Lüneburg ist die Rotation, das Hin- und Herschieben von Patienten, zum Teil als Reaktion auf besondere Zwangslagen. Lüneburg war für die allermeisten Patienten nur eine Zwischenstation auf weiteren Verlegungswegen. Denn nach ihrer Rückkehr nach Langenhorn wurden sie zumeist alsbald weiterverlegt. Diese vielfache Rotation bedeutete für die Patienten aber eine ständige Verschlechterung ihrer Lebenschancen und führte dazu, daß die schwächsten unter ihnen, die besonders pflegebedürftigen sowie die nicht beschäftigungsfähigen und unter ihnen vor allem die Frauen, früher pflegerisch vernachlässigt wurden und früher starben, was im folgenden mittels der Untersuchung eines einzelnen Transportes genauer aufgezeigt werden soll.

### Der Transport vom 20. März 1941

Für eine genauere Analyse des Verlegungsgeschehens ist der Transport vom 20. März 1941 herangezogen worden, wofür mehrere Gründe sprechen. Zum einen handelt es sich, nachdem bereits größere Verlegungen von Langenhorn in die Heilstätten in Rickling stattgefunden hatten, um den ersten größeren Massentransport von Patienten in eine weitere Umlandanstalt. Zugleich war es der umfangreichste von allen Transporten nach Lüneburg. Zum anderen handelte es sich um einen Transport, der zur Zeit der laufenden Euthanasie-Maßnahmen der Aktion T4 stattfand.

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

Überdies liegen Meldebögen in größerer Anzahl nur für diesen Transport vor. Während sich Meldebögen sonst nur in Einzelfällen anfinden, ist hier für 32 von insgesamt 125 betroffenen Patienten, also für 26 %, ein Meldebogen ausgefüllt worden. Die Verlegungen waren eigens durch die Hamburger Gesundheitsverwaltung angeordnet worden. Etwa zeitgleich fanden ebenfalls Verlegungen nach Rickling am 19. März von 50 Personen und nach Neustadt am 21. März 1941 von 100 Personen statt. Als Grund wurde die Umwandlung eines weiteren Hauses in Langenhorn in ein Hilfskrankenhaus angeführt.<sup>18</sup> Der Transport vom 20. März 1941 in die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg umfaßte laut Verlegungsliste 40 Frauen und 85 Männer, was durch den Eintrag in dem Ausgangsbuch Langenhorns bestätigt wird.<sup>19</sup>

Das Durchschnittsalter betrug bei den Frauen 48 Jahre, bei den Männern 43 Jahre. Bei den Patientinnen waren 28 % bis zu 35 Jahre alt, 56 % waren zwischen 35 und 65 Jahre alt, über 65 Jahre alt waren 16 %. Die Altersverteilung bei den Männern wich in Teilen davon deutlich ab: 27 % verteilten sich auf die Gruppe bis zu 35 Jahren, 70 % auf die Gruppe 35 bis 65 Jahre, nur 3 % hatten ein höheres Alter als 65 Jahre. Bei 31 der 40 Frauen und bei 75 der 85 Männer fand sich ein Hinweis auf eine Ausbildung oder eine frühere Berufstätigkeit. Bei den Frauen dominierten Berufe aus dem Dienstleistungsbereich, 13 wiesen überhaupt keine Ausbildung auf; während der Anteil von Männern ohne Ausbildung mit fünf Personen demgegenüber deutlich geringer war; das Berufsbild zeigt hier eine wesentlich größere Bandbreite und weist vornehmlich Arbeiter und Handwerker, dazu noch Angestellte und gewerblich Tätige aus.

Als Haupteinweiser in die Anstalt Langenhorn fungierte bei den männlichen Patienten die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg bzw. die Psychiatrische und Nervenklinik mit 62 % aller Fälle. 8 % der Patienten kamen aus einem Hamburger Versorgungsheim, 6 % wurden aus anderen Psychiatrien eingeliefert, vier Männer (5 %) wurden direkt durch die Polizei eingewiesen. Bei den restlichen Fällen handelte es sich um Einzeleinweisungen durch ein Krankenhaus, ein Lazarett, ein Gefängnis, einen niedergelassenen Arzt und das Gesundheitsamt. Für 8 % lag kein Nachweis vor. Bei den weiblichen Patienten dominierten als Einweiser die Versorgungsheime mit 27,5 % und Friedrichsberg bzw. die Psychiatrische und Nervenklinik mit 25 %. Aus anderen Psychiatrien wurden 17,5 % eingewiesen. Keine der Frauen war direkt durch die Polizei eingeliefert worden. Die übrigen verteilten sich auf Einzeleinweisungen durch ein Krankenhaus, niedergelassene Ärzte sowie Angehörige. Bei vier Patientinnen (10 %) blieb der Einweiser unbekannt.

Auch wenn bei nahezu der Hälfte aller mit diesem Transport nach Lüneburg verlegten Kranken keine Anzeige über die Durchführung bzw.

Nichtdurchführung einer Sterilisation (50 % bei den Frauen, 46 % bei den Männern) vorlag, lassen sich doch einige Tendenzen verdeutlichen. So lag der Anteil derjenigen, bei denen eine solche Operation durchgeführt worden war, bei den Männern mit 36,5 % deutlich höher als bei den Frauen mit 20 %, wobei bei zweien dieser acht Frauen der entsprechende Eingriff bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am 1. Januar 1934 vorgenommen worden war. Eindeutig nicht sterilisiert war bei den Frauen ein Anteil von 30 %, bei den Männern von 17,6 %.

Um den Gründen nachzugehen, die zu dieser Zusammenstellung des Transportes vom 20. März 1941 geführt haben mögen, sollen im folgenden die Patientendaten mit den Kriterien der reichsweiten Meldebogenaktion konfrontiert werden (vgl. Tabelle 3).

*Tabelle 3: Vorkommen der Meldebogenkriterien bei den 125 Patienten des Transportes vom 20.3.1941 nach Lüneburg*

Meldebogenkriterien	Frauen	(N=40)	Männer	(N=85)
Diagnose:				
- Schizophrenie	18	(45,0 %)	53	(62,4 %)
- Epilepsie	3	(7,5 %)	5	(5,9 %)
- senile Erkrankungen	4	(10,0 %)	-	
- Lues	3	(7,5 %)	3	(3,5 %)
- Schwachsinn	-		9	(10,6 %)
- Hirnhautentzündungen o.ä.	3	(7,5 %)	1	(1,2 %)
Gesamt	31	(77,5 %)	71	(83,5 %)
nicht arbeitsfähig	13	(32,5 %)	14	(16,5 %)
mind. 5 Jahre Aufenthalt				
in der Psychiatrie	10	(25,0 %)	38	(44,7 %)
§ 22 HVG; § 42 b StGB	4	(10,0 %)	24	(28,2 %)
nicht deutscher Nationalität	2	(5,0 %)	-	-
jüdischer Abstammung	1	(2,5 %)		

Danach waren an erster Stelle meldepflichtig Personen mit folgenden Krankheiten: Schizophrenie, Epilepsie, senile Erkrankungen, therapierefraktäre Paralyse und andere Lues-Erkrankungen, Schwachsinn jeder Ursache, Encephalitis, Huntington und andere neurologische Endzustände, wenn sie darüber hinaus nicht oder nur geringfügig in den Anstaltsbetrieben zu beschäftigen waren. In den überwiegenden Fällen hatten die Langenhorner Ärzte auf Schizophrenie erkannt (45 % bei den Frauen und 62,4 % bei den Männern). Werden auch noch die übrigen Diagnosen berücksichtigt, so fielen insgesamt 77,5 % der weiblichen und 83,5 % der

## *Verlegungen in Umlandanstalten*

männlichen Patienten unter die meldepflichtigen Diagnosen. Nur sieben männliche (8,2 %) und drei weibliche (7,5 %) Patienten hatten Diagnosen, die nicht unter die Meldebogenkriterien fielen. Für sieben Männer und sechs Frauen lagen Angaben über die Diagnose nicht vor.

Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit konnte nur auf die vorhandenen Akten zurückgegriffen werden, nämlich auf insgesamt 90 (23 für Frauen, 67 für Männer), so daß die Ergebnisse nur bedingt aussagefähig sind. Die Akten wurden durchgesehen auf Vermerke, die eine Kategorisierung in voll arbeitsfähig, eingeschränkt arbeitsfähig und nicht arbeitsfähig erlaubten. Typische Eintragungen waren: »geht recht regelmäßig zur Feldarbeit«; »immer fleißig, doch ohne Ausdauer bei einer Arbeit«; »in landwirtschaftlicher Kolonne beschäftigt«; »unbeschäftigt«. Das Ergebnis der Auswertung zeigt, daß der überwiegende Teil der Männer zum Zeitpunkt des Abtransportes nach Lüneburg voll bzw. bedingt arbeitsfähig war. Nur ein Anteil von 20,9 %, bezogen auf die Zahl der vorhandenen Akten, bzw. von 16,5 %, bezogen auf die Zahl aller Männer, war gar nicht für eine Arbeit einsetzbar. Dieses Ergebnis wird auch dadurch erhärtet, daß in neun Fällen die Männer vom Gut Düssin kamen, wohin Langenhorn seit Ende 1939 männliche Patienten für den landwirtschaftlichen Betrieb schickte. Diese Düssiner Patienten waren als voll arbeitsfähig eingestuft. Bei den Frauen verhielt es sich anders. Hier war der Anteil derjenigen, die nicht arbeitsfähig waren, signifikant höher, nämlich 56,5 %, bezogen auf die vorhandenen Akten, bzw. 32,5 %, bezogen auf die Gesamtzahl der verlegten Frauen.

Als zweites Kriterium führte der Meldebogen einen dauernden Anstaltsaufenthalt von mindestens fünf Jahren an. Dies traf auf zehn Frauen und auf 38 Männer zu, was jeweils einem Anteil von 25 % bzw. 44,7 % entsprach. Allerdings zeigt eine genauere Analyse der Verweildauer, daß die Frauen des Transportes vom 20. März 1941 relativ schnell weiterverlegt worden waren, da die Hälfte von ihnen nur bis zu einem Jahr Aufnahme in Langenhorn gefunden hatten. Lediglich bei drei Frauen (7,5 %) war ein Aufenthalt in Langenhorn selbst von mehr als fünf Jahren zu verzeichnen. Für die männlichen Patienten zeigt sich dagegen ein anderes Bild. Hier gehörte nur ein Viertel (24,7 %) zu den vorübergehenden Patienten in Langenhorn, d.h. sie waren bei ihrem Abtransport bis zu einem Jahr in der Anstalt gewesen, während ein gutes Drittel mit einer Aufenthaltsdauer in Langenhorn von mehr als fünf Jahren zu den Langzeitpatienten gehörte. Unterschiede zwischen den nach Lüneburg verlegten Frauen und Männern gab es auch hinsichtlich der Einweisung auf Grund des § 22 Verh. Ges. betreffend polizeilicher Verwahrung und § 42b Strafgesetzbuch betreffend Sicherheitsverwahrung. Auf der Grundlage dieser Gesetze waren vier Frauen (10 %), aber 24 Männer (28,2 %) in Langenhorn aufgenommen worden. Im übrigen befanden

sich nur unter den Frauen zwei Angehörige einer fremden Nationalität und eine jüdische Deutsche.

Überblickt man die Zusammensetzung des Transportes vom 20. März 1941 in allen seinen Charakteristika, so ergibt sich kein einheitliches Bild. Auffällig ist, daß dies der Transport mit dem bei weitem höchsten Anteil an Meldebögen war, woraus auch die relativ hohe Nennung der Diagnose »Schizophrenie« resultieren könnte. Insgesamt erweist sich die Gruppe der Frauen als älter, signifikant weniger arbeitsfähig und mit deutlich geringerer Aufenthaltsdauer in Langenhorn. Dagegen fällt bei den Männern der recht hohe Anteil an Arbeitsfähigen bei gleichzeitig gegenüber den Frauen häufigerem Auftreten der Diagnose »Schizophrenie« und höherem Anteil an Langzeitpatienten auf.

Über das weitere Schicksal der 125 am 20. März 1941 nach Lüneburg verlegten Patienten bis Ende 1945 gibt die Tabelle 4 einen Überblick (vgl. Tabelle 4). Insgesamt 97 Patienten sind bis zum Herbst 1943 nach Langenhorn zurückverlegt worden, nämlich 60 % der Frauen und 86 % der Männer. Das Gros kam erst im September 1943 zurück, als in Lüneburg die Betten sämtlicher Hamburger Patienten freigemacht wurden. Zu einzelnen Rückverlegungen war es allerdings bereits in der Zeit zuvor gekommen. Von Langenhorn aus wurde dann nach zumeist nur kurzer Zeit der überwiegende Teil nach Meseritz, Rickling, Königslutter, Sachsenberg, Ilten, Weilmünster oder Tiegenhof deportiert. Nicht zurückverlegt nach Langenhorn wurden 14 Frauen (35 %). Davon waren zwölf in Lüneburg gestorben, zwei wurden nach Hause entlassen. Von den acht Männern (9 %), die nicht zurück nach Hamburg kamen, waren sechs in Lüneburg gestorben, zwei wurden von dort nach Hause entlassen. Das Schicksal von sechs weiteren Patienten (zwei Frauen und vier Männern) nach ihrer Verlegung nach Lüneburg konnte nicht aufgeklärt werden.



## Verlegungen in Umlandanstalten

Tabelle 4: Das weitere Schicksal der am 20.3.1941 nach Lüneburg verlegten 125 Patienten (40 Frauen, 85 Männer) bis zum 31.12.1945

Schicksal nach Rückverlegung aus Lüneburg		gestor-	über-	entwi-	nach	nach	unbe-
insgesamt		ben	lebt	chen	Hause	Hadamar	kannt
zurück nach	F 24 (60%)						
Langenhorn	M 73 (86%)						
von Langenhorn							
aus weiter nach:							
- Meseritz	F 11	10	-	-	-	-	1
	M 17	17	-	-	-	-	-
- Rickling	F 3	-	1	2	-	-	-
	M 18	6	6	1	-	-	5
- Königslutter	F 7	7	-	-	-	-	-
	M 2	2	-	-	-	-	-
- Sachsenberg	F	-	-	-	-	-	-
	M 7	2	2	-	-	-	3
- Ilten	F	-	-	-	-	-	-
	M 4	3	1	-	-	-	-
- Weilmünster	F -	-	-	-	-	-	-
	M 1	-	-	-	-	1	-
- Tiegenhof	F -	-	-	-	-	-	-
	M 1	1	-	-	-	-	-
in Langenhorn	F 3	1	2	-	-	-	-
geblieben	M 23	12	9	-	1	-	1
nicht zurück	F 14 (35%)	12	-	-	2	-	-
nach Langenh.	M 8 (9%)	6	-	-	2	-	-
unbekannt	F 2 (5%)	-	-	-	-	-	2
	M 4 (5%)	-	-	-	-	-	4

Der Abtransport der Lüneburger Rückkehrer des Transportes vom 20. März 1941 in die Tötungsanstalt Meseritz begann in größerem Maße einen Monat nach ihrer Rückkehr. Im Oktober 1943 wurden sieben und im Februar 1944 neun männliche Patienten nach Meseritz geschickt. Ein Patient, der allerdings schon im Oktober 1941 aus Lüneburg zurückgekehrt war, war schon im März 1943 dorthin deportiert worden. Von den zurückgekehrten Frauen wurden fünf zwei Monate und sechs vier Monate später nach Meseritz verlegt. Alle diese Kranken fielen mit der Aus-

nahme einer Frau, deren Schicksal nicht aufgeklärt werden konnte, dort der Euthanasie zum Opfer.

Weiterverlegungen von Rückkehrern aus Lüneburg nach Rickling fanden zu den unterschiedlichsten Zeitpunkten statt. Die 18 verlegten Männer trafen im Oktober 1941, Februar 1942, Dezember 1943, April und Juni 1944 sowie August 1945 in Rickling ein. Ein Drittel von ihnen ist dort gestorben; ein weiteres Drittel hat dort überlebt; ein Patient ist entwichen, über fünf waren keine diesbezüglichen Angaben zu finden. Die drei nach Rickling verlegten Frauen gelangten im April 1944 und Februar 1945 dorthin. Zwei entwichen und wurden nach ihrem Ergreifen von Langenhorn aus nach Hause entlassen. Die dritte überlebte in Rickling. Sieben Frauen aus dem untersuchten Transport waren bereits am 18. Juli 1941 wieder aus Lüneburg zurückgekehrt. Sie wurden allesamt nur elf Tage später nach Königslutter weiterverlegt, wo sie in einem Zeitraum von einem bis dreizehn Monaten den Tod fanden. Das gleiche Schicksal ereilte zwei Männer, die am 29. Juli 1941 aus Lüneburg zurückkamen und zwei Wochen später nach Königslutter deportiert wurden. Die Verlegung nach Sachsenberg erfolgte am 26. September 1944 und betraf sieben männliche Patienten. Zwei von ihnen starben dort, zwei überlebten, über das Schicksal der drei weiteren konnten keine Angaben gefunden werden. Nach Ilten wurden vier Männer weiterverlegt, nur einer überlebte, drei fanden dort den Tod. Ein Patient kam nach Weilmünster und von dort aus weiter nach Hadamar, wo er vermutlich ermordet wurde. In die Anstalt Tiegenhof wurde einer der Patienten des Lüneburg-Transportes vom 20. März 1941 weiterverlegt. Auch er kam dort ums Leben. Die übrigen 26 Patienten (drei Frauen und 23 Männer) verblieben in der Anstalt Langenhorn. Von ihnen starben 13 (eine Frau, zwölf Männer), elf überlebten in der Anstalt (zwei Frauen, neun Männer) und ein Patient wurde nach Hause entlassen. Bei einer Person konnte der weitere Verbleib nicht aufgeklärt werden.

Die Rate der Rückkehrer aus dem Transport vom 20. März 1941 liegt mit 78 % deutlich über dem mittleren Wert aller Transporte. Doch verteilen sich die Anteile auf die weiblichen und männlichen Patienten durchaus unterschiedlich, da die Männer mit einer Rate von 86 % ein erkennbares Übergewicht aufweisen, was vielleicht auch mit der etwas höheren Sterberate der Frauen in Lüneburg in Zusammenhang zu sehen ist. Diese wiederum ist allein aus dem höheren Durchschnittsalter der Frauen nicht zu erklären. Vielmehr ist anzunehmen, daß das Kriterium der Arbeitsfähigkeit, das für die Männer dieses Transportes in deutlich höherem Maße als für die Frauen nachgewiesen wurde, auch in Lüneburg eben zu einer pflegerischen Vernachlässigung der nicht mehr zu einer Arbeit fähigen Frauen geführt haben könnte. In diese Richtung deutet auch die Tatsache, daß von den nach Langenhorn zurückgekehrten Männern

### *Verlegungen in Umlandanstalten*

ein knappes Drittel in Langenhorn selbst zurückbehalten wurde, während von den Frauen nur ein Achtel in Langenhorn verblieb. Die meisten Patienten jedoch wurden alsbald mit den Transporten nach Meseritz und Königslutter geradezu in den sicheren Tod geschickt, während der Verbleib in Langenhorn oder die Weiterverlegung in eine andere Anstalt eine wenn auch nicht immer große Chance zum Überleben eröffnete. So weichen denn die Sterberaten für diesen Transport auch nur geringfügig von den für alle Transporte ermittelten Durchschnittswerten ab, nämlich etwas nach unten für die männlichen Patienten bei 58 % gegenüber 60 % und etwas nach oben für die weiblichen Patienten bei 75 % gegenüber 72 %.

**Anmerkungen**

- 1 Allerdings stammten nur zwölf der an Lüneburg abgegebenen Patienten aus der Langenhorner Anstalt selbst, die übrigen waren zwecks Verlegung zuvor aus den Anstalten Lübeck-Strecknitz und Rickling sowie dem privaten Heim Eichenkamp abgezogen worden. Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 172, Unterakte: Irre Kranke, Verlegungen von Patienten in die Landesheil- und Pflegeanstalt Lüneburg 1937-1951, Schreiben an die Landeskrankenanstalt Langenhorn vom 24.4.1937. Im übrigen waren auch die Alsterdorfer Anstalten an dieser Verlegungsaktion beteiligt.
- 2 Zur Geschichte der Anstalt im Zweiten Weltkrieg vgl. Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer, Die Konfrontation niedersächsischer Heil- und Pflegeanstalten mit den »Euthanasiemaßnahmen« des Nationalsozialismus, Diss. med., Hannover 1984, S. 117-123 u. S. 157-169. Der Plan der Gauleitung von Ost-Hannover 1942, die Anstalt in ein Gauhaus umzuwandeln, blieb trotz erfolgter Besichtigungen vor Ort folgenlos. Vgl. StA Hannover, 2 Js 201/48, Ermittlungssache gegen Gessner, Andreae und Fröhlich, Sonderheft Lüneburg.
- 3 StA Hannover, 2 Js 122/48, Protokoll der Verhandlung gegen Dr. Bräuner vom 1.4.1948.
- 4 StA Hannover 2 Js 237/56, Vernehmung Dr. Baumert vom 6.8.1948.
- 5 StA Hannover, 2 Js 122/48, Protokoll der Verhandlung gegen Dr. Bräuner vom 1.4.1948.
- 6 Vgl. dazu Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 365-367.
- 7 StA Hannover, 2 Js 237/56, Vernehmung Dr. Baumert vom 6.8.1948.
- 8 StA Hannover, 2 Js 237/56, Verfahren gegen Prof. Dr. Heinze, Prof. Dr. Catel, Dr. Wentzler, Dr. Uflacker, Vermerk vom 15.10.1964.
- 9 StA Lüneburg, 2a Js 279/62, Vernehmung Dr. M. Bräuner vom 11.12.1962.
- 10 Nds. Hauptstaatsarchiv Hannover, Hann. 155, Lüneburg Acc. 56/83, Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Hannover an die Gesundheitsverwaltung Hamburg vom 9.12.1941.
- 11 Vgl. ebd., Aktenvermerk vom 8.1.1943.
- 12 Vgl. ebd., Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Hannover an die Gesundheitsverwaltung Hamburg vom 9.12.1941.
- 13 StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Bd. 1, Allgemeiner Schriftwechsel, Brief an 12 betr. Abordnung von Dienstkräften aus Langenhorn nach der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg vom 3.4.1944.
- 14 Nicht miterfaßt ist ein großer Transport von 100 Langenhorner Patienten in die Provinzialheilanstalt Neustadt in Holstein am 21. März 1941. Diese wurden bereits am 3. Mai des gleichen Jahres von dort mit nur einem Tag Zwischenaufenthalt in Langenhorn nach Lüneburg weiterverlegt.
- 15 Die Zahl der tatsächlichen Rückkehrer aus Lüneburg erhöht sich noch um die Überlebenden des Transportes von Anfang Mai 1941, die über Neustadt in Holstein nach Lüneburg gelangt waren. Vgl. Anm. 14.
- 16 Für die Überlassung des Materials zur Darstellung des Schicksals der Ingeborg R. danke ich Michael Wunder.
- 17 StA Hannover, 2 Js 201/48, a.a.O., Sonderheft Lüneburg, Schreiben des Direktors der Niedersächsischen Landes-, Heil- und Pflegeanstalt an den Oberstaatsanwalt in Hannover vom 26.5.1948.
- 18 StA HH 147 Js 58/67, a.a. O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Bd. 1, Schreiben an 13 vom 24.4.1941.
- 19 StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 172, Unterakte: Irre Kranke, Verlegungen von Patienten in die Anstalt Lüneburg.



# Regina Marien-Lunderup

## IV. VERLEGUNGEN IN EINE PRIVATANSTALT

### 1. Die Transporte nach Ilten

#### Die Privatklinik Ilten und die Verlegungen aus Langenhorn

Die Verlegungen von Langenhorn nach Ilten nehmen im Gesamtkomplex der im Laufe des Krieges erfolgten Deportationen eine Sonderstellung ein. Die Anstalt Ilten, genauer »Dr. Ferdinand Wahrendorff'sche Privatklinik und Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke«, unterstand – und untersteht noch heute – privater Trägerschaft. Damit ist sie die einzige private Institution, in die mehrere Transporte größeren Umfangs aus Langenhorn abgingen.<sup>1</sup>

Die Belegung der in dem Ort Ilten bei Hannover gelegenen Anstalt schwankte während des Zweiten Weltkrieges zwischen 1.100 und knapp 1.200 Patienten. Dabei handelte es sich um Geisteskranke, Geistesschwache, Altersschwache, Epileptiker, einzelne Kriminelle, aber auch um Nervenranke und Erholungsbedürftige. Es wurden sowohl Männer als auch Frauen in Ilten betreut; Kinder, Ausländer und Juden befanden sich während des Krieges nicht in der Anstalt. Leiter der Wahrendorff'schen Klinik war seit 1918 Prof. Dr. Hans Willige, als sein Stellvertreter fungierte ab September 1942 Dr. Wilhelm Sernau. Beide Ärzte blieben über das Kriegsende hinaus in Ilten tätig. In den Jahren 1939 bis 1945 versahen dort außerdem drei Oberärzte und zwei Abteilungsärzte ihren Dienst. Die Anzahl des Pflegepersonals ist nicht bekannt.<sup>2</sup>

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn wurden in sechs Sammeltransporten insgesamt 340 psychisch Kranke, 145 Frauen und 195 Männer in die Wahrendorff'sche Privatklinik überführt. Der erste Transport von Hamburg nach Ilten erfolgte am 17. Oktober 1941. Er umfaßte 75 Männer. Die nächste Verlegung betraf 30 Frauen und 45 Männer und erfolgte nur wenige Tage später am 21. Oktober 1941. Der dritte Transport von 35 Frauen verließ Langenhorn am 18. Februar 1942.

## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

Am 20. Mai 1942 wurden dann nochmals 30 Männer und 20 Frauen nach Ilten überführt, am 25. August 1942 folgten 45 Männer und 20 Frauen. Die letzte Verlegung Langenhorner Pfléglinge nach Ilten fand am 25. Februar 1943 statt. 40 Frauen verließen an diesem Tag Hamburg in Richtung Hannover. Sämtliche Verlegungen erfolgten nach Aussage von Prof. Willige »auf Veranlassung der entsprechenden Provinzialregierung planmäßig aus vertraglichen Gründen«. <sup>3</sup>

Die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn war, wie schon beschrieben, ständig überbelegt. Die Transporte nach Ilten sollten, zusätzlich zu den im gleichen Zeitraum stattfindenden Verlegungen nach Rickling und Lüneburg, Platz schaffen für Neuaufnahmen psychisch und in immer größerem Umfang somatisch Kranker. Die Verträge mit den Anstalten in Rickling und Lüneburg waren älteren Datums, Überführungen dorthin fanden schon lange vor der ersten Verlegung nach Ilten statt. <sup>4</sup> Ebenso verhielt es sich mit den Transporten nach Lübeck-Strecknitz, die auf Grund eines bereits 1928 abgeschlossenen Vertrages vorgenommen wurden. <sup>5</sup> Durch die Auflösung der Heilanstalt Strecknitz am 23. September 1941 fiel plötzlich eine Möglichkeit der Patientenauslagerung weg, so daß sich die Langenhorner Leitung sofort um Alternativen bemühen mußte. In der Privatanstalt Ilten fand man eine Institution, die bereit war, eine relativ große Anzahl Hamburger Pfléglinge aufzunehmen, insgesamt immerhin 340 Geistesranke. Parallel zu den Verlegungen nach Ilten fanden weiterhin Überführungen nach Lüneburg und Rickling statt. So wurden beispielsweise von Oktober 1941 bis Februar 1943 169 Patienten nach Lüneburg verlegt, im gleichen Zeitraum nahm die Anstalt Rickling 180 Langenhorner Kranke auf. Sowohl in Rickling als auch in Lüneburg konnten in nach dem Kriege durchgeführten Gerichtsverfahren keine Tötungen erwachsener Geistesranke im Rahmen der Euthanasie-Maßnahmen nachgewiesen werden. Die Verlegungen in diese beiden Anstalten erfolgten nach Angaben der Hamburger Verantwortlichen ausschließlich auf Grund der schon vor dem Krieg geschlossenen Verträge zur Entlastung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn. Im selben Zeitraum gingen allerdings von Langenhorn auch vier Transporte mit psychisch Kranken nach Tiegenhof und Königslutter ab. Am 14. November 1941 wurden 69 Patienten, am 20. November 1941 65 Kranke und am 27. November 1941 nochmals 69 Pfléglinge nach Tiegenhof verlegt. Dort sind die meisten von ihnen nachweislich dem Euthanasie-Programm zum Opfer gefallen. Ebenso verhält es sich wahrscheinlich mit den 30 Kranken, die am 24. März 1942 in die Anstalt Königslutter überführt wurden. Auch sie kamen in eine Institution, in der Tötungen von Geisteschwachen vorgenommen wurden. Ihr genaues Schicksal kann allerdings wegen fehlender Krankenakten nicht mehr rekonstruiert werden.

Es stellt sich also die Frage, ob die nach Ilten verlegten Patienten eben-

falls mit den Euthanasie-Maßnahmen in Zusammenhang zu bringen sind oder ob sie in einer privaten Anstalt dem Vernichtungsprogramm der Nationalsozialisten entgangen sind. Zunächst soll die Zusammensetzung der einzelnen Transporte im Überblick dargestellt werden. Dies schien insofern sinnvoll, als die Patientenlientel jeder Verlegung unterschiedlich war, es demnach nicht angebracht wäre, sie in einem Gesamtüberblick zusammenzufassen. Weiterhin werden, soweit möglich, die vermutlichen Langenhorner Selektionskriterien untersucht. Im darauffolgenden Abschnitt wird das weitere Schicksal der aus Hamburg abtransportierten psychisch Kranken in Ilten dargestellt.

### **Die Zusammensetzung der Langenhorner Transporte**

Die erste Verlegung von Langenhorn nach Ilten erfolgte, wie bereits erwähnt, am 17. Oktober 1941. Sie umfaßte 75 männliche Pfleglinge, von denen 56 Kranken- und Personalakten vorliegen. Die fehlenden Daten wurden, wie auch bei sämtlichen nachfolgenden Transporten, aus dem Archiv des Krankenhauses Ochsenzoll ergänzt. Die überwiegende Anzahl der an diesem Tage nach Ilten überführten Kranken war zwischen 35 und 65 Jahren alt, gehörte also einer Alterskategorie an, in der eine Beschäftigung allgemein möglich schien. Tatsächlich fanden sich bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten in den Akten deutliche Hinweise auf eine in Langenhorn ausgeübte Tätigkeit. Auffällig ist, daß die meisten Pfleglinge dieses Transportes bereits einige Jahre in Langenhorn untergebracht waren, Kurzzeitpatienten stellten die Ausnahme dar. Bei acht Kranken konnte eine durchgeführte Sterilisation festgestellt werden. Bei den Diagnosen überwogen die Krankheiten »Schizophrenie« sowie »Progressive Paralyse« und andere Lues-Erkrankungen. Die wenigsten Betroffenen waren schwere oder Dauerpflegefälle, viele Patienten konnten sich laut Pflegebericht noch selbst versorgen. Nur ein Kranker war durch einen in Langenhorn ausgefüllten Meldebogen erfaßt worden. 18 Patienten waren unter anderem auch auf Grund des § 22 Hamburger Verhältnissetz in die Psychiatrie eingeliefert worden, d.h., diese Kranken hatte man »zum eigenen Schutz oder zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung« polizeilich zwangseingewiesen. Zusammenfassend läßt sich zum Transport vom 17. Oktober 1941 also folgendes feststellen: Unter den Verlegten befanden sich eine ganze Anzahl arbeitsfähiger Männer, pflegeaufwendige Patienten waren in der Minderzahl. Die meisten Kranken wurden vor ihrer Deportation über ein Jahr in Langenhorn betreut, nur bei einem Pflegling konnte ein Meldebogen gefunden werden. Bei über einem Viertel fand sich ein Hinweis auf den § 22 Verhältnissetz. Damit scheinen die sonst üblichen Verlegungskriterien wie »Pflegeaufwendigkeit«



## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

und »Arbeitsunfähigkeit« hier weniger eine Rolle gespielt zu haben als das Kriterium der »Kriminalität« bzw. »Asozialität«.

Der zweite Transport in die Wahrendorff'sche Anstalt fand am 21. Oktober 1941 statt. Mit ihm wurden 30 Frauen und 45 Männer verlegt. Von den insgesamt 75 nach Ilten Verlegten sind 68 Unterlagen vorhanden, und zwar 28 Frauen- und 40 Männerakten. Das Alter der weiblichen Geisteskranken bei Abtransport aus Langenhorn lag in den meisten Fällen zwischen 45 und 80 Jahren, jüngere Frauen waren in der Minderzahl. Die meisten Betroffenen hatten langjährige Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen hinter sich, nicht selten befanden sie sich länger als fünf Jahre in Behandlung. Hinweise zur Beschäftigung lassen sich nur bei wenigen Kranken finden, das Gros der Patientinnen war zu keiner Arbeit heranzuziehen. Auch finden sich häufig negative Charakterisierungen in den Pflegeberichten, wie z.B. »unsauber, muß völlig versorgt werden«, »näßt ein, völlig dement«, »Endzustand«, die darauf hindeuten, daß bei diesem Transport sehr viele pflegeaufwendige Kranke nach Ilten überführt wurden. Weiterhin fällt ins Auge, daß bei den wenigsten Pfléglingen irgendwelche sozialen Kontakte bestanden. Bei sieben Frauen war ein Sterilisationseingriff vorgenommen worden. Als häufigste Diagnose findet sich mit 23 Nennungen »Schizophrenie«. Für 16 Pfléglinge wurde in Langenhorn ein Meldebogen ausgefüllt, drei Patientinnen hatten einen Vermerk über den § 22 Verhältnissetz in ihrer Akte. Offensichtlich wurden mit diesem Transport Frauen verlegt, die zum Großteil den vor dem Euthanasie-Stopp geltenden T4-Kriterien entsprachen. Dafür spricht auch die Tatsache, daß in zwölf Krankenakten sogenannte Kurzanamnesen gefunden wurden. Diese das Krankheitsbild und die Prognose auf einer knappen Seite zusammenfassenden Berichte waren typisch für diejenigen Kranken, die einige Wochen zuvor im Rahmen des T4-Tötungsprogramms nach Königslutter deportiert worden waren. Vermutlich war dieses Schicksal auch den meisten Frauen dieses Ilten-Transportes zgedacht gewesen. Durch den Stopp der Vergasungsaktion kam es dann nicht mehr zu einer Verlegung nach Königslutter, statt dessen ergriff man in Langenhorn kurze Zeit später die Gelegenheit, die schon vorher erfaßten Pfléglinge in die Wahrendorff'sche Privatanstalt abzuschieben. Es zeigt sich, daß in diesem Fall die ehemaligen T4-Selektionskriterien und die Praxis Langenhorns, möglichst viele pflegeaufwendige Kranke loszuwerden, eine Rolle spielten.

Die Zusammensetzung der Männer des Transportes vom 21. Oktober 1941 weist im Vergleich zu den 30 verlegten Frauen erhebliche Unterschiede auf. Zunächst läßt sich feststellen, daß die betroffenen Männer im Durchschnitt jünger waren als ihre weiblichen Leidensgenossinnen. Dementsprechend findet man auch in den meisten Akten Hinweise auf Beschäftigung sowohl in Langenhorn als auch in Ilten. Negative Cha-

rakterisierungen sind die Ausnahme, eher ist zu lesen: »fällt nicht besonders auf«, »ruhig, freundlich«, »ordentlich, fleißig« usw. Gemeinsame Merkmale von Frauen und Männern sind zum einen der relativ lange Psychiatrie-Aufenthalt vor der Verlegung sowie zum anderen der Mangel an sozialen Kontakten. Bei zwölf Patienten war eine Operation zur Sterilisation erfolgt. Die Diagnosen sind etwas breiter gestreut, allerdings machen Pfleglinge, die dem schizophrenen Formenkreis zugerechnet wurden, auch hier die Mehrzahl aus. Hervorzuheben ist der relativ hohe Anteil von Patienten, die auf Grund des § 22 Verhältnisgesetz in die Psychiatrie eingewiesen worden waren. Bei 17 Akten findet sich ein entsprechender Vermerk. Auffällig ist weiterhin, daß im Gegensatz zu den am selben Tage nach Ilten überführten Frauen in den Akten der männlichen Geisteskranken in keinem Fall ein Meldebogen gefunden wurde. Damit ist zumindest sicher, daß die 45 Männer nicht vorher schon für einen Transport vorgesehen waren, der in die Vergasungsaktion fiel. Selektionskriterien waren hier vermutlich eher die durch den § 22 Verhältnisgesetz ausgedrückte »Kriminalität« bzw. »Asozialität« der Betroffenen.

Der dritte Transport in die Warendorff'sche Klinik verließ Langenhorn am 18. Februar 1942. Er umfaßte 35 Frauen, 27 Krankenakten sind erhalten geblieben. Bei diesen weiblichen Pfleglingen handelte es sich wiederum um überwiegend ältere Frauen, die laut Akteneintragungen keiner Beschäftigung mehr nachgingen. Die Charakterisierungen in den Pflegeberichten fielen dann auch in den meisten Fällen negativ aus. Stigmatisierungen wie z.B. »hilflos, pflegebedürftig«, »stumpf, teilnahmslos, unsauber, näßt ein« finden sich weitaus häufiger als positive Anmerkungen. Das Gros der Patientinnen hatte einen längeren Psychiatrieaufenthalt hinter sich. Kontakte zu Angehörigen und Freunden lassen sich nur bei wenigen der nach Ilten überführten Frauen feststellen. Bei sechs Frauen wurde nachweislich ein Sterilisationseingriff vorgenommen. Als häufigste Diagnose findet sich »Schizophrenie« in den Krankenblättern. Bei lediglich vier Geisteskranken fand eine Einweisung auf Grund des § 22 Verhältnisgesetz statt. Die Zusammensetzung des Frauentransportes vom 18. Februar 1942 ähnelt der der vorangegangenen Verlegung. Auch hier wurden in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn überwiegend ältere, pflegebedürftige, nicht mehr beschäftigungsfähige Langzeitpatienten ohne soziale Kontakte für den Abtransport selektiert. Im Unterschied zu dem Sammeltransport vom 21. Oktober 1941 fehlen bei den am 18. Februar 1942 nach Ilten überführten Frauen jedoch die Kurzanamnesen, die als ein sicherer Hinweis für eine geplante T4-Deportation nach Königs-lutter angesehen werden können. In den Akten lassen sich zwar 20 Meldebögen ausmachen, diese sind aber nicht in Langenhorn, sondern in Ilten ausgefüllt worden, fallen somit also in die Zeit nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp. Offensichtlich waren die 35 Frauen nicht für einen T4-

## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

Transport vorgesehen gewesen, trotzdem lehnte man sich in Langenhorn an die T4-Selektionskriterien an, um für die Anstalt unbrauchbare Geisteskranke abzuschieben. Zu erwähnen bleibt noch, daß einige der in Ilten ausgefüllten Meldebögen eine Besonderheit aufweisen. In ihnen wurde die Beschäftigung der Patientinnen positiver beschrieben, als sie in Wirklichkeit wohl gewesen ist, vereinzelt wurden sogar Kranke, die laut Akteneintrag überhaupt nicht gearbeitet haben, als fleißig und ausdauernd dargestellt. Wie in der Wahrendorff'schen Klinik generell mit den Meldebögen verfahren wurde, wird an späterer Stelle berichtet.

Am 20. Mai 1942 wurden 20 Frauen und 30 Männer von Langenhorn nach Ilten verlegt, 20 Frauenakten und 21 Männerakten sind erhalten geblieben. Die Zusammensetzung des Männertransportes stellt sich folgendermaßen dar: Bei Abtransport aus Hamburg waren die meisten männlichen Geisteskranken zwischen 35 und 65 Jahren alt. Unter ihnen befanden sich wiederum einige arbeitsfähige Patienten, allerdings machten diese, im Gegensatz zum Transport vom 21. Oktober 1941, nicht die Mehrzahl aus. Etwas mehr als die Hälfte der nach Ilten überführten Pflinglinge war laut Krankenakten nicht zu beschäftigen. Bei diesen psychisch Kranken handelte es sich nicht ausschließlich um Pflegefälle, oftmals fanden sich Bemerkungen in den Unterlagen wie z.B. »faul, will nicht arbeiten«, »stumpf, sitzt nur herum, zu keiner Beschäftigung zu bewegen«, die darauf schließen lassen, daß es sich bei den so charakterisierten Patienten um »schwierige Fälle« handelte, die aber durchaus noch in der Lage waren, sich selbst zu versorgen. Die Aufenthaltsdauer der verlegten Männer in Langenhorn vor ihrer Überführung in die Wahrendorff'sche Privatanstalt differierte gegenüber den vorangegangenen Transporten erheblich. Unter den 30 Deportierten befanden sich Kranke, die nur einige Monate in Langenhorn verbracht hatten ebenso wie Pflinglinge, die ein, zwei oder mehr als drei Jahre dort geführt wurden. Bei zwei Betroffenen war ein Sterilisationseingriff erfolgt. Kontakte zu Angehörigen und Freunden bestanden bei immerhin der Hälfte der 30 Männer. Die überwiegende Anzahl der Verlegten wurde als »schizophren« eingestuft, weitere häufig genannte Diagnosen waren »Progressive Paralyse« und »Psychische Störungen des höheren Alters«. Für keinen der 30 Patienten wurde ein Meldebogen ausgefüllt, zehn psychisch Kranke waren nach dem § 22 Verhältnissgesetz eingewiesen. Abschließend läßt sich feststellen, daß der Männertransport vom 20. Mai 1942 keine einheitlichen Selektionskriterien aufweist. Unter den Verlegten befanden sich einerseits arbeitsfähige Männer, die meist durch die Polizei in die Psychiatrie eingewiesen worden waren, also als asozial galten, andererseits »schwierige Fälle«, die nicht zu beschäftigen waren, und schließlich schwerkranke Dauerpflegepatienten. Gemeinsam war diesen Kranken ihre Unbrauchbarkeit für die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, und so liegt die Vermutung nahe,

daß sie aus diesem Grunde für den Abtransport nach Ilten ausgewählt worden sind.

Die 20 Frauen, die am selben Tag nach Ilten überführt wurden, weisen eine ähnliche Alterszusammensetzung auf wie die mit ihnen gemeinsam verlegten Männer. Auch hier lag das Alter bei Abtransport zumeist zwischen 35 und 65 Jahren. Hinweise auf Beschäftigung finden sich nur bei wenigen Kranken, das Gros der Patientinnen war laut Aktennotiz zu keiner Arbeit heranzuziehen. Der Grund dafür lag wohl in der erhöhten Pflegeaufwendigkeit der weiblichen Deportierten; Bemerkungen wie »näßt und kotet ein«, »muß völlig versorgt werden«, etc. sind häufig in den Aktenblättern zu finden. Dabei handelte es sich durchaus nicht nur um Langzeitpatientinnen. Die Aufenthalte in Langenhorn sowie in anderen psychiatrischen Einrichtungen differieren von wenigen Monaten bis zu sechs Jahren. Soziale Kontakte konnten in den wenigsten Fällen nachgewiesen werden. Die überwiegende Anzahl der verlegten Frauen wurde als »schizophren« eingestuft, fünf von ihnen waren sterilisiert worden. Bei nur zwei Patientinnen lag eine Einweisung auf Grund des § 22 Verhältnisgesetz vor. Für acht weibliche Geisteskranke wurde in Ilten ein Meldebogen ausgefüllt. Die Eintragungen in diesen Formularen entsprechen, soweit aus den Akten zu rekonstruieren ist, den Tatsachen. Eine positivere Bewertung von Arbeitsleistungen läßt sich nicht feststellen. Der Frauentransport vom 20. Mai 1942 weist die für die Anstalt Langenhorn typischen Selektionskriterien auf: Pflegeaufwendige Kranke ohne Beschäftigung und ohne Kontakte nach außen, überwiegend dem schizophrenen Formenkreis zugerechnet, wurden zur Entlastung des Anstaltsbetriebes abgeschoben.

Am 25. August 1942 erfolgte die nächste Sammelverlegung nach Ilten. 20 Frauen und 45 Männer verließen an diesem Tag die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn. Von den Krankenunterlagen sind 15 Frauen- und 41 Männerakten erhalten geblieben. Die 45 Männer, die in die Wahrendorff'sche Anstalt überführt wurden, waren im Durchschnitt etwas älter als die männlichen Geisteskranken der vorangegangenen Transporte. Unter den Deportierten befand sich eine große Anzahl 65- bis 80jähriger, einige Patienten hatten das achtzigste Lebensjahr bereits überschritten. Die wenigsten Pfleglinge gingen einer Beschäftigung nach. In den Krankenblättern erscheinen in vielen Fällen die schon bekannten, stereotypen negativen Charakterisierungen. Aus ihnen ist zu ersehen, daß nicht wenige der Patienten dieses Transportes als reine Pflegefälle bezeichnet werden können. Diese Kranken hatten in der Regel einen mehrjährigen Psychiatrieaufenthalt hinter sich, genauer, ihre Aufenthaltsdauer in Langenhorn und in anderen psychiatrischen Einrichtungen betrug fünf oder mehr Jahre. Auffällig ist, daß fast alle übrigen Kranken einen extrem kurzen Anstaltsaufenthalt hinter sich hatten, in den meisten Fällen nicht mehr als

## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

sechs Monate. Kontakte zu Angehörigen ließen sich bei etwa der Hälfte der Abtransportierten ausmachen. Die Diagnosen der verlegten Pfléglinge sind relativ breit gefächert. Zwar findet man als häufigste Nennung auch hier »Schizophrenie«, aber auch »Progressive Paralyse«, »Erkrankungen des höheren Alters«, »angeborene Schwachsinnzustände«, »Alkoholismus« und »Epilepsie« tauchen in den Krankenunterlagen auf. Bei fünf Männern war nachweislich eine Unfruchtbarmachung erfolgt. Für drei Pfléglinge wurde in Ilten ein Meldebogen ausgefüllt, zehn Geistesranke befanden sich auf Grund des § 22 Verhältnisgesetz in der Psychiatrie. Bei dem Männertransport vom 25. August 1942 waren die Selektionskriterien vermutlich einerseits hohes Alter, Pflegeaufwendigkeit und keine Beschäftigung andererseits soziale Auffälligkeit, gekoppelt mit mangelnder Arbeitsleistung.

Die überwiegende Anzahl der 20 Frauen, die ebenfalls am 25. August 1942 nach Ilten verlegt wurden, war zwischen 35 und 45 Jahren alt. Etwa die Hälfte der weiblichen Geistesranke ging einer Beschäftigung nach. Keine Hinweise auf Arbeitsleistung findet man überwiegend bei den älteren Frauen, d.h. bei denjenigen, die das fünfundvierzigste Lebensjahr überschritten hatten. Die Charakterisierungen in den Pflegeberichten sind unterschiedlich. Sie reichen von »friedlich«, »leicht zu handhaben« oder »arbeitet fleißig, sonst unauffällig« bei den jüngeren, arbeitsfähigen Frauen bis zu »schwache, senile Kranke« und »sehr hilflos, stumpf« bei den älteren, pflegebedürftigen Kranken. Bei etwas weniger als der Hälfte der verlegten Frauen gab es Kontakte zu Angehörigen und Freunden. Die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie differierte von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren, ohne daß sich signifikante Häufungen feststellen lassen. Die Diagnosen sind ähnlich verteilt wie bei den am selben Tag nach Ilten abtransportierten Männern. Die häufigste Nennung ist wiederum »Schizophrenie«. Bei vier Patientinnen war ein Sterilisationseingriff erfolgt. In neun Krankenakten findet sich ein in Ilten ausgefüllter Meldebogen, fünf Pfléglinge hatte man auf Grund des § 22 Verhältnisgesetz in die Anstalt gebracht. Ähnlich wie bei den Männern scheinen sich bei den Frauen zwei Gruppen abzuzeichnen: Selektiert wurden ältere Frauen ohne Beschäftigung, aber auch jüngere Geistesranke, die ihre Arbeitskraft einsetzten, z.T. aber als sozial auffällig eingestuft wurden.

Am 25. Februar 1943 erfolgte der letzte Transport von Langenhorn nach Ilten. Er umfaßte 40 Frauen, von denen 38 Krankenakten vorliegen. Knapp die Hälfte der weiblichen Pfléglinge war zwischen 45 und 65 Jahre alt, die andere Hälfte mit 25 bis 35 Jahren noch relativ jung. Hinweise auf Beschäftigung im Anstaltsbetrieb finden sich häufiger in den Pflegeberichten als bei den vorangegangenen Transporten, und zwar sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren psychisch Kranken. Die Beur-

teilungen in den Krankenblättern zeigen das gewohnte Bild: positive Anmerkungen bei arbeitsfähigen Kranken, die sich selbst versorgen konnten, negative Stigmatisierungen bei Patientinnen ohne Beschäftigung und mit hohem Pflegeaufwand. Etwas mehr als die Hälfte der nach Ilten überführten Frauen hatte noch Kontakt zu Angehörigen und Freunden. Betrachtet man die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie vor der Verlegung, so lassen sich zwei Gruppen von Patientinnen ausmachen: Die eine setzt sich aus Pfleglingen zusammen, die sich erst sehr kurze Zeit in der Anstalt befanden, bei der anderen handelt es sich um Langzeitpatientinnen mit mehrjährigem Psychiatrieaufenthalt. Die Diagnose »Schizophrenie« findet sich bei diesem Transport besonders häufig; bei über 50 % der verlegten Frauen ist ein entsprechender Eintrag in der Akte festzustellen. Eine Sterilisation war in acht Fällen erfolgt. Nur für eine Geisteskrankte wurde in Ilten ein Meldebogen angelegt. Hinweise auf den § 22 Verhältnissesgesetz lassen sich in vier Krankenakten finden. Auffällig bei dem Frauentransport vom 25. Februar 1943 ist der relativ hohe Anteil von arbeitsfähigen Geisteskranken. Verlegungskriterium kann demnach nicht der Beschäftigungsgrad der Pfleglinge gewesen sein. Zu vermuten ist, daß Langenhorn nunmehr bestrebt war, zunehmend Bettenkapazitäten für somatisch Kranke freizumachen, um so Vorsorge für den Katastrophenfall zu treffen und dadurch den Weg für die Umwandlung in ein Allgemeines Krankenhaus zu ebnen. Es war damit auch gezwungen, Geisteskrankte zu verlegen, deren Arbeitskraft noch verwertbar schien.

Als Resümee aller Verlegungen läßt sich feststellen: Die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn hat sich mit den nach Ilten überführten Geisteskranken hauptsächlich derer entledigt, die für den Anstaltsbetrieb unbrauchbar waren. Für die Transporte wurden einerseits pflegeaufwendige, beschäftigungslose oder schwierige Patienten ausgewählt – dies gilt insbesondere für die weiblichen Pfleglinge –, andererseits sozial auffällige, als kriminell oder asozial eingestufte Kranke mit oder ohne Arbeitsleistung – dies trifft vornehmlich auf die verlegten Männer zu. Immerhin ließ sich bei 55 männlichen Geisteskranken eine Einlieferung feststellen, die auf Grund des § 22 Verhältnissesgesetz erfolgt war. Demgegenüber belief sich die Anzahl der aus demselben Grund in die Psychiatrie aufgenommenen Frauen nur auf 18 Patientinnen. Der Frauentransport vom 21. Oktober 1941 kann zumindest teilweise als ursprünglicher T4-Transport angesehen werden, hier wurde eindeutig nach den vor dem offiziellen Euthanasie-Stopp geltenden T4-Kriterien ausgewählt. Die letzte Verlegung vom 25. Februar 1943 weicht, zumindest was die Beschäftigung der Kranken betrifft, von dem üblichen Bild ab, was im wesentlichen auf strukturelle Veränderungen in Langenhorn zurückzuführen ist.

## 2. Das Schicksal der Langenhorner Patienten in Ilten und das Euthanasie-Programm

Von den insgesamt 340 Langenhorner Geisteskranken, die in die Wahrendorff'sche Privatanstalt verlegt wurden, fanden 198 Patienten bis zum Kriegsende in Ilten den Tod. 142 Kranke überlebten das Ende des NS-Regimes, oder ihr weiteres Schicksal war nicht mehr zu rekonstruieren. Eine Aufschlüsselung in bezug auf die einzelnen Transporte ist in Tabelle 1 überblicksartig wiedergegeben. Während des Krieges erfolgten zwei Krankentransporte aus der Wahrendorff'schen Klinik in andere Anstalten: Am 10. Oktober 1941 wurden 70 Männer nach Regensburg und am 16. November 1944 90 Männer und 59 Frauen nach Kaufbeuren überführt.<sup>6</sup> Unter den Deportierten nach Kaufbeuren befanden sich auch einige Pfleglinge aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn.

Im folgenden soll das Schicksal der verlegten Hamburger Kranken dargestellt werden. In Tabelle 1 sind die bis Ende 1945 in Ilten Gestorbenen, nochmals unterteilt nach drei Zeiträumen der Überlebensdauer, aufgeführt, ferner die in der Folgezeit in Ilten verbliebenen Patienten sowie diejenigen Kranken, die entweder entlassen wurden oder entwichen sind oder deren weiteres Schicksal unbekannt ist.

Auffällig ist zunächst, daß die Todesrate der Hamburger Geisteskranken in Ilten relativ hoch war. Knapp 60 % der Langenhorner Pfleglinge fanden in der Wahrendorff'schen Privatanstalt bis Ende 1945 den Tod. Zudem gibt es noch eine Anzahl von Patienten, deren Schicksal in Ilten mangels Krankenakten ungeklärt bleiben muß. Vermutlich starb zumindest ein Teil von ihnen ebenfalls im gleichen Zeitraum. Von nur 67 Kranken, das entspricht einem Anteil von 20 %, ist mit Sicherheit bekannt, daß sie in Ilten das Ende des Jahres 1945 überlebt haben, 13 % der Betroffenen wurden entweder nach Hause entlassen oder flüchteten aus dem Anstaltsbetrieb. Aus den Aufzeichnungen über die Krankenbewegungen der Anstalt Ilten ist zu ersehen, daß die Gesamtsterblichkeit im Laufe des Krieges, bis auf einen leichten Rückgang im Jahre 1944, kontinuierlich zunahm. Lag sie in den Jahren vor 1940 zwischen 3,5 und 4 %, so stieg sie 1940 auf 8,1 %, 1941 betrug sie 8,3 %. Im Jahre 1942 starben 15,9 % aller in Ilten untergebrachten psychisch Kranken, 1943 waren es 15,2 %. 1944 fiel der Prozentsatz derjenigen, die in Ilten den Tod fanden, auf 13,5 %. Diese Tendenz setzte sich im letzten Kriegsjahr nicht fort, im Gegenteil, 1945 verstarben 23,2 % aller Iltener Pfleglinge. Ein Jahr später sank die Sterblichkeit bereits auf 9,9 % ab.<sup>8</sup>

*Langenhorner Patienten in Ilten*

*Tabelle 1: Schicksal der Langenhorner Patienten in Ilten bis 31. 12. 1945<sup>7</sup>*

Transporte	in Ilten gestorben	in Ilten überlebt	entwichen o.entlassen	Schicksal in Ilten unbekannt
17.10.1941: 75 Männer	35 (47 %),davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	3 24 8	20	8 12
21.10.1941: 30 Frauen	27 (90 %), davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	6 12 9	2	1
45 Männer	26(58 %), davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	2 17 7	10	7 2
18.2.1942 35 Frauen	20 (57 %),davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon.bis 31.12.1945	1 9 10	7	2 6
20.5.1942: 20 Frauen	17 (85 %), davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	2 10 5	2	1
30 Männer	13 (43 %), davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	1 9 3	6	5 6
25.8.1942: 20 Frauen	13 (65 %), davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	3 7 3	4	2 1
45 Männer	21 (47 %), davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	4 14 3	11	11 2
25.2.1943: 40 Frauen	26 (65 %)davon: innerhalb von 3 Monaten im Zeitraum 3-24 Monaten nach 24 Mon. bis 31.12.1945	1 22 3	5	7 2
insgesamt:	198 (58%)		67 (20%)	44 (13%) 31 (9%)

verlegte Männer insgesamt: 195, gestorben: 95 (49 %)

verlegte Frauen insgesamt: 145, gestorben: 103 (71 %)



## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

Als Erklärung für die noch über den Krieg hinaus stark zunehmende Todesrate wurde von Prof. Willige die mangelhafte Verpflegung und das Ausbrechen von Epidemien angeführt. In einem Brief an den Oberstaatsanwalt Hannover vom Jahre 1948 äußerte er sich folgendermaßen: »Die Erhöhung der Sterblichkeit im 1. Weltkriege ist nur auf die mangelnde Verpflegung zurückzuführen, die sich besonders vom Jahre 1917 an stark auswirkte. Mit der gleichen Begründung ist die Erhöhung der Sterblichkeit im Zweiten Weltkrieg zu erklären, besonders seit dem Jahre 1942. Die Erhöhung der Sterblichkeit im Jahre 1945 ist mit einer Flecktyphusepidemie und im Anschluß mit einer Typhusepidemie zu erklären.«<sup>9</sup> In der Tat findet man in den Jahren 1914 bis 1918 einen ähnlichen Anstieg der Mortalität, allerdings ist dieser im Durchschnitt etwas niedriger als jener in der Zeit des Zweiten Weltkrieges.<sup>10</sup> Trotzdem mutet es sehr unwahrscheinlich an, daß eine so deutlich über der Vorkriegszeit liegende Todesrate – 1945 verstarben immerhin fast ein Viertel aller Insassen – allein auf schlechte Verpflegung und Epidemien zurückzuführen ist, zumal eine solche Erklärung sich nur auf die Aussage Prof. Williges stützt. Die hohe Sterblichkeit läßt den Verdacht aufkommen, daß auch in Ilten, vielleicht durch gezielte Unterversorgung Schwerkranker, vielleicht auf andere Art und Weise, getötet wurde.

Die Ernährungslage in der Warendorff'schen Anstalt scheint sich im Laufe der Kriegsjahre allerdings tatsächlich zunehmend verschlechtert zu haben. Zum einen mußten in Ilten außer den Hamburger Kranken auch noch Patienten aus anderen Anstalten aufgenommen werden, zum anderen wurden Teile der Anstalt für Lazarettzwecke genutzt. Zusätzlich zu den 340 Langenhorner Pfleglingen wurden aus den psychiatrischen Institutionen Wunstorf, Hildesheim, Lüneburg und Liebenburg insgesamt 385 Geisteskranke nach Ilten verlegt. Unter den aus Liebenburg kommenden Frauen befanden sich übrigens auch zehn Kranke aus Langenhorn. Diese waren mit weiteren 25 Patientinnen am 16. Juni 1942 von Hamburg nach Liebenburg deportiert worden. Auch wurde auf Veranlassung des Reichskriegsgeheimministers im August 1944 eine unbekannte Anzahl von Frauen der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt in der offenen Station der Anstalt einquartiert. Diese Frauen waren bis dahin in Lüneburg untergebracht gewesen und mußten nun, angeblich um auch dort Platz für Lazarettzwecke zu schaffen, ihren Standort wechseln. Durch die vermehrte Aufnahme von Geisteskranken aus anderen psychiatrischen Institutionen kam es auch in Ilten zu Engpässen, zumindest was die Unterbringung betraf. So mußten die Kranken aus Liebenburg beispielsweise provisorisch in Baracken untergebracht werden, die ursprünglich für die Aufnahme verletzter Soldaten vorgesehen waren. Die Beschlagnehmung von Teilen der Anstalt Ilten für Lazarettzwecke fand nach Aussage von Prof. Willige schon zu Beginn des Krieges statt und

setzte sich noch bis nach der Kapitulation fort.<sup>11</sup> Ob sich die Ernährungslage durch die veränderten Umstände ebenfalls verschlechterte, läßt sich nicht belegen. Die Tatsache, daß Ilten über eigene Ländereien verfügte, die auch im Kriege zum Anbau von Nahrungsmitteln genutzt wurden, läßt eine drastische Verschlechterung der Versorgungssituation eher fraglich erscheinen.

Bei der Analyse der Todesursachen fällt allerdings auf, daß bei vielen Langenhorner Patienten als letzter Akteneintrag »Darmgrippe« oder »Darmkatarrh« zu finden ist. Diese Krankheiten wurden, wie auch aus anderen Anstalten bekannt ist, durch Mangelernährung ausgelöst und führten, besonders bei schon vorher geschwächten Geisteskranken, in den meisten Fällen zum Tode. Auch in Ilten gehörte das Gros der aus diesem Grunde gestorbenen Pfleglinge zu den Schwerkranken und Dauerpflegefällen. Es liegt die Vermutung nahe, daß diese Kranken, die keiner Beschäftigung mehr nachgehen konnten, aus Mangel an Nahrungsmitteln eine qualitativ schlechtere Kost erhielten als ihre arbeitsfähigen Leidensgenossen. Auffällig ist die Tatsache, daß die oben angeführten Todesursachen bei Pfleglingen mit Beschäftigung weit weniger zu finden sind. Statt dessen dominieren Angaben, die auf eine Infektion aufgrund der 1944 ausgebrochenen Typhusepidemie schließen lassen. Auch liegt die durchschnittliche Überlebensdauer der arbeitsfähigen psychisch Kranken eindeutig über derjenigen beschäftigungsloser, pflegeaufwendiger Patienten. Dies kann natürlich einerseits auf die bessere körperliche Konstitution zurückzuführen sein, andererseits auch in Zusammenhang mit der Nahrungsmittelqualität stehen. Beweise für diese Vermutung lassen sich allerdings nicht mehr finden.

Die Flecktyphusepidemie, die Ende 1944 die Todesrate in die Höhe schnellen ließ, ist nach Aussage von Prof. Willige durch einige Flecktyphus-Kranke, die sich unter den im Oktober und November des Jahres 1944 nach Ilten verlegten Patienten aus Liebenburg befanden, ausgelöst worden. Prof. Willige hierzu wörtlich: »Es mag gleich hier gesagt werden, daß ab Dez. 44 sich eine erhebliche Sterblichkeit unter den Kranken bemerkbar machte. Trotzdem wiederholt hier Kommissionen waren (unter anderem Prof. Westphal aus Hannover), die von uns zur Klärung der Todesfälle hierher gerufen wurden, konnte eine klare Diagnose nicht erhoben werden. Auf unsere Veranlassung wurde dann auch ein Heerespathologe hergebeten, der hier einige Sektionen vornahm, aber auch erst durch den histologischen Befund Flecktyphus feststellen konnte. Es hat sich später ergeben, daß in dem oben angegebenen Lazarettzug unter den Evakuierten einige Flecktyphus-Kranke in Liebenburg eingeliefert wurden.«<sup>12</sup>

Aus Tabelle 1 kann man deutlich erkennen, daß weitaus mehr Frauen in Ilten gestorben sind als Männer. 49 % der männlichen Pfleglinge ver-

## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

starben bis Ende 1945 in der Warendorff'schen Klinik gegenüber 71 % der weiblichen Geisteskranken. Auch bei einem Vergleich der einzelnen Transporte untereinander fällt auf, daß grundsätzlich die Sterblichkeit bei den Frauen höher lag als bei ihren männlichen Leidensgenossen. Gründe für diesen Sachverhalt lassen sich möglicherweise in der unterschiedlichen Zusammensetzung der Patientenklientel der Männer- und Frauen Transporte finden. Mit Ausnahme der Verlegung vom 25. Februar 1943, der überdurchschnittlich viele arbeitsfähige Frauen angehörten, sind alle anderen Transporte dadurch gekennzeichnet, daß die weiblichen Geisteskranken überwiegend älter, pflegeaufwendiger und arbeitsunfähiger waren als die männlichen Patienten. Von diesen konnte eine ganze Anzahl durchaus einer Beschäftigung nachgehen. Die Gruppe der geisteskranken Männer ist weniger durch Pflegebedürftigkeit als durch »soziale Auffälligkeit« gekennzeichnet. Betrachtet man etwa den 75 Männer umfassenden Transport vom 17. Oktober 1941, der die zweitniedrigste Todesrate insgesamt aufweist, so ist zu erkennen, daß viele der Betroffenen beschäftigungsfähig waren und häufig aufgrund des § 22 Verhältnisgesetz polizeilich eingewiesen worden waren. Obwohl mit dem ersten Transport nach Ilten verlegt, überlebte mehr als die Hälfte der Betroffenen in der Anstalt. Bei dem Transport vom 21. Oktober 1941 werden die Unterschiede bei der Sterberate von männlichen und weiblichen Kranken besonders deutlich. Von den 30 verlegten Frauen verstarben 90 % in der Warendorff'schen Klinik. Ursprünglich nach den T4-Kriterien selektiert und für die Verlegung nach Königsutter vorgesehen, fand das Gros dieser Patientinnen auch in Ilten den Tod. Dagegen verstarben bis Ende 1945 58 % der männlichen Geisteskranken. Die am selben Tag nach Ilten überführten Männer waren im Durchschnitt jünger, gesünder und arbeitsfähiger als die weiblichen Pfleglinge. Unter ihnen befand sich eine ganze Anzahl Geisteskranker, die auf Grund einer Einweisung nach § 22 Verhältnisgesetz in der Psychiatrie aufgenommen worden waren. Ein ähnliches Bild bietet der Transport vom 20. Mai 1942. Von den an diesem Tage nach Ilten überführten Pfleglingen verstarben 85 % der Frauen und 43 % der Männer. Wieder handelte es sich bei den weiblichen Geisteskranken um überwiegend schwerkranke Dauerpflegefälle ohne Beschäftigung. Unter den männlichen Betroffenen hingegen befanden sich nur wenige pflegeaufwendige Kranke, hier dominierten arbeitsfähige oder als »schwierig in ihrem Verhalten« eingestufte Männer.

Die übrigen Transporte bieten in bezug auf ihre Zusammensetzung und Sterblichkeit ein ähnliches Bild. Grundsätzlich gilt für alle nach Ilten überführten Langenhorner Kranken folgendes: Die Gruppe der Frauen ist gekennzeichnet durch ihren hohen Anteil an pflegeaufwendigen, schwerkranken, im Durchschnittsalter höher liegenden und beschäftigungslosen Pfleglingen mit einer hohen Sterberate in Ilten. Die Gruppe der Männer

zeichnet sich durch einen großen Anteil an arbeitsfähigen, im Durchschnitt jüngeren, weniger pflegeaufwendigen Geisteskranken mit einer höheren Überlebensrate in der Wahrendorff'schen Privatanstalt aus. Ähnlich ist in beiden Gruppen die durchschnittliche Überlebensdauer der in Ilten gestorbenen Patienten. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen starben die meisten Kranken im Zeitraum zwischen drei und 24 Monaten Aufenthalt in der Anstalt. Geisteskranke, die ihre Unterbringung in Ilten weniger als drei Monate oder mehr als zwei Jahre überlebten, sind bei allen Transporten in der Minderzahl. Auffällig ist die Tatsache, daß in der Wahrendorff'schen Anstalt, bis auf drei Ausnahmen, nur Meldebögen für weibliche Insassen ausgefüllt worden sind. Bei 38 der 145 betroffenen Frauen findet sich ein entsprechendes Formular in der Akte. Hingegen waren nur drei Meldebögen in den Krankenakten von 195 männlichen Patienten enthalten. Diese Tatsache läßt die Frage aufkommen, wie in Ilten mit den Meldebögen umgegangen wurde und inwieweit Informationen über den Zweck dieser Formblätter, bzw. über das Euthanasie-Programm überhaupt, bekannt waren.

Im Sommer 1940 trafen die Meldebögen in Ilten ein. Prof. Willige hatte nach eigenen Angaben gerüchteweise über die geplanten Maßnahmen gegen Geisteskranke gehört und ließ die Bögen zunächst unbeantwortet liegen. Um sich Klarheit zu verschaffen, reiste er nach Berlin, um dort mit den verantwortlichen Ärzten zu sprechen. Nach einer Unterredung mit Dr. Linden, in der dieser offen über das Ziel der Aktion T4 sprach, waren bei Prof. Willige die letzten Zweifel beseitigt. Er kehrte in seine Anstalt zurück und zog als einzigen Mitarbeiter den Oberpfleger F. ins Vertrauen. Das übrige Personal wurde nicht eingeweiht. Sein Ziel sei gewesen, so der damalige Leiter der Wahrendorff'schen Anstalt, die Euthanasie-Maßnahmen zu sabotieren. Gemeinsam mit Oberpfleger F. habe er die Angaben auf den Meldebögen gefälscht, z.B. die Unheilbarkeit verneint, intensive Kontakte zu Angehörigen erfunden und Beschäftigungen für nicht arbeitende Patienten angegeben.<sup>13</sup> Verschiedene telefonische Mahnungen aus Berlin mißachtete er. Schließlich wurde dort der Mißmut über sein Verhalten so groß, daß man eine Kommission nach Ilten schickte, die Kranke für den Abtransport selektieren sollte. Diese von Dr. Steinmeyer geleitete Abordnung von Ärzten füllte im Schnellverfahren die bis dahin unbearbeitet gebliebenen Meldebögen aus. Kurz darauf traf aus Berlin eine Verlegungsliste mit 300 Namen in Ilten ein. Prof. Willige ließ die Transportliste liegen und beantragte zunächst für einige Patienten Zurückstellung. Eine Stellungnahme der Provinzialverwaltung zu den Anträgen auf Zurückstellung erfolgte nicht. Prof. Willige unternahm auch weiterhin nichts, um den von der T4-Zentrale geforderten Abtransport vorzubereiten. Allerdings erhielt er von dem Dezernenten für das Anstaltswesen der Provinz Hannover, Dr. Andreae, den Rat, sich vor der Gestapo in acht zu nehmen.

## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

Inzwischen wurde die Räumung der gesamten Anstalt angeordnet. Begründung für die geplante Auflösung der Wahrendorff'schen Klinik war ein angeblich dort einzurichtendes Ausweichkrankenhaus für Hannover. Die Kranken sollten in Transporten zu je 70 Patienten verlegt werden. Prof. Willige stellte daraufhin neue Verlegungslisten nach dem Alphabet auf. Er hatte von dem am 24. August 1941 erfolgten Euthanasie-Stopp gehört und ging infolgedessen davon aus, daß die gesamte Aktion beendet war. Tatsächlich ging ein 70 Patienten umfassender Transport am 10. September 1941 nach Regensburg ab. Ein Teil der verlegten Kranken wurde von Oberpfleger F. später nach Ilten zurückgeholt, über das Schicksal der übrigen Betroffenen ist nichts bekannt. Der Plan, die Anstalt Ilten aufzulösen und an ihrer Stelle ein Hilfskrankenhaus für Hannover einzurichten, wurde auf Betreiben des Mitinhabers der Privatanstalt Werner Starke aufgegeben. Zudem hatten sich die Verantwortlichen in Hannover von vornherein negativ zu dieser Umstrukturierung geäußert, da Ilten viel zu nahe an der Großstadt gelegen war und die Gefahr von Bombenangriffen auf die Anstalt nicht geringer eingeschätzt wurde als auf Hannover selbst.<sup>14</sup> Der Verdacht liegt nahe, daß der wirkliche Zweck der geplanten Räumungsaktion die Einbeziehung der Iltener Pfleglinge in das Euthanasie-Programm gewesen ist. Dafür spricht zumindest der Umstand, daß die 70 nach Regensburg deportierten Kranken von der Krankentransportgesellschaft der T4-Zentrale abgeholt worden sind.

Der zweite und letzte Transport aus Ilten erfolgte am 16. Oktober 1944. 149 Kranke, unter denen sich auch einige aus Langenhorn befanden, wurden nach Kaufbeuren überführt. Prof. Willige erklärte sich nach eigener Aussage mit der Verlegung einverstanden, da durch das plötzliche Eintreffen von Geisteskranken aus frontnahen Anstalten die Wahrendorff'sche Klinik überbelegt war, und er dadurch Entlastung erwartete. Das Schicksal der nach Kaufbeuren verlegten Patienten ist bis heute nicht geklärt. Bekannt ist, daß in der bayerischen Anstalt Tötungen durch Medikamenteneinspritzungen und Hungerkost vorgenommen wurden.<sup>15</sup> Das Schwurgericht Hannover sah in dem Verfahren gegen den damaligen Landeshauptmann und den Landesrat der Provinz Hannover keinen Zusammenhang zwischen den Euthanasie-Morden, dem Geschehen in Ilten und den beiden Verlegungen in andere Anstalten. 1950 stellte es in einem Urteil fest, »daß Kranke aus der Anstalt Ilten der Tötungsaktion nicht zum Opfer gefallen sind«.<sup>16</sup>

Für die Langenhorner Patienten kann mit Sicherheit festgestellt werden, daß, mit Ausnahme einiger weniger Pfleglinge, die nach Kaufbeuren deportiert wurden, kein Kranker auf Grund von Verlegungslisten in eine andere Anstalt abtransportiert worden ist. Trotzdem finden sich in den Akten der Hamburger Frauen eine ganze Anzahl in Ilten ausgefüllter Meldebögen. Die Aussage Prof. Williges, beim Ausfüllen der Formulare für die

Patienten günstigere Angaben gemacht zu haben, kann an Hand der Meldebögen des Transportes vom 18. Februar 1942 bestätigt werden. Hier finden sich deutliche Abweichungen in der Bewertung der Arbeitsleistung auf dem Meldebogen von den Pflegeberichten, die zu Gunsten der Kranken ausfallen. Bei den anderen Transporten war dies allerdings nicht mehr der Fall. Meldebogen-Eintragungen wie »nicht beschäftigungsfähig« oder »ohne Beschäftigung«, verbunden mit schlechten Heilungsprognosen, entsprachen jetzt den Aufzeichnungen in der Krankenakten. Ob die Meldebögen im festen Glauben an eine Beendigung der Mordaktion nun negativer ausgefüllt wurden, kann nicht mehr nachvollzogen werden. Inwieweit Willige über die »wilde Euthanasie« informiert war, ist nicht bekannt. Auch kann nicht mehr festgestellt werden, ob er dem angegebenen Grund für die Auflösung seiner Anstalt vollen Glauben schenkte oder ob er doch einen Zusammenhang zwischen Räumung und Euthanasie vermutete. Weiterhin muß ungeklärt bleiben, warum nur Meldebögen für weibliche Geisteskranken ausgefüllt worden sind. Hatte dies rein organisatorische Gründe, begann man beim Bearbeiten der Formulare bei den Frauen und ließ diese dann für die Männer unausgefüllt? Oder stand eher der Gedanke dahinter, daß im Falle einer nicht zu verhindernden Verlegungsaktion zuerst die unbrauchbareren, kränkeren, beschäftigungslosen Geisteskranken der Euthanasie zum Opfer fallen sollten? Eine Beantwortung dieser Fragen ist nicht mehr möglich.

Festzuhalten ist nach Auswertung der Krankenakten der aus Langenhorn nach Ilten verlegten Geisteskranken folgendes: Es ist nicht unwiderlegbar nachzuweisen, daß in Ilten aktiv getötet wurde, sei es mit Medikamenten oder mit bewußt verabreichter Hungerkost, sei es durch bewußt unterlassene Pflege und Betreuung. Trotzdem ist die Todesrate der Hamburger Patienten, mehr noch als die der dortigen Anstaltspfeglinge insgesamt, als überdurchschnittlich hoch anzusehen. Auffällig ist auch, daß weit mehr Frauen als Männer gestorben sind und daß bei Dauerpflegefällen und Schwerkranken der Tod mit einer hohen Wahrscheinlichkeit durch Hunger ausgelöst wurde. Dies ließe auf einen selektiven Umgang mit den Kranken schließen und könnte die hohe Sterblichkeitsrate eher erklären als die angeblich schlechte Ernährungslage, die Überbelegung und die Epidemien. Offen bleibt die Frage, inwieweit das Sterben in Ilten durch die für die Anstalt Verantwortlichen zu verhindern gewesen wäre. Auch wenn nicht bewußt getötet wurde, kann die Tolerierung von Umständen, die so vielen Menschen den Tod brachten, vielleicht ebenso verurteilt werden wie in anderen Fällen die aktive Teilnahme am Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten.

## *Verlegungen in eine Privatanstalt*

### **Anmerkungen**

- 1 Zusätzlich verlegte Langenhorn am 16.6.1942 35 Frauen in die Privatanstalt Liebenburg.
- 2 StA Hannover, 2 Js 201/48, Strafsache gegen Gessner, Andreae und Fröhlich, Sonderheft Ilten, Bl. 1 ff.
- 3 Ebd., Bl. 4.
- 4 Vgl. hierzu Teil III, Verlegungen in Umlandanstalten, die Anstalten Rickling und Lüneburg.
- 5 Vgl. hierzu Teil III, Verlegungen in Umlandanstalten, die Anstalt Strecknitz.
- 6 StA Hannover, 2 Js 201/48, a.a.O., Sonderheft Ilten, Bl. 3.
- 7 Die Zahlen in dieser Tabelle ergeben sich durch die Auswertung der vorhandenen Akten und den ergänzenden Informationen aus dem Krankengeschichtenarchiv des Krankenhauses Ochsenzoll.
- 8 Vgl. StA Hannover, 2 Js 201/48, a.a.O., Sonderheft Ilten, Tabelle: Krankenbewegungen der Heil- und Pflegeanstalt Ilten vom 1.1.1913 bis 1.1.1948.
- 9 Ebd., Bl. 3.
- 10 Vgl. ebd., Tabelle: Krankenbewegungen der Heil- und Pflegeanstalt Ilten.
- 11 Vgl. ebd., Bl. 1 ff.
- 12 Ebd., Bl. 4.
- 13 Vgl. Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer, Die Konfrontation niedersächsischer Heil- und Pflegeanstalten mit den »Euthanasiemaßnahmen« des Nationalsozialismus, Diss. med., Hannover 1984, S. 137 ff.
- 14 Vgl. StA Hannover, 2 Js 201/48, a.a.O., Sonderheft Ilten, Bl. 95 ff.
- 15 Vgl. Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer, a.a.O., S. 137 ff.
- 16 StA Hannover, 2 Js 201/48, a.a.O., Sonderheft Ilten, Bl. 97.

# V. ZWISCHENANSTALTEN IN DER ZWEITEN PHASE DER EUTHANASIE

Regina Marien-Lunderup

## 1. Die Anstalten Eichberg und Weilmünster

### **Eichberg und Weilmünster als Zwischenanstalten für Hadamar und ihr Wandel zu Tötungsanstalten nach dem Euthanasie-Stopp**

Im Herbst 1940 wurden im gesamten Reich sogenannte Zwischenanstalten eingerichtet. Sie hatten mehrere Funktionen: Einmal dienten sie zur besseren Tarnung der Tötungsaktion an Geisteskranken – selbst heute ist es in einigen Fällen noch äußerst kompliziert, die Verlegungswege einzelner Patienten nachzuvollziehen –, zum anderen hatten sie die Aufgabe, die zur Tötung durch Gas verlegten Kranken solange unterzubringen, bis genügend »Tötungskapazitäten« in den Endanstalten frei waren. Auf diese Art und Weise wurde dafür gesorgt, daß kein »Leerlauf« entstand und immer genügend »Nachschub« vorhanden war.<sup>1</sup> Zwischenanstalten wurden stets im Umkreis der jeweiligen Tötungsanstalt in Betrieb genommen. Für die Euthanasie-Anstalt Hadamar übernahmen diese Funktion, zusätzlich zu den Anstalten Scheuern, Herborn und Idstein, die psychiatrischen Einrichtungen im Rheingau Eichberg und Weilmünster.

Im Herbst 1940 begann in Hadamar die Ermordung psychisch Kranker durch Gas. Etwa zur gleichen Zeit, im November 1940, wurden die Leiter der sogenannten Zwischenanstalten über die Funktion der von ihnen geleiteten Institutionen informiert. Auf einer Tagung in Berlin wurde ihnen unmißverständlich erläutert, nach welchem Prinzip das Euthanasie-Programm nun abzulaufen habe: Als erstes seien die Zwischenanstalten von ihren eigenen Stammpatienten zu räumen, – die für diesen Zweck angefertigten Transportlisten wurden in der T4-Zentrale an Hand der ausgefüllten Meldebögen erstellt –, danach solle der dadurch geschaffene Platz genutzt werden für die Unterbringung von Geisteskranken, die in Sammeltransporten aus dem ganzen Reichsgebiet einträfen



und für die Tötung in Hadamar bestimmt seien.<sup>2</sup> Der Leiter der Anstalt Eichberg, Friedrich Mennecke, befürwortete die geplante Aktion, war er doch schon seit Anfang 1940 genau über das gesamte Euthanasie-Programm informiert. Schon damals erklärte er sich in einer Besprechung der T4-Zentrale bereit, als Euthanasie-Gutachter tätig zu werden. Auch der Stellvertreter Menneckes, Dr. Walter Schmidt, unterstützte das Vernichtungs-Programm. Er war Leiter der Kinderfachabteilung, die Anfang 1941 auf dem Eichberg eingerichtet wurde und bis zum Kriegsende bestand. Die Gesamtzahl der dort durch Medikamente getöteten Kinder läßt sich nicht präzise bestimmen, sicher ist, daß im besagten Zeitraum 430 Kinder bis zu einem Alter von zehn Jahren in der Anstalt umkamen. Man kann davon ausgehen, daß der Großteil von ihnen eines gewaltsamen Todes starb.<sup>3</sup> Aber auch in Weilmünster stieß der Plan, die Anstalt zur Zwischenstation umzufunktionieren, auf keinerlei Bedenken. Um das Personal zu beruhigen, wurde dort vor der Deportation der Insassen in einem Vortrag erklärt, die Euthanasie-Maßnahmen an Geisteskranken beruhten auf rechtlichen Grundlagen.<sup>4</sup>

Zwischen der Ankunft in den Anstalten Eichberg und Weilmünster und dem Weitertransport nach Hadamar vergingen meist drei bis vier Wochen. Der letzte Transport mit Patienten, die in der Gaskammer starben, verließ den Eichberg am 18. August 1941, sechs Tage vor dem vorläufigen Euthanasie-Stopp. Die Anzahl der getöteten Eichberger Pflegelinge betrug bis zum 24. August 1941 mindestens 2.000; wieviele psychisch Kranke über die Zwischenstation Weilmünster in den Tod geschickt wurden, ist nicht bekannt.<sup>5</sup>

Am 24. August 1941 erfolgte der von Hitler angeordnete vorläufige Stopp der Euthanasie-Aktion. Aber der Massenmord an den Geisteskranken endete keineswegs mit diesem Datum; ein Wandel trat lediglich in der Art und Weise der Tötungsmethoden ein. Die Vergasungsanlagen wurden abgebaut, statt dessen wurde nun mit Medikamenten, Mangelernährung, nicht ausreichender hygienischer und pflegerischer Betreuung bis hin zur völligen Vernachlässigung der kranken Menschen gemordet.

Besonders deutlich wird dies, wenn man die Situation der ehemaligen Zwischenanstalten nach dem Euthanasie-Stopp betrachtet. Ursprünglich dafür vorgesehen, die zur Vergasung bestimmten Patienten bis zum Abtransport in die Endanstalt unterzubringen, ohne selber Tötungen vorzunehmen, begann nach dem 24. August 1941 auch in diesen Institutionen die Vernichtung von Geisteskranken im Sinne des Euthanasie-Programms der Nationalsozialisten. Für die Zwischenanstalten hatte der Stopp der Vergasungsaktion zur Folge, daß es dort durch die eigentlich für die Gaskammern vorgesehenen Kranken, die nun nicht mehr weiterverlegt werden konnten, zu einer hoffnungslosen Überbelegung kam. Die katastrophalen Zustände, die sich daraus für die kranken Menschen er-

gaben, sind bereits ausführlich beschrieben worden.<sup>6</sup> Die Todesrate in den ehemaligen Zwischenanstalten schnellte in die Höhe, dabei mußte noch nicht einmal, wie nachweisbar auf dem Eichberg geschehen, durch tödliche Medikamenteneinspritzungen nachgeholfen werden.<sup>7</sup>

Daß der Übergang von einer Durchgangs- zur Tötungsanstalt reibungslos verlief, wird am Beispiel der nach Eichberg und Weilmünster deportierten Strecknitzer Patienten deutlich. Auf dem Eichberg starben 83 % der insgesamt 263 dorthin überführten Kranken innerhalb von zwölf Monaten nach dem Eintreffen des Sammeltransportes vom 24. September 1941, in Weilmünster fanden 63 % aller 132 dorthin verlegten Kranken im gleichen Zeitraum den Tod.<sup>8</sup> Bezeichnend ist die Aussage der ehemaligen Eichberger Ärztin Dr. Vigano vom August 1945: »Als ich hier [auf dem Eichberg] meine Tätigkeit aufnahm, waren die sogenannten Hadamarer Aktionen schon abgeschlossen, eine Anzahl Männer und Frauen, die für diese Aktion bestimmt waren, sind hier geblieben. Der Frauenbau, wo ich meine ärztliche Betreuung ausübte, war vollgestopft, so daß oft eine Pflegerin 80 – 100 Kranke zu betreuen hatte. Der körperliche Zustand der Kranken war äußerst schlecht, die Möglichkeiten zur Körperpflege bei weitem nicht genügend, das Essen war qualitativ und quantitativ so gering, daß es nicht zur Erhaltung des Lebens ausreichen konnte. In dieser Hinsicht fiel besonders erschwerend noch ins Gewicht, daß bei der geringen Anzahl des Pflegepersonals Kranke, die aus Gründen ihres Leidens gar nichts oder nur wenig aßen, nicht zur Nahrungsaufnahme angehalten werden konnten. Sonderfütterungen waren durch den ärztlichen Leiter verboten [Dr. Mennecke]. Die Folge davon war, daß sich die Kranken durchweg in einem Zustand der Entkräftung befanden, der die Lebensdauer herabsetzte und die Anfälligkeit gegenüber Infektionen erhöhte.«<sup>9</sup>

Der Krankenseelsorger Walter Adlhoch aus Weilmünster fand noch drastischere Worte: »Sie bekamen nur Gemüse, sind auf den Stationen weithin eingegangen, hatten dauernd Durchfall. Die Wäsche reichte nicht mehr, die Betten waren durchgefault, die Matratzen. Da die Betten durchgefault waren, lagen die Sterbenden in der Badewanne im Wasser. Da hab ich ihnen da drin die Krankensalbung gespendet, das Wasser grüngefärbt und mit Kot. Sie waren nur noch Haut und Knochen, Haut und Knochen.«<sup>10</sup>

Viele der ehemaligen Zwischenanstalten, die nach Abbruch der Vergasungsaktion selber zu Tötungsanstalten wurden, nahmen einige Zeit nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp ihre alte Funktion als Zwischenstation wieder auf. Der Grund dafür war das erneute Einrichten von Euthanasie-Anstalten, in denen die Massentötungen nicht mit Gas, sondern zum Großteil durch Medikamente in tödlicher Dosierung, aber auch durch Hungerkost und Unterversorgung vorgenommen wurden. Die ehe-

## *Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

malige Vergasungsanstalt Hadamar nahm ihren Betrieb etwa ein Jahr nach dem Abbruch der T4-Aktion wieder auf.<sup>11</sup> Von nun an gingen wieder regelmäßig Transporte nach Hadamar, die Anstalten Eichberg und Weilmünster fungierten wiederum als Zwischenstationen. Anders als in der ersten Phase der Euthanasie übernahmen diese psychiatrischen Institutionen jedoch eine Doppelfunktion. Einerseits wurde im Rahmen der »wilden Euthanasie« in diesen Anstalten ständig weiter gemordet, andererseits wurden Patienten in die Endanstalt Hadamar weiterverlegt. Dort wurde der Großteil von ihnen ebenfalls umgebracht.

Auf dem Eichberg überschritten die Belegungsziffern trotz der Deportationen nach Hadamar und der anstaltseigenen Tötungen bald die absolute Grenze. Ab Mitte 1942 trafen ständig Sammeltransporte aus luftgefährdeten Gebieten ein, überdies wurden Anfang Oktober 1943 einige Anstaltsgebäude von der SS zu Lazarett-Zwecken beschlagnahmt. Dafür mußte, sozusagen über Nacht, genügend Platz geschaffen werden. So wurden beispielsweise am 12. Oktober 1943 230 Eichberger Patienten nach Hadamar verlegt, keiner von ihnen überlebte dort das Ende des Krieges.<sup>12</sup> Auch aus Hamburg-Langenhorn trafen in diesem Zeitraum Patienten in den hessischen Anstalten ein: Drei Sammeltransporte gingen nach Weilmünster, sechs nach Hadamar, jeweils einer hatte die Anstalten Eichberg bzw. Scheuern als Ziel. Zunächst sollen die Transporte in die sogenannten Zwischenanstalten dargestellt werden.

### **Verlegungen aus Hamburg-Langenhorn vor den Bombenangriffen – die Transporte in die Anstalt Weilmünster**

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn wurden in drei Sammeltransporten insgesamt 155 psychisch Kranke nach Weilmünster deportiert, und zwar am 25. Mai 1943 60 Frauen, am 1. Juni 1943 45 Frauen und am 8. Juni 1943 50 Männer. Die Transporte fielen in eine Zeit, in der die Tötungen in den hessischen Anstalten allmählich ihren Höhepunkt erreichten. Dementsprechend überlebten auch nur wenige dieser Kranken das Ende des Krieges.

In Hamburg war man bestrebt, so viele Patienten wie möglich in auswärtige Anstalten abzuschicken, um »eine freie Bettenreserve für Körperkranke, für Verwundete und Bombenopfer zu schaffen. Darüber hinaus sollte die Anstalt durch den massenweisen Abtransport von Geisteskranken in ein Allgemeines Krankenhaus umgewandelt werden«.<sup>13</sup>

Der stellvertretende Verwaltungsleiter von Langenhorn, Freese, wurde deshalb von der Hamburger Gesundheitsbehörde angewiesen, Listen für die Verlegung auszusondernder Pfléglinge aufzustellen. Gemeinsam mit Prof. Körtke, dem ärztlichen Direktor der Anstalt, gab er diese Anweisung an die Ärzte und an das Pflegepersonal weiter. Begründet

wurde die Maßnahme mit der sich zuspitzenden Kriegssituation und den sich daraus ergebenden Problemen für den Anstaltsbetrieb. Auf einer Ärztekonzferenz wurden die Kriterien für das Aufstellen der Transportlisten erläutert. Zu verlegen waren vor allem Patienten, die auf irgendeine Weise den Anstaltsbetrieb störten. Folgt man einer Nachkriegsaussage, so fielen darunter Pfleglinge, die sich schon fünf Jahre und länger in psychiatrischer Behandlung befanden und bei denen aller Wahrscheinlichkeit nach eine schnelle Heilung oder Entlassung nicht in Frage kam, deren Pflegeaufwendigkeit sehr hoch war, und Pfleglinge ohne wesentliche Kontakte zu Angehörigen. Offensichtlich gab es von pflegerischer oder ärztlicher Seite keinen Widerstand gegen diese Anordnung; die verlangten Listen wurden wie gewünscht zusammengestellt.<sup>14</sup>

Daß auch diejenigen Geisteskranken, die für die Transporte in die Anstalt Weilmünster vorgesehen waren, nach den oben genannten Kriterien selektiert wurden, kann an Hand der vorhandenen Akten im wesentlichen bestätigt werden. Leider liegen, bedingt durch die Tatsache der Aktenvernichtung in Weilmünster, nur wenige Krankenunterlagen vor. Von dem Transport am 25. Mai 1943, der 60 Frauen umfaßte, sind 17 Akten erhalten, von den 45 Frauen, die am 1. Juni 1943 nach Weilmünster deportiert wurden, liegen neun Akten vor, und der letzte Transport von 50 Männern, erfolgt am 8. Juni 1943, ist lediglich durch zwölf erhaltene Krankenunterlagen repräsentiert. Analysiert man die 38 vorliegenden Akten im Hinblick auf einige der oben genannten Selektionskriterien, ergibt sich folgendes Bild:

25 Patienten befanden sich fünf Jahre und länger in psychiatrischer Behandlung, sechs Kranke hatten einen kürzeren Anstaltsaufenthalt, bei den übrigen sieben Pfleglingen fehlten hierzu die Angaben. Bei der Mehrzahl der Betroffenen, genau bei 29 Patienten, finden sich Charakterisierungen wie beispielsweise »Schizophrener Endzustand«, »Endzustand«, »vollständig abgebaut«, »völlig verblödet«, »dement, stumpf«, »dauernd bettlägerig« als letzte Akteneinträge vor der Verlegung in den Pflegeberichten. Diese Kranken können mit Sicherheit der Kategorie »keine schnelle Heilung oder Entlassung« zugerechnet werden. Intensive Kontakte zu Angehörigen ließen sich bei nur neun Pfleglingen nachweisen, sieben Patienten hatten keine Bezugspersonen mehr außerhalb der Anstalt, bei den verbleibenden 22 psychisch Kranken mußte diese Frage ungeklärt bleiben. Leider sind die Krankenakten oft unvollständig, so daß die Möglichkeit besteht, daß Unterlagen über private Korrespondenz fehlen. Trotzdem bestätigt eine Durchsicht des vorhandenen Aktenmaterials die damalige Praxis Langenhorns, unbequeme, pflegeaufwendige Patienten abzuschieben, um so schnell wie möglich Bettenkapazitäten frei zu machen und damit den Weg für ein Allgemeines Krankenhaus zu ebnen. Auf die meisten der aus diesem Grunde verlegten Geisteskranken warte-

te in den hessischen Anstalten der Tod (vgl. Tabelle 1). Sie starben entweder in Weilmünster oder in Hadamar. Von den 60 Frauen, die am 25. Mai 1943 nach Weilmünster deportiert wurden, kamen 48 bis Ende 1945 dort ums Leben, 37 davon in Weilmünster und elf in Hadamar. Von den 37 in Weilmünster verstorbenen Patientinnen waren bereits 21 innerhalb eines halben Jahres nach der Verlegung tot, 13 Pfleglinge überlebten bis zu einem Jahr in der Anstalt, bei nurmehr drei Kranken trat der Tod erst nach zwei Jahren Aufenthalt ein. Acht psychisch Kranke überlebten in Weilmünster das Ende des Jahres 1945. Die Bilanz des Transportes vom 1. Juni 1943 fällt noch negativer aus. 31 der 45 deportierten Hamburger Frauen starben in Weilmünster, davon 30 innerhalb eines Jahres, neun weitere verloren in Hadamar ihr Leben. Nur von einer psychisch Kranken ist bekannt, daß sie den Anstaltsaufenthalt in Weilmünster überlebte. Auch die 50 Männer, die am 8. Juni 1943 von Langenhorn nach Weilmünster transportiert wurden, erwartete ein ähnliches Schicksal. 28 von ihnen starben in der Zielanstalt, fünf kamen ums Leben, nachdem sie nach Hadamar weiterverlegt worden waren. Auch von diesen nach Weilmünster verlegten und dort gestorbenen Männern waren bis auf eine Ausnahme alle bereits nach einem Jahr tot. Vier Patienten lebten noch nach Ende 1945 in der Anstalt, acht psychisch Kranken gelang, meist auf massiven Druck der Angehörigen, die Entlassung.

Die nach Hadamar weiterverlegten Pfleglinge hatten im allgemeinen eine sehr kurze Überlebensdauer. Oft vergingen vom Zeitpunkt der Verlegung bis zum Eintritt des Todes nur einige Tage, nie jedoch mehr als fünf Wochen.

Typisch dafür ist der Leidensweg der Langenhorner Patientin Linda J.: 1921 geboren, wurde sie als achtjährige in die Alsterdorfer Anstalten eingewiesen. Ihre Diagnose lautete: »Imbecillität«. Da sie dort laut Pflegebericht »unbeherrscht, laut und streitsüchtig« war, wurde sie am 9. März 1943 in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn überführt. Hier machte sie »kleine Handreichungen, war z.T. willig und freundlich, half im Wachsaaal bei der Hausarbeit«. Vor ihrer Deportation nach Weilmünster wurde sie allerdings als »dummdreist, frech, widersetzlich und sehr schwierig« beschrieben. Damit erfüllte sie alle drei Voraussetzungen für eine Verlegung aus Hamburg. Sie hatte einen länger als fünf Jahre währenden Anstaltsaufenthalt hinter sich, eine schnelle Entlassung war nicht zu erwarten, Kontakte zu Angehörigen bestanden, bis auf vereinzelte Anfragen von der Mutter, nicht. Am 25. Mai 1943 wurde Linda J. zusammen mit 59 weiteren Frauen nach Weilmünster transportiert. Dort war sie zunächst in der Schälküche tätig, wurde aber, nachdem sie drei Laibe Brot gestohlen hatte, von dieser Arbeit suspendiert und mit Schleimkost und Beruhigungsmitteln bestraft. Am 22. April 1944 erfolgte ihre Überführung nach Hadamar, die letzte Eintragung in Weil-

münster lautet: »Nimmt manchmal anderen Patienten das Essen weg, wird, um Platz für Evakuierte zu schaffen, nach Hadamar verlegt«. Einen Monat später war Linda J. tot. Zwei für die Anstalt Hadamar typische Akteneinträge sollten den Anschein erwecken, die psychisch Kranke sei eines natürlichen Todes gestorben: »20.5.44 Erkrankt an Enterokolitis. Mutter ist benachrichtigt. 22.5.44 Erholt sich nicht mehr. Herzschwäche trat hinzu. Heute exitus an Enterokolitis«. <sup>15</sup>

### **Verlegungen aus Hamburg-Langenhorn nach den Bombenangriffen – der Transport in die Anstalt Eichberg**

Vom 24. Juli bis zum 3. August 1943 wurden große Teile Hamburgs durch sieben Bombenangriffe der Alliierten fast völlig zerstört. Besonders betroffen waren dichtbesiedelte Wohngebiete der Hansestadt. Unzählige Verletzte und unter Schock stehende Menschen bedurften ärztlicher Hilfe, die zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern reichten nicht mehr aus, um alle Betroffenen zu versorgen. <sup>16</sup>

Bereits seit 1939 waren Teile der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn kontinuierlich zu einem Hilfskrankenhaus umfunktioniert worden. Auch dort wurden während der Zeit der Luftangriffe verletzte und bombengeschädigte Einwohner Hamburgs aufgenommen. Nach kurzer Zeit waren die Räume des Hilfskrankenhauses hoffnungslos überbelegt. Kurz nach dem Ende der schweren Bombardierungen verließen drei Sammeltransporte die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn: So wurden an einem Tag, dem 7. August 1943, 78 Männer in die Anstalt Eichberg, 99 Männer nach Scheuern und 97 Frauen in die Anstalt Hadamar verlegt. Bemerkenswert ist, zumindest bei den Transporten nach Eichberg und Hadamar, daß die Zusammensetzung der Patienten Klientel auffällig von derjenigen vorhergehender Deportationen abweicht. An Hand des Aktenmaterials läßt sich erkennen, daß etliche »bombenverwirrte« Menschen zusammen mit psychisch kranken Pflinglingen in die hessischen Anstalten abtransportiert wurden. Im folgenden soll der Transport auf den Eichberg dargestellt werden.

Am 7. August 1943, vier Tage nach dem letzten schweren Bombenangriff auf Hamburg, verließ ein Sammeltransport von 78 Männern die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in Richtung Eichberg. Dort herrschten zu diesem Zeitpunkt unhaltbare Zustände. Die Anstalt war hoffnungslos überfüllt, das Personal war knapp, es existierten sogenannte pflegerlose Abteilungen, auf denen die psychisch Kranken buchstäblich dahinsiechten. Auch wurden ständig Patienten nach Hadamar verlegt, die meisten von ihnen fanden dort ebenfalls den Tod. <sup>17</sup> Bevor das Schicksal, das die Langenhorner Patienten auf dem Eichberg erwartete, beschrieben wird, soll zunächst die Zusammensetzung des Transportes vom 7. August

1943 näher analysiert werden. Waren die Deportationen in die Anstalt Weilmünster, die einige Wochen vorher Hamburg verlassen hatten, noch dadurch gekennzeichnet, daß hauptsächlich unbequeme, pflegeaufwendige Kranke mit langer Psychiatrie-Aufenthaltsdauer, ungünstiger Prognose und wenigen sozialen Kontakten regelrecht abgeschoben wurden, so trifft dieses Bild für den Transport nach Eichberg nicht mehr zu. Hier überwogen Patienten mit kürzerem Anstaltsaufenthalt. Auch läßt sich eine größere Willkür bei der Zusammensetzung der Diagnosen feststellen. Unter den Deportierten befanden sich »bombenverwirrte« Menschen sowie Kranke mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Bei 25 der verlegten Kranken lassen sich nur sehr geringe Anstaltsaufenthalte von einigen Tagen bis zu vier Wochen nachweisen. Zwei Pfleglinge befanden sich bis zu zwei Jahren in der Psychiatrie, zwei waren seit fünf Jahren in Behandlung, bei 49 Patienten konnte die Aufenthaltsdauer auf Grund des fehlenden Aktenmaterials nicht mehr festgestellt werden. Überwiegen bei den früheren Transporten die Diagnosen, die dem schizophrenen Formenkreis zuzurechnen sind, finden sich in diesem Fall die Krankheitscharakterisierungen breiter gestreut: Nur sieben Patienten wurden als »schizophren« eingestuft, elf litten unter »psychischen Störungen des hohen Alters«, acht Betroffene wurden als »bombenverwirrt« bezeichnet. Weitere Diagnosen sind »Schwachsinnzustände«, »Psychopathie«, »Epilepsie«, »Progressive Paralyse«, »Alkoholismus«. Bei 44 Patienten liegen keine Angaben zur Diagnose vor.

Von 31 der 78 Männer sind die Krankenunterlagen vorhanden. Davon läßt sich allein in 15 Fällen ein Langenhorner Aufnahmedatum feststellen, das zwischen dem 24. Juli 1943 und dem 4. August 1943 liegt, also in die Zeit der Bombenangriffe fällt. Alle 15 in diesem Zeitraum aufgenommenen Menschen waren vorher noch nie in einer psychiatrischen Anstalt gewesen. Alle wurden zunächst in das Hilfskrankenhaus Langenhorn eingeliefert, was darauf schließen läßt, daß es sich bei diesen Patienten nicht um psychisch Kranke, sondern um durch die Bombenangriffe verletzte, verwirrte und obdachlos gewordene Hamburger handelte. Tatsächlich findet sich in acht Akten unter dem Stichwort »Diagnose« der Vermerk »bombenverwirrt« oder »bombengeschädigt«. Bei den übrigen sieben Betroffenen ist zwar nicht ausdrücklich auf einen Zusammenhang mit den Bombardierungen hingewiesen worden, die Tatsache allerdings, daß es sich hierbei größtenteils um alte Menschen handelte, die in den Unterlagen als »alterssenil« oder »altersverwirrt« charakterisiert wurden, könnte ebenfalls auf einen direkten Zusammenhang zwischen Luftangriffen und erfolgter Einlieferung hindeuten. Bei allen 15 Pfleglingen erfolgte kurz vor der Verlegung nach Eichberg eine Überweisung vom Hilfskrankenhaus in die Heil- und Pflegeabteilung Langenhorns. Offensichtlich wurden auf diese Art und Weise Menschen, die durch die schwe-

ren Bombardierungen verständlicherweise verwirrt waren, die, wie in einigen Akten zu lesen ist, völlig ausgebombt waren und somit alles an Hab' und Gut, und nicht selten auch noch Familienangehörige, verloren hatten, zusammen mit psychisch Kranken in einem Sammeltransport in den Tod geschickt. Es ist anzunehmen, daß sich unter den restlichen 47 verlegten Männern, von denen keine Unterlagen mehr existieren, noch mehr Menschen befanden, die der Kategorie »bombenverwirrt« zugerechnet werden können. Auch mit dem Transport nach Hadamar, der am selben Tag die Anstalt Langenhorn verließ, wurden etliche Hamburger, die dasselbe Schicksal erlitten hatten, verlegt.<sup>18</sup>

Die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn hat sich mit einer mörderischen Kaltblütigkeit auch solcher Menschen entledigt, die ohne die schweren Bombardierungen niemals in die Mühlen der Euthanasie geraten wären. Zwei Einzelschicksale Hamburger Bombenopfer sollen hier geschildert werden:

Albert S. wurde zusammen mit seiner Ehefrau am 30. Juli 1943 durch die Rettungsstelle in das Hilfskrankenhaus Langenhorn eingewiesen; seine Diagnose: »bombengeschädigt, geisteskrank«. Herr S. war zu diesem Zeitpunkt bereits 73 Jahre alt. Am 7. August 1943 erfolgte seine Deportation nach Eichberg, kurz vorher wurde er innerhalb Langenhorns vom Hilfskrankenhaus in die Heil- und Pflegeabteilung überführt. Seine Ehefrau, die sich weiterhin in einem Frauenhaus des Hilfskrankenhauses aufhielt, wurde nicht informiert. Nach ihrer Entlassung stellte sie Nachforschungen über den Verbleib ihres Mannes an. Eine an die Anstalt Eichberg gerichtete Anfrage blieb unbeantwortet. Erst nachdem der Sohn des Ehepaares einen erneuten Brief an die hessische Anstalt gesandt hatte, wurde auf dem Eichberg reagiert. Frau S. bekam die standardisierte Mitteilung über den Tod ihres Mannes. »Hierdurch müssen wir Ihnen mitteilen, daß Ihr Ehemann, der Patient Albert S., geb. [...], am 2.9.1943, abends 20<sup>00</sup> Uhr, in unserer Anstalt von seinem unheilbaren Leiden durch einen sanften Tod erlöst worden ist.« Frau S. war es vor dem Tod ihres Mannes noch gelungen, ihn auf dem Eichberg zu besuchen. Für die alte Frau muß diese Reise äußerst beschwerlich gewesen sein; daß sie überhaupt bis auf den Eichberg vorgedrungen ist, zeigt, wie verzweifelt ihre Situation gewesen sein muß. Frau S. bekam Einblick in die Zustände, die in der Anstalt herrschten. Nach dem Ableben von Albert S. richtete sie einen anklagenden Brief an den Reichsstatthalter Hamburgs, Karl Kaufmann:



## *Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

»An den Statthalter Kaufmann Hamburg.

Nun möchte ich meines Mannes Ende schildern. Er wurde von Langenhorn, wo wir alle hingebracht wurden ohne irrsinnig zu sein, in einem Irrenhause mit Hamburgern gebracht auf den Eichberg Rheingau Bahnstation Hassenheim und dort 4 Wochen aufeinander Strohsack auf Fussboden gelegt und an den Folgen gestorben. Er hat Lungenentzündung bekommen. Ich habe ihn nur noch 2 Nachmittage sehen können. Er bekam schwarzen Kaffee nicht mal die Magermilch. Ein alter Mann 72 Jahr der in seinem gepflegten Heim in warmen weichen Betten gelegen hatte, konnte das natürlich nicht ab. Es werden wohl von dort noch mehr Beschwerden einlaufen. Nach seinem Tode wollte ich ihn in Erbach begraben lassen, wurde mir aber der Sarg verweigert und nirgens einer zu kriegen und so musste ich ihn oben lassen da ich ja hilflos war. Er ist doch an den Folgen des Terrorangriffs gestorben und musste das Reich ihn auch anständig begraben. 4 harmlose Irre in Holztoffel aufgekrempelten Ärmel schleppten die Kiste denn einen Sarg konnte man es nicht nennen durch den Garten und in die Kuhle, das war alles. Ein Hund wird oft besser begraben! So hat Hamburg bzw. Deutschland für ihre Bombengeschädigten gesorgt.

Mit deutschem Gruss Heil Hitler«

Durch einen Brief aus Hamburg dazu befragt, wurden von den Verantwortlichen der Anstalt Eichberg die Vorwürfe als haltlos zurückgewiesen, ein Zusammenhang zwischen den Bombenangriffen auf Hamburg, der Verlegung aus Langenhorn nach Eichberg und der dortigen mangelnden Versorgung, die letztlich den Tod des Betroffenen zur Folge hatte, wurde energisch dementiert.<sup>19</sup> Weitere Schriftstücke sind in der Akte nicht vorhanden, es ist daher anzunehmen, daß von Seiten der Familie des Albert S. nichts mehr in dieser Richtung unternommen worden ist.

Joachim S. wurde am 4. August 1943 im Hilfskrankenhaus Langenhorn aufgenommen. Unter der Rubrik »Krankheit« findet man als Eintragungen »bombengeschädigt, verwirrt«. Herr S. war zum Zeitpunkt seiner Einlieferung 45 Jahre alt. Auch er wurde am 7. August 1943 mit dem Sammeltransport von 78 Männern in die Anstalt Eichberg verlegt. Kurze Zeit später ging dort ein Telegramm von seiner Ehefrau ein, in dem sie um Rückverlegung ihres Mannes nach Hamburg bat. Dieses Gesuch wurde abschlägig beantwortet mit der Begründung: »Eine Entlassung kommt bei dem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium nicht in Frage. Außerdem dürfen wir lt. Anordnung des Reichsverteidigungskommissars keine Geisteskranken aus luftgefährdeten Gebieten entlassen.« Auch Frau S. nahm daraufhin die Strapazen einer Reise in die hessische Anstalt auf sich. Zusammen mit ihren beiden Söhnen traf sie kurz vor dem Ableben ihres Mannes auf dem Eichberg ein. Ihre Versuche, Joachim S. mit nach Hamburg zu nehmen, scheiterten. Sie und ihre Söhne waren von dem, was sie in der Anstalt zu sehen bekamen, entsetzt. Am 25. September 1943 starb Joachim S. Nach dem Tod des Vaters erbat einer der Söhne eine Bescheinigung von der Eichberger Leitung, die den Verstorbenen als »Bombengeschädigten« und nicht als Geisteskranken ausweisen sollte. Die Ausstellung des geforderten Schriftstückes wurde dem Sohn verweigert. Daraufhin richtete er folgenden Brief an die Landesheilanstalt Eichberg:

## *Verlegungen nach Eichberg und Weilmünster*

»Heute erhielt ich Ihr Schreiben, in dem Sie mir mitteilen, dass Sie mir eine gewünschte Bescheinigung, über den Tod meines Vaters, nicht ausstellen können. Nun schreiben Sie mir, mein Vater hätte ein Nervenleiden, das schon mehrere Jahre bestand; nein meine Herren, mein Vater ist nie nervenkrank gewesen, nervenkrank ist er erst geworden, als er bei Ihnen, in der sauberen Heilanstalt eingeliefert wurde, denn daß mein Vater nicht nervenkrank gewesen ist, da kann ich Ihnen 100 Zeugen bringen; also ich bitte Sie um die gewünschte Bescheinigung oder ich muss Sie um eine Antwort bitten; »wie kommt das Loch über dem rechten Auge meines Vaters, denn gefallen ist er nicht«; also bekomme ich die gewünschte Bescheinigung nicht, dann beantworten Sie mir bitte meine Frage, und ich muss mich an das Reichsgesundheitsministerium wenden, damit man die Heilanstalt ein bißchen unter die Lupe nimmt, denn wenn meine Mutter meinen Vater damals, als Sie Ihr es verweigerten, mitbekommen hätte, dann würde er heute noch am Leben sein, denn ein Mensch kann nicht innerhalb von 8 Tagen abhungern und das Bewußtsein verlieren, denn das ist künstlich vorbereitet worden; wo kommen die blauen, grünen, braunen und violetten Flecke her, die mein Vater am ganzen Körper hatte, die haben sich wahrscheinlich selber gebildet.

Also ich bitte Sie um die gewünschte Bescheinigung, oder ich muß mich mit dem Fall an das Reichsgesundheitsministerium wenden, denn dieses ist schon der 5. Fall, der mir von Hamburgern zu Ohren gekommen ist.

Mit deutschem Gruß  
gez. Wilhelm S.«

Das Antwortschreiben lautete wie folgt:

»Auf Ihr Schreiben vom 9.10.43, dessen Ton wir zurückweisen, teilen wir Ihnen mit, daß Ihr Vater an einer Geisteskrankheit und Nervenkrankheit gelitten hat, die sich im Laufe mehrerer Jahre entwickelte und wahrscheinlich im Anschluss an eine früher durchgemachte syphilitische Infektion entstanden ist. Bei den Flecken, die Ihr Vater am Kopf gehabt hat, handelt es sich um Leichenflecken. Sie entstehen durch Umsetzungsprodukte des Blutfarbstoffes, der über blau ins grüne geht, und ausserdem um Gasbildungen im Darm (Schwefeleisen). Im übrigen teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihr Schreiben der Geheimen Staatspolizei eingereicht haben. Es stellt eine schwerste Beleidigung der Behörde dar und schädigt den Ruf der Anstalt. Alles Weitere werden Sie gerichtlicherseits erfahren. Wir sehen in Ihrem Schreiben den Versuch einer Erpressung.

Der Direktor«<sup>20</sup>

Ob von Seiten der Staatspolizei etwas unternommen wurde, läßt sich nicht mehr feststellen. Man kann aber davon ausgehen, daß allein die Drohung mit der Gestapo die Familie des Joachim S. davon abgehalten hat, noch weiter in dieser Sache vorzugehen.

Auffällig an dem Transport nach Eichberg ist weiterhin, daß sich Patienten mit ausländischer Staatsangehörigkeit unter den Deportierten befanden. In sechs der 31 vorhandenen Akten fanden sich diesbezügliche Einträge. Es handelte sich hierbei um drei Russen, einen Polen und zwei Italiener. Die Einweisung in die Anstalt Langenhorn erfolgte entweder aus einem der zahlreichen Arbeitslager, die sich in Hamburg befanden, oder durch einen Lazarettarzt. Als Einweisungsgründe wurden »Depressionszustand« oder »psychische Störungen« angegeben, in zwei Fällen gekoppelt mit dem Vermerk »Fluchtversuch«. Trotz der wenigen Eintragungen,

die in den Krankenakten nachzulesen sind, wird deutlich, daß alle sechs Betroffenen weniger an einer Geisteskrankheit als an Heimweh litten. Es finden sich Vermerke in den Unterlagen, wie z.B. »macht einen bekümmerten Eindruck«, »ist teilnahmslos, gibt keine Antwort«, die darauf schließen lassen, daß die Depressionen dieser Menschen durch ihre derzeitige Situation als Kriegsgefangener oder Zwangsarbeiter ausgelöst wurden. Zudem waren die Möglichkeiten der Verständigung sehr schlecht. Nur die beiden Italiener sprachen etwas Deutsch, bei den anderen Ausländern mußte ein Dolmetscher zu Rate gezogen werden. Alle sechs Betroffenen fanden nach ihrer Überführung auf den Eichberg den Tod, die drei Russen und der Pole starben dort, die beiden Italiener kamen nach ihrer Verlegung in die Anstalt Hadamar ums Leben.

Um zu verdeutlichen, wie grausam im Rahmen der Euthanasie auch mit ausländischen Insassen von Heil- und Pflegeanstalten verfahren wurde, seien hier die letzten Eintragungen aus der Krankenakte des Russen Alexei S. angeführt. Alexei wurde am 16. Juli 1943 aus dem Arbeitslager Eidelstedt in Langenhorn aufgenommen. Seine Diagnose: »Depressionszustand«. Seit wann er sich in Deutschland befand, kann an Hand der Akte nicht mehr festgestellt werden. Durch eine Dolmetscherin befragt, gibt er folgendes an: »Er sei 29 Jahre alt. In seiner Familie seien keine Nerven- und Geisteskranken vorgekommen. Sein Vater sei wahrscheinlich gestorben, sei 1939 exportiert worden, er habe seitdem nicht mehr von ihm gehört. Er selbst sei sonst nie krank gewesen.« Alexei S. »sieht mit tiefbekümmertem Gesichtsausdruck vor sich hin, schüttelt auf Fragen der Dolmetscherin nur den Kopf oder nickt. (Ob er Schmerzen habe?) Schüttelt den Kopf. (Ob er Stimmen höre?) Antwortet nicht. (Morgens oder Nachmittags schlechter?) keine Antwort.

27.VII. Unverändert. Liegt teilnahmslos im Bett. Appetit ist normal.  
7.VIII. 43 Nach Anstalt Eichberg verlegt. Diagnose: Depressionszustand.« Die einzige Eintragung nach der Deportation lautet: »17.10.43 Auch hier vollkommen gehemmt und unproduktiv. Nimmt keine Nahrung zu sich. Starb heute unter Anzeichen von Herz- und Kreislaufschwäche.«<sup>21</sup>

Von den 78 Männern, die am 7. August 1943 von Langenhorn in die Landesheilanstalt Eichberg verlegt wurden, starben bis zum Ende des Jahres 1945 28 dort, zwölf nach ihrer Weiterverlegung in die Euthanasie-Anstalt Hadamar, zwei Patienten fanden in Weilmünster den Tod. Von den 28 Hamburgern, die auf dem Eichberg umkamen, waren 27 bereits nach weniger als sechs Monaten verstorben. Zehn Kranke wurden nach Hause entlassen, nur ein Pflegling lebte noch nach 1945 auf dem Eichberg. Die übrigen Verschleppten überlebten entweder in anderen Anstalten oder erlitten ein Schicksal, das nicht mehr zu rekonstruieren ist (vgl. Tabelle 2).

*Verlegungen nach Eichberg und Weilmünster*

*Tabelle 1: Direktverlegungen Langenhorner Patienten nach Weilmünster*

Transport vom 25.5.1943	60	Frauen	
davon:			
in Weilmünster gestorben	37		
in Weilmünster überlebt	8		
nichts weiter bekannt	1		
in andere Anstalten verlegt	14		
davon:			
nach Hadamar	11	dort gestorben	11
nach Eichberg	1	nichts weiter bekannt	
nach Langenhorn	2	dort gestorben	1
		verlegt nach Rickling, weiteres Schicksal unbekannt	1
Transport vom 1.6.1943	45	Frauen	
davon:			
in Weilmünster gestorben	31		
in Weilmünster überlebt	1		
nach Hause entlassen	1	weiteres Schicksal unbekannt	
aus Weilmünster entwichen	1	weiteres Schicksal unbekannt	
nichts weiter bekannt	1		
in andere Anstalten verlegt	10		
davon:			
nach Hadamar	9	dort gestorben	9
nach Eichberg	1	nichts weiter bekannt	
Transport vom 8.6.1943	50	Männer	
davon:			
in Weilmünster gestorben	28		
in Weilmünster überlebt	4		
nach Hause entlassen	8		
aus Weilmünster entwichen	2	weiteres Schicksal unbekannt	
in andere Anstalten verlegt	8		
davon:			
nach Hadamar	5	dort gestorben	5
nach Eichberg	3	weiteres Schicksal unbekannt	

*Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

*Tabelle 2: Direktverlegungen Langenhorner Patienten nach Eichberg*

Transport vom 7. 8. 1943	78 Männer		
davon:			
in Eichberg gestorben	28		
in Eichberg überlebt	1		
nach Hause entlassen	10		
aus Eichberg entwichen	1	weiteres Schicksal unbekannt	
nichts weiter bekannt	2		
in andere Anstalten verlegt	36		
davon:			
nach Weilmünster	18	dort gestorben	2
		nach Hause entlassen	2
		überlebt	1
		nichts weiter bekannt	13
nach Hadamar	16	dort gestorben	12
		nichts weiter bekannt	4
verlegt in eine unbekannte Anstalt	2	weiteres Schicksal unbekannt	

## **Anmerkungen**

- 1 Vgl. Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 263.
- 2 Ebd., S. 266 f.
- 3 Vgl. Dickel, Horst, »Die sind doch alle unheilbar«. Zwangssterilisationen und Tötung der »Minderwertigen« im Rheingau, 1934 – 1945. Materialien zum Unterricht, Sekundarstufe I, Heft 77, Projekt »Hessen im Nationalsozialismus«, Wiesbaden 1988, S. 20 ff.
- 4 Vgl. Klee, Ernst, a.a.O., S. 267.
- 5 Vgl. Dickel, Horst, a.a.O., S. 24 ff.
- 6 Vgl. hierzu Teil II, Verlegungen im Rahmen der Aktion T4 und Teil III, Verlegungen in Umlandanstalten. Die Verlegungen in die Lübecker Heilanstalt Strecknitz.
- 7 Vgl., Dickel, Horst, a.a.O., S. 25.
- 8 Vgl. hierzu Teil III, Verlegungen in Umlandanstalten. Die Verlegungen in die Lübecker Heilanstalt Strecknitz.
- 9 StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Sonderbände Eichberg, Vernehmungen, Strafsache gegen Mennecke, Bd. 1, Aussage der Ärztin Dr. Vigano vom 2. Aug. 1945, Bl. 17.
- 10 Vgl. Klee, Ernst, a.a.O., S 427.
- 11 Ebd., S. 419.
- 12 Vgl. Dickel, Horst, a.a.O., S. 26 ff.
- 13 StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve, S. 618 ff.
- 14 Vgl., ebd., S. 621 sowie Teil I, Die Entwicklung der Anstalt Langenhorn in der Zeit des Nationalsozialismus.
- 15 Vgl. Krankengeschichtenarchiv Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Krankenakte J., Linda, Nr. 31310.
- 16 Vgl. Middlebrook, Martin, Hamburg Juli '43, Hamburg 1984, S. 355 ff.
- 17 Vgl. in diesem Kapitel Abschnitt a.
- 18 Vgl. hierzu Teil VI 1, Verschärfung der Katastrophenpolitik – Transporte in die Tötungsanstalt Hadamar.
- 19 Vgl. Krankengeschichtenarchiv Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Krankenakte S., Albert, Nr. 31919.
- 20 Vgl. ebd., Krankenakte S., Joachim, Nr. 31956.
- 21 Vgl. ebd., Krankenakte S., Alexei, Nr. 31864.

Renate Otto

## 2. Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalt Scheuern

### Scheuern im Zweiten Weltkrieg

Im Rahmen der kriegsbedingten Räumung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn im Sommer 1943 wurde am 7. August 1943 ein einzelner Transport von 99 männlichen Patienten auch in die Anstalt Scheuern verlegt, die eine Einrichtung der Inneren Mission war.<sup>1</sup> Die heutigen Heil-, Erziehungs- und Pflegeheime Scheuern bei Nassau in Hessen wurden zum damaligen Zeitpunkt von Carl Todt jun. geleitet, der 1920 seinen Vater als Direktor der Anstalt abgelöst hatte. Im Mai 1937 war die Anstaltsleitung von der Verwaltung des Bezirksverbandes Hessen-Nassau aufgefordert worden, sich nach dem »Führerprinzip« umzugestalten, was eine Unterstellung unter staatliche Kuratel bedeutete. Obwohl Dr. Todt vom Central-Ausschuß der Inneren Mission in Berlin in einem Schreiben vom 9. Juni 1937 ermahnt wurde, standhaft zu bleiben, gab er dem Druck dennoch nach.<sup>2</sup> Durch diese Umstellung wurde der nationalsozialistische Anstaltsdezernent der hessischen Provinzialverwaltung, Landesrat Fritz Bernotat, Vorstand der kirchlichen Einrichtung. Er galt als ein besonders eifriger Verfechter der nationalsozialistischen Euthanasie.<sup>3</sup>

Von Mai 1941 bis September 1944 diente Scheuern als Zwischenanstalt für die Tötungsanstalt Hadamar. Zuständig für die Anstalt war von ärztlicher Seite in dem hier dargestellten Zeitraum Dr. Adolf Thiel, der entweder »anordnungsgemäß« oder auf Antrag, gerichtet an Landesrat Bernotat, Patienten nach Hadamar verlegte. Verlegungen oder Entlassungen konnten offensichtlich nur mit Genehmigung Bernotats durchgeführt werden. Auch wurden vereinzelt Angehörige der Wehrmacht in das Reservelazarett Andernach weiterverlegt, blieben dadurch entweder von der Vernichtung verschont oder kamen von dort in verschiedene Anstalten, u.a. auch nach Hadamar. Bei der Entscheidung über eine Verlegung nach Andernach oder gleich nach Hadamar wurde offensichtlich der Unterschied gemacht, ob ein Soldat bereits aus der Wehrmacht ausgeschieden war oder nicht. Noch der Wehrmacht angehörende Soldaten kamen ins Reservelazarett, entlassene in die Tötungsanstalt. In der gleichen Zeit war Scheuern einbezogen in das psychiatrische, erbbiologische Forschungsprogramm des Heidelberger Ordinarius und T4-Psychiaters

Professor Carl Schneider, indem es ihm Gehirne verstorbener geisteskranker Patienten für dessen pathologisch-anatomische Untersuchungen sandte.<sup>4</sup>

Zur Anstalt Scheuern gehörte damals wie heute auch die Arbeitsstätte Langauer Mühle. Aus den für diese Untersuchung bearbeiteten Krankenakten ist zu erkennen, daß dort arbeitsfähige Kranke lebten und Arbeit zur Versorgung der Anstalt leisteten. Den Aussagen von Patienten zufolge waren die Lebensumstände der Betroffenen z.T. unzumutbar. Es herrschten Hunger und unhaltbare hygienische Zustände, die häufig Erkrankungen an Tuberkulose zur Folge hatten.

### **Die Zusammensetzung des Transportes vom 7. August 1943**

Am 7. August 1943 wurden 99 Männer von Langenhorn in die Heil- und Pflegeanstalt Scheuern verlegt. Insgesamt liegen 66 Akten im Original oder als Auszüge in Kopien vor. Für 33 Patienten fehlen Unterlagen, hierunter fallen insbesondere die Akten der 25 Männer, die in Scheuern geblieben und dort gestorben sind, sowie derer, die von dort entlassen wurden oder entwichen. In wenigen Fällen konnten Daten, in erster Linie die Einweisungen betreffend, dem Karteikartensystem des Ochsenzoller Archivs entnommen werden, manches ließ sich in Scheuern erfragen, Todesdaten konnten zusätzlich aus dem Sterbeverzeichnis Hadamars nachgetragen werden. Wegen Fehlens von wesentlichen Angaben ist es also nur bedingt möglich, diesen Transport auf alle bedeutsam erscheinenden Kriterien hin zu untersuchen.

Unter den nach Scheuern verlegten Patienten befanden sich, soweit man dies den vorhandenen Unterlagen entnehmen kann, sieben Ausländer, es handelte sich dabei um zwei Österreicher, einen Dänen, einen Staatenlosen, zwei serbische Kriegsgefangene und einen Patienten aus der UdSSR.

Fünf der Patienten waren Jugendliche im Alter bis 20 Jahre, 35 Patienten (35,4 %) zwischen 21 und 40, 27 (27,3 %) zwischen 41 und 60, 18 (18,1 %) zwischen 61 und 80 Jahren sowie drei Patienten zwischen 81 und 90 Jahren alt.<sup>5</sup> Das niedrigste Alter lag bei 13 Jahren und das höchste bei 87 Jahren, das durchschnittliche Alter des Transportes betrug 43 Jahre. Bei elf Patienten blieb das Alter unbekannt. Verglichen mit den Transporten nach Hadamar im gleichen Zeitraum war das durchschnittliche Alter der nach Scheuern verlegten Patienten also niedriger.

Keine Voraufenthalte in der Psychiatrie vor der Einweisung nach Langenhorn hatten 16 Patienten (16,2 %), 25 (25,3 %) waren zuvor bis zu einem halben Jahr stationär behandelt worden und fünf (5,1 %) bis zu einem Jahr. Es handelte sich demnach um einen Transport, mit dem mindestens 46 Patienten (46,5 %) verlegt wurden, die vermutlich der Grup-



pe der Ersterkrankten zuzurechnen sind. Vier Männer (4 %) waren bis zu zwei Jahren und sechs (6,1 %) bis zu fünf Jahren stationär behandelt worden. Zwei Patienten (2 %) hatten einen Psychriaufenthalt von über fünf Jahren hinter sich, für die übrigen 41 Patienten lagen keine Angaben vor.

Eingewiesen, so konnte bei 81 Männern ermittelt werden, wurde in 29 Fällen (29,3 %) aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Eppendorf, gefolgt von 15 Einweisungen (15,2 %) aus dem Gefängnis oder Zuchthaus. Drei Männer (3 %) kamen aus Friedrichsberg, sechs (6,1 %) durch niedergelassene Ärzte und vier (4 %) aus Versorgungsheimen. Zwei weitere wurden über ein Hilfskrankenhaus bzw. eine Rettungsstelle, zwei durch ein Psychiatrisches Krankenhaus außerhalb Hamburgs eingewiesen. Zwei Patienten kamen über Angehörige, zwei durch die Polizei, zwei über die Alsterdorfer Anstalten (je 2 %), vier (4 %) über Allgemeine Krankenhäuser und acht (8,1 %) über Militärlazarette zur Aufnahme. In 18 Fällen sind die Einweiser unbekannt.

Als häufigste Einweisungsdiagnose wurden in 15 (15,2 %) Fällen Schizophrenie, in sieben Fällen (7,1 %) Progressive Paralyse und in fünf Fällen (5,1 %) Alterserkrankungen genannt. Fünf Patienten (5,1 %) kamen wegen anderer hirnanorganischer Erkrankungen mit psychischen Störungen, vier (4 %) wegen einer affektiven Psychose, jeweils zwei Patienten (2 %) wegen Schwachsinn, Alkoholismus, Epilepsie, körperlicher Erkrankungen, Haftpsychose und Psychopathie zur Aufnahme. Wegen körperlicher Kriegsschäden, Tbc, Suizidversuchen und Bombenschadens wurde je ein Patient Langenhorn zugewiesen. Drei Patienten kamen mit nicht eindeutigen Diagnosen zur Aufnahme. Unbekannt blieben 44 Einweisungsdiagnosen wegen fehlender Eintragungen oder fehlender Akten.

Formal freiwillig kamen 34 Patienten (34,3 %) zur Aufnahme, acht (8,1 %) gemäß § 42 b StGB, fünf wurden durch die Polizei eingewiesen, entweder gemäß § 22 Hamburger Verhältnissetz oder gemäß § 14,15 PVG. Drei Patienten wurden aufgrund des § 126 StPO eingewiesen, da verminderte Zurechnungsfähigkeit vorlag, sowie einer nach Kriegsgefangenenstatus. Bei 48 Patienten war der Aufnahmemodus nicht ermittelbar. Die Hauptkostenträger der Aufenthalte dieser Patienten waren in 31 Fällen (31,3 %) die Sozialfürsorge, in vier Fällen (4 %) die Krankenkasse und in einem Fall – mit Zuzahlung der Sozialfürsorge – der Rentenversicherungsträger. Sieben Patienten (7,1 %) waren Selbstzahler; in 56 Fällen (56,6 %) konnten keine Angaben ermittelt werden.

Nur bei acht Patienten gibt es in den Akten Hinweise auf Meldebogenerstellung für Berlin, von denen fünf vor und drei nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp ausgefüllt worden waren. Sterilisationen sind in zehn der vorliegenden Akten vermerkt, wobei die späteste 1944 nach einem Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes in Hamburg im Henrietten-Theresien-Stift in der Nähe Hadamars durchgeführt wurde.

In Langenhorn bekamen 31 Patienten (31,3 %) Besuch oder Briefe von ihren Angehörigen, neunzehn (19,2 %) hatten keinen Kontakt zu ihnen, vier waren ohne Angehörige. In 23 Fällen (23,2 %) schrieben die Angehörigen nach dem Abtransport der Patienten nach Scheuern oder Hadamar, vier besuchten sie sogar dort. In sieben Fällen (7,1 %) wandten sich Angehörige mit Anfragen, die den Tod der Männer betrafen, an die jeweilige Anstalt. Einige Hamburger Angehörige begannen somit offenbar, sich nach dem Abtransport um ihre Kranken zu kümmern, oder erfuhr erst im nachhinein, wohin sie eigentlich verlegt worden waren. Häufig war es so, daß die Angehörigen äußerst erstaunt darüber waren, ihre Kranken in weit von Hamburg entfernten Irrenanstalten wiederzufinden. Vier Kranke verloren durch den Abtransport den Bezug zu ihren Angehörigen. In 52 Fällen (52,5 %) war die Frage des Angehörigenkontaktes nicht zu klären.

Insbesondere bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der Pflegeaufwendigkeit und des Verhaltens muß die Einschränkung gemacht werden, daß bei mehr als der Hälfte der Patienten keine Aussage getroffen werden konnte. Es handelt sich also jeweils um Mindestzahlen. Die Arbeitsfähigkeit war lt. Aktenlage bei 31 Patienten (31,3 %) als schlecht zu bewerten, bei zehn (10,1 %) als gut, bei fünf (5,1 %) als mittelmäßig, in 19 Fällen waren keine Zuordnungen zu treffen. Bei 33 Patienten waren keine entsprechenden Unterlagen vorhanden, um dieses Kriterium zu prüfen. Somit fehlen in 52 Fällen (52,5 %) die Möglichkeiten der Beantwortung dieser Fragestellung. Die Pflegeaufwendigkeit war bei den Patienten dieses Transportes möglicherweise nicht sehr groß. 30 Patienten (30,3 %) waren gar nicht, 22 (22,2 %) leicht und nur vier (4 %) erheblich pflegebedürftig. In zehn Fällen existierten keine Akteneintragungen, in 33 Fällen waren keine Unterlagen vorhanden, so daß diese Frage in 43,4 % der Fälle nicht beantwortet werden konnte. Das Verhalten der Patienten wurde in 33 Fällen (33,3 %) positiv bewertet, siebzehn störten bisweilen, sechs wurden z.T. als gewalttätig und erheblich störend in Langenhorn beschrieben. Auch hier lagen in 33 Fällen keine Unterlagen vor.

Die Verlegungsdiagnosen der Langenhorner Ärzte lauteten in 25 Fällen (25,3 %) (zuvor 15 Fälle) Schizophrenie; am zweithäufigsten wurden Alterserkrankungen genannt, nämlich bei elf Patienten (11,1 %) (zuvor fünf Fälle), gefolgt von progressiver Paralyse in acht Fällen (8,1 %) (zuvor bei sieben Patienten). Hirnerkrankungen mit psychischen Störungen wurden jetzt in sechs Fällen (6,1 %) (zuvor fünf Fälle), Epilepsie bei vier Patienten (4 %) (zuvor zwei Fälle), affektive Psychosen in drei Fällen (3 %) (zuvor vier Fälle) genannt. Schwachsinn wurde weiterhin wie zuvor in zwei Fällen (2 %) als Diagnose angegeben. Alkoholismus wurde in einem Fall festgestellt (bei der Einweisung in zwei Fällen). Die Psychopathiediagnose verdoppelte sich auf vier Fälle (4 %). Diagnostische For-

mulierungen wie körperliche Erkrankungen, Suizidversuch, Haftpsychose, körperlicher Kriegsschaden oder Verwirrtheit bei Bombenangriff sowie Tbc wurden als Erstnennung nicht mehr benutzt. In 35 Fällen (35,4 %) blieben die Verlegungsdiagnosen der Langenhorner Ärzte ungeklärt.

An der Verlegungsaktion nach Scheuern waren insgesamt sechs Langenhorner Ärzte beteiligt. Von den 31 Patienten, die Quickert verlegte, hatte er zuvor 21 ständig selbst behandelt. Sechs wurden ihm von Lua und vier von Kerl zugewiesen. Er machte in den meisten Fällen keine besonderen Eintragungen in die Akten vor der Verlegung nach Scheuern. Tat er es doch, so beschrieb er seine Patienten z.B. als »aggressiv, unsauber, ißt Kot«, »bei der Untersuchung von Ausländern brauchbar als Dolmetscher, unbelehrbarer Querulant, ungeheilt verlegt nach Scheuern«, »dem Personal gegenüber immer höflich, sonst leicht reizbar und gewalttätig, ungeheilt verlegt«. Lange beschrieb seine Patienten als »hinfällig, unsauber, stumpf/dement«, »war nachts laut und erregt, bekam Morphinum-Scopolamin« sowie »ungeheilt verlegt«, »in der Freizeit still, Tränen sitzen locker, wenn man auf das Vorleben zu sprechen kommt (Sitzenverbrecher)«, »ganz leichte Hausarbeit« sowie »ungeheilt verlegt nach Scheuern«. Lua schilderte seine ausgesonderten Patienten als »gereizt, streitsüchtig«, der Mann habe »ein Bild an die Wand gemalt«, »1 Patient geschlagen und getreten«, »wurde isoliert«; Herr K. wurde nach einer Malariakur, die wegen einer vorliegenden progressiven Paralyse auch bei ihm vorgenommen wurde, als »völlig dement, unsauber«, »laut und bettläufig« und »unverändert nach Scheuern« verlegt. Acht weitere Männer wurden von Knigge ausgesondert, die er als »ruhig, geordnet, fällt nicht auf«, »gut eingefügt, ruhig, hilft fleißig«, »muß dauernd beaufsichtigt werden, hat dauernd zu mäkeln, hetzt Patienten auf«, »nach Scheuern verlegt«, beschrieb. Kerl verlegte seine drei Patienten mit der Beschreibung »näßt dauernd ein, bettlägerig«, »Hirnatrophie«, »unverändert affektiv stumpf«.

Die mittlere Aufenthaltsdauer vor Abtransport nach Scheuern betrug sieben Monate, die kürzeste einen Tag; mit neun Jahren war ein Patient am längsten von allen abtransportierten Männern in Langenhorn gewesen.

Die Analyse der Zusammensetzung des Transportes ergibt kein einheitliches Bild. Zwar gab es unter den Patienten einen deutlichen Anteil, der mit den Kriterien von hohem Pflegeaufwand, geringer oder gar keiner Arbeitsfähigkeit und negativer Verhaltensbeurteilung belegt worden war; es gab aber auch zahlreiche Patienten, die zu den Ersterkrankten zählten, einen nur sehr kurzen Voraufenthalt in der Psychiatrie sowie Arbeitsfähigkeit aufwiesen und zu denen Angehörige noch Kontakt in irgendeiner Form hielten. So bleibt nur der Schluß, daß der Transport nach Scheuern wie die zeitgleichen Transporte nach Eichberg und Hadamar im

wesentlichen unter dem Druck der Ereignisse in Hamburg nach den Bombennächten in aller Eile zusammengestellt wurde, wobei die Selektionskriterien der Aktion T4 allein keine ausschlaggebende Rolle mehr spielten. Das legt auch das weiter unten angeführte Beispiel des Patienten Felix S. nahe, dessen Abtransport – wie Langenhorn wenig später attestierte – aus äußeren Umständen geschah. Dennoch bedeutete die Verlegung von Langenhorn nach Scheuern für nahezu vier Fünftel der Patienten den Tod.

### Weiterverlegungen in Reservelazarette und nach Hadamar

Wegen der fehlenden Akten ist es nicht möglich, insgesamt eine Plausibilitätsprüfung von Verhalten, Arbeitsfähigkeit und Pflegeaufwendigkeit in bezug auf die Überlebensdauer anzustellen. Aus der folgenden Darstellung der einzelnen Fälle bezüglich des weiteren Schicksals und insbesondere der Überlebensdauer wird jedoch deutlich erkennbar, daß arbeitsfähige Patienten bessere Überlebenschancen in Scheuern oder Hadamar hatten als andere.

*Tabelle 1: Das weitere Schicksal der am 7.8.1943 nach Scheuern verlegten Patienten bis zum 31.5.1945*

	insgesamt	gestorben	dort überlebt	entwichen	nach Hause entlassen	weiteres Schicksal unbekannt
In Scheuern geblieben	34	25	1	4	4	
Von Scheuern verlegt nach -Andernach	7					3
von dort weiter verlegt nach Wien	(2)					2
von dort weiter verlegt nach Eichberg/Hadamar	(2)	2				
-Hadamar	58	51	3	1	2	1
Insgesamt	99	78	4	5	6	6

Bereits zwölf Tage nach dem Abtransport aus Langenhorn nach Scheuern, am 19. August 1943, wurden sieben Patienten als Wehrmachtsangehörige weiterverlegt in das Reservelazarett Andernach (vgl. Tabelle 1). Zwei von ihnen wurden am 14. Oktober 1943 und 9. November 1943 erneut verlegt, und zwar in das Reservelazarett XI a und

### *Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

VII a nach Wien. Über ihr weiteres Schicksal ist nichts bekannt. Zwei andere Patienten, Bernhard A. und Georg B., letzterer 31 Jahre alt, wurden, da sie keine Wehrmachtsangehörige mehr waren, am 28. September 1943 von Andernach aus in die Anstalt Eichberg weiterverlegt. Vorausgegangen war, so ist es einem der Akte des Patienten B. beigefügten Schreiben zu entnehmen, eine Auskunft der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn darüber, daß es sich bei beiden Patienten nicht um Soldaten handelte. Oberarzt und Abteilungsarzt des Reservelazarettes Andernach hatten dieses in ihrem Schreiben vom 14. September 1943 der Verwaltung des Provinzialverbandes zu Wiesbaden mitgeteilt und eine Anweisung verlangt, wohin beide Kranke zu überführen seien. Auf Anordnung des Landesrates Bernotat wurden beide Patienten in die Anstalt Eichberg überführt. Eichberg wurde angewiesen, die Pflegekosten der Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten zu Berlin, Tiergartenstr. 4, in Rechnung zu stellen. Der Patient Bernhard A. starb am 24. Oktober 1943 auf dem Eichberg. Der Patient Georg B. wurde wegen Räumung Eichbergs am 16. November 1944 in die Tötungsanstalt Hadamar verlegt, wo er, nur 13 Tage überlebend, am 29. November 1944 getötet wurde. Das Schicksal der anderen nach Andernach weiterverlegten Patienten verliert sich dort.

Ein größerer Weitertransport von 39 Langenhorner Patienten aus Scheuern in die Tötungsanstalt Hadamar erfolgte am 30. September 1943. Diese Langenhorner Patienten hatten sich also etwas mehr als anderthalb Monate in Scheuern aufgehalten. Sechs von ihnen wurden im Verhalten als ruhig, sich selber versorgend beschrieben, zwanzig galten als »gehemmt«, »ständig bettlägerig«, »mit Kot« schmierend; vier Patienten wurden sehr negativ beurteilt mit Eintragungen wie »sehr aggressiv«, »gereizt« oder »macht in letzter Zeit erheblich Schwierigkeiten«. Nur ein Patient wurde sehr gut beurteilt als »eifriger Arbeiter« und als »ruhig«. Bei acht Patienten sind etwaige Verhaltensbewertungen in Scheuern wegen fehlender Unterlagen nicht ersichtlich. Ein Patient wurde nicht beurteilt.

Zwischen dem vierten und neunten Tag des Aufenthaltes in Hadamar wurden acht Patienten getötet. Drei von ihnen waren in Scheuern negativ beurteilt worden. Am elften Tag nach Aufnahme in Hadamar wurden sechs Patienten, von denen drei negativ und einer positiv beurteilt worden waren, getötet. Am zwölften Tag nach Aufnahme in der Tötungsanstalt Hadamar starben weitere neun Patienten dieses Transportes. Einer wurde sehr schlecht, die anderen ebenfalls negativ beurteilt. In der dritten bis achten Woche nach Ankunft starben wiederum acht Patienten. Von ihnen wurden fünf vom Verhalten her mit positiven Beschreibungen, zwei mit negativen beurteilt. Nach drei bzw. viereinhalb Monaten starben drei Patienten. Nach acht bis achtzehn Monaten starben drei weitere Patienten, wobei zwei von ihnen in Hadamar als sehr fleißig beschrieben

wurden. Der Patient Herbert B., war entwichen, wurde aufgegriffen, »kam zu Bett« und starb innerhalb von zwei Tagen. Er war bei seinem Tode 33 Jahre alt. Der Patient Johannes M., 43 Jahre alt, hatte anfangs »in der Abteilung geholfen«, war den Eintragungen gemäß unruhig geworden und »kam zu Bett«, starb ebenfalls innerhalb weniger Tage. Der Patient Rudolf M., bei seinem Tode 46 Jahre alt, hat möglicherweise nur einen längeren Zeitraum überlebt, weil der leitende Arzt Dr. Adolf Wahlmann ein längeres Ehescheidungsgutachten den Patienten betreffend zu erstatten hatte. Zwei Patienten dieses Weitertransportes überlebten. Alexander G., der zuvor in der Kolonne gearbeitet hatte, konnte am 11. Oktober 1943 entweichen. Heinrich M. wurde am 23. November 1943 von Angehörigen abgeholt.

Am 3. November 1943 wurden sechs Langenhorner Patienten von Scheuern nach Hadamar verlegt. Alle Patienten, darunter zwei Kriegsgefangene, starben in der Ziellanstalt.

Am 17. Mai 1944 kamen zwei weitere Patienten nach Hadamar. Beide waren von Dr. Thiel in Scheuern äußerst negativ beurteilt worden. Der 23jährige Patient Heinz-Otto D., wurde »mit Genehmigung aus Wiesbaden« verlegt, »da er in letzter Zeit erhebliche Schwierigkeiten bereitete«. Dieser Patient starb nach acht Monaten. Nach vier Monaten starb der von Thiel als Querulant, der ständig Beschwerdebriefe schreibe, beurteilte 52jährige Patient Hermann R. Er sei nicht mehr zu überwachen gewesen und wegen der Personalknappheit nach Hadamar verlegt worden. Einem Brief an die Ehefrau, geschrieben von Wahlmann, ist zu entnehmen, daß der Patient sehr fleißig gearbeitet habe, nach einer Knieverletzung »zu Bett« gekommen sei und daß Lebensgefahr bestehe. Der Patient starb an »Blutvergiftung«. Am 18. Mai 1944 wurde Anatolij S. nach Hadamar verlegt. Er starb am 23. Mai 1944, nur fünf Tage nach der Verlegung, an »Grippe«.

Relativ spät, am 2. September 1944, ging ein weiterer Transport von neun Langenhorner Patienten von Scheuern nach Hadamar ab. Über das Schicksal eines der Kranken ist nichts bekannt. Vier Männer starben nach 18 bis 20 Tagen des Aufenthaltes in Hadamar. Patient Walter S., 34 Jahre alt, wurde als »arbeitswillig« und »meist heiter« in Scheuern beschrieben, jedoch als nicht produktive Arbeit leistend. Patient Magnus R., 49 Jahre alt, war in Scheuern »arbeitsunfähig« und »verworren«. Es war ihm gelungen, im April 1944 zunächst zu entweichen, er wurde jedoch aufgegriffen und wie seine Mitpatienten »wegen Räumung« nach Hadamar verlegt. Patient Gustav W., 69 Jahre alt, offensichtlich an Herzinsuffizienz leidend, wurde als den ganzen Tag querulierend und als »sehr hilflos« beschrieben. Vier Patienten dieses Transportes überlebten. Ihren Akten ist zu entnehmen, daß sie ausgesprochen fleißig in der Scheuern zugehörigen Mühle Langau sowie auf dem Gut Schnepfenhausen gearbeitet

## *Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

hatten. Patient Walter G., 36 Jahre alt bei Entlassung, über den keine Akteneintragungen Wahlmanns bestehen, berichtete nach Kriegsende dem neuen Direktor Hadamars, er habe früher Bücher über den Reichstagsbrand vertrieben, sei deswegen in Haft gewesen und habe dort »jahrelang trocken Brot« bekommen. Er entwich im Mai 1945 aus Hadamar, wurde aufgegriffen, dann jedoch endgültig entlassen. Der neue Ärztliche Direktor Hadamars setzte sich für diese Entlassung ein und machte deutlich, daß der Patient aus politischen Gründen in Haft gewesen und zwangsuntergebracht war. Der schon in Scheuern als sehr fleißig beschriebene Patient Julius B. wurde im Alter von 75 Jahren am 10. Oktober 1944 aus Hadamar entlassen. Er war wegen »Sittlichkeitsverbrechens« in der Anstalt und kam schließlich auf Anordnung der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt frei. Der Patient Erich P., bei Entlassung 42 Jahre alt, arbeitete in Scheuern sehr fleißig, er war »mit Hof- und Gartenarbeiten beschäftigt«. Er wurde am 21. Januar 1944 im Krankenhaus Nassau sterilisiert. Die häufigen Bitten seiner Ehefrau um Entlassung wurden ständig zurückgewiesen, erst nach dem Kriegsende ging man darauf ein und entließ den Kranken am 8. Dezember 1945. Der Patient Arnold M. wurde, wie man Briefen entnehmen kann, am 1. September 1952 nach Ilten verlegt.

Als letzter Patient wurde am 22. September 1944 Herr Josef E. im Alter von 51 Jahren von Scheuern nach Hadamar verlegt. Herr E., von Beruf ehemals Korrespondent, war gerichtlich untergebracht und in Langenhorn als »unauffällig und fleißig« beschrieben worden, jedoch auch »als unbelehrbarer Querulant«, weil er die »Gerichte ständig mit Entlassungswünschen bombardierte«; er war in Langenhorn als Dolmetscher bei der Untersuchung von Ausländern gebraucht worden. In Scheuern galt er als »willig« und machte »keine Schwierigkeiten«. Er entwich am 20. Oktober 1943 aus Langau, wo er gearbeitet hatte und wurde am 2. September 1944 »wieder festgenommen«, woraufhin Thiel bei Bernotat seine Verlegung nach Hadamar beantragte. In Hadamar wurde er zunächst »im Bett gehalten«. Er starb innerhalb von zwölf Tagen, am 4. Oktober 1944, an »Pneumonie«.

Insgesamt 25 der Langenhorner Patienten starben in Scheuern, vier von ihnen bereits innerhalb des ersten Monats nach ihrer Ankunft dort. Bereits bewußtlos war in Scheuern der 40jährige Theodor P. eingeliefert worden, der während des Transports von einem Hamburger Pfleger lt. Thiel »eine Spritze« bekommen hatte. Das Medikament war ungewiß. Er starb sofort nach Ankunft in der Zielanstalt. »Nach Rücksprache mit dem Amtsarzt« entschied sich Thiel für die Todesursache »Erschöpfung«. Die meisten der in Scheuern verbliebenen Patienten starben dort nach einem Aufenthalt von bis zu einem halben Jahr. Insgesamt handelte es sich bei den in diesem Zeitraum Gestorbenen um eine Gruppe von 15 Patien-

ten. Nur in einem Fall liegen einige Aktenunterlagen zur Auswertung vor, nämlich von Robert O., der am 22. September 1943 in Scheuern im Alter von 40 Jahren starb. Er war von Beruf Lagerarbeiter, verheiratet, kinderlos und lebte mit seiner Ehefrau in Hamburg. Am 2. April 1943 war er aus unklaren Gründen in die Psychiatrische und Nervenklinik eingewiesen und am 4. Mai 1943 nach Langenhorn verlegt worden. Er wurde in das Männerhaus 19 in Langenhorn eingewiesen. Aufgenommen wurde er hier von Quickert, der ihn als orientiert, gedrückt und gehemmt, mit leiser Stimme sprechend und als »hypochondrisch klagend« beschrieb. Die letzte Eintragung Langenhorns vom 26. Mai 1943 lautete: »das gleiche ängstlich gedrückte Wesen, steht wortlos umher, ohne Kontakt mit seiner Umgebung, bringt stets dieselben Klagen vor«. Als Verlegungsdiagnose wurde in Langenhorn »präsenile Demenz« eingetragen. In Scheuern wurden drei Aktenvermerke gemacht, die, nach Art der Schreibweise zu urteilen, wohl en bloc gefertigt sind: »8. 8. 43 Aufnahme mit Sammeltransport, sieht elend und hinfällig aus. Ruhig, ängstlich kein Konnex mit den anderen Patienten. 10.9.43 Sehr hinfällig, über sämtlichen Ostien syst. und diast. Geräusche, Stauungsleber, starke Ödeme, leichte Zyano-se. 22.9.43 Kam heute nachmittag nach zunehmender Verschlimmerung des Herzbefundes plötzlich ad exitum (Coronarembolie?) (Todesursache: Endokarditis).« Unterscriben wurden diese Eintragungen von Thiel.

Nach einem Aufenthalt in Scheuern bis zu einem Jahr verstarben fünf weitere Patienten. Nur über den 31jährigen Albert J. ist eine Krankenakte vorhanden. Er war 1939 über die Psychiatrische und Nervenklinik wegen einer Manie in Langenhorn zur Aufnahme gekommen, auch litt er an zunächst geschlossener Lungentuberkulose, aufgrund derer er einen Pneumothorax bekommen hatte. Er wurde als »bettlägerig«, »unsauber« und mit »nur wenig Nahrungsaufnahme« beschrieben, kam »unverändert« nach Scheuern. Er wurde dort als »nicht beschäftigungsfähig« eingestuft, »sich allerdings selbst versorgend«. Herr J. starb am 18. Mai 1944 an »hochgradiger Lungentuberkulose«, nachdem er nach einer Thorax-Durchleuchtung bei hochaktiver exsudativcavernöser Lungentuberkulose als »infaust« und »Isolierfall« eingestuft worden war. Der Radiologe äußerte sich dahingehend, daß es sich bei Herrn J. »um einen der bereits besprochenen Langau-Fälle« handelte. Es ist hieraus zu schließen, daß offensichtlich häufiger bei Patienten, die in der Langauer Mühle arbeiteten, Tbc-Fälle auftraten.

Noch bevor der erste große Weitertransport von Scheuern am 30. September 1943 nach Hadamar abging, wurden drei Patienten entlassen; insgesamt fanden nur fünf Entlassungen statt, davon eine nachträglich, nachdem der Patient kurz zuvor entwichen war. In zwei der drei früheren Entlassungen belegen Unterlagen, daß sich Angehörige alsbald und intensiv darum bemüht hatten, aber auch im dritten Fall lassen Hinweise



## *Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

eine Intervention von Angehörigen vermuten. Der Patient Felix S., 58 Jahre alt, wurde bereits am 10. August 1943 von seiner Verlobten abgeholt. Sie brachte ein ärztliches Attest aus Langenhorn mit, in dem bescheinigt wurde, daß eine häusliche Pflege bei ihr möglich sei. Felix S. sei aus äußeren Umständen verlegt worden, und gegen seine Entlassung bestünden keine Bedenken. Erst 1950 wurde der Patient erneut in Langenhorn aufgenommen. Die Ehefrau des Patienten Richard F., der 56 Jahre alt war, kam am 9. September 1943 nach Scheuern, wo ihr geraten wurde, in Wiesbaden beim Landesrat Bernotat vorstellig zu werden. Sie erwarb dort das Einverständnis zur Entlassung ihres Mannes am 11. September 1943.

Vier Patienten gelang die Flucht aus Scheuern, zweien im Oktober 1943 und zwei weiteren im März 1945. Bezeichnenderweise fand die erste Flucht kurz nach dem ersten Abtransport nach Hadamar statt. Der Patient Ernst K., ein 39-jähriger Strafgefangener aus dem Zuchthaus Fuhlsbüttel, hatte erfahren, daß er ebenfalls nach Hadamar oder Eichberg verlegt werden sollte. Er entwich am 4. Oktober 1943, wurde aber wieder aufgegriffen und am 11. November 1943 in Langenhorn eingewiesen, das ihn von dort »in die Haft« entließ. Der Patient Wilhelm K., 49 Jahre alt, hatte bereits in Langenhorn ständig um Entlassung gebeten. Nachdem seine Bitten auch in Scheuern kein Gehör fanden, entfloh er am 21. Oktober 1943. Zwei Tage später wurde er aufgegriffen und in Langenhorn eingeliefert. Dort war er als Pflegling des Hauses 18 mit Rüstungsarbeiten bis April 1945 beschäftigt. 1951 wurde er in die Privatanstalt Iltten entlassen. Bei den beiden Entweichungsfällen vom März 1945 handelt es sich einmal um jenen schon erwähnten Patienten, dessen Entlassung vier Tage nach seiner Flucht rückwirkend verfügt wurde, zum anderen um einen Professor für Geschichte, der bereits einen längeren Anstaltsaufenthalt hinter sich hatte.

### **Einzelchicksale**

Die folgenden Fallbeispiele können vielleicht stellvertretend das Schicksal der nach Scheuern verlegten und dann in Hadamar ermordeten Patienten vor Augen führen.

Der Arbeiter Andreas D. war am 20. August 1942 im Alter von 46 Jahren in Langenhorn aufgenommen worden. Er war verheiratet und lebte mit seiner Ehefrau in Hamburg-Rahlstedt. Übernommen wurde er aus dem der Universitätsklinik Eppendorf angegliederten Hilfskrankenhaus Kaiser-Friedrich-Ufer. Andreas D. war erregt, wurde als gestikulierend und abgelenkt beschrieben, mit »von Gehobenheit bis ins Weinerliche« umschlagenden Stimmungslagen. Bereits 1937 war bei dem Patienten in der Psychiatrischen und Nervenlinik wegen cerebellärer Störungen, pa-

thologischer Reflexe und einer Spastik die Diagnose »Multiple Sklerose« gestellt worden. Angaben der Ehefrau zufolge hatte das Ehepaar 1/4 Jahr vor der Einlieferung des Mannes in das Hilfskrankenhaus seine Tochter während der »Kinderlandverschickung« verloren. Zuvor habe der Ehemann schon einen totalen Bombenschaden erlitten, sei verschüttet gewesen und habe unmittelbar nach dieser Verschüttung eine traurige Verstimmung entwickelt, die später, so der Stationsarzt Kerl, in ein vorwiegend hypomanisches Zustandsbild umgeschlagen sei. Andreas D. hatte sich selbst zur Krankenhausaufnahme gemeldet, nachdem er bis zuletzt gearbeitet hatte. Obgleich sich die Ehefrau während seines Langenhorner Aufenthaltes um ihn kümmerte, wurde er ohne weitere Eintragung am 7. August 1943 nach Scheuern verlegt. Er wurde dort mit den Worten: »Meist depressiv, weint viel, fügt sich aber im Großen und Ganzen gut ein, macht keine besonderen Schwierigkeiten« beschrieben. Mit einem größeren Transport wurde er am 30. September 1943 »anordnungsgemäß« nach Hadamar weiterverlegt, starb wenige Tage später am 11. Oktober 1943 an »Apoplexie«.

Karl-Heinz J. wurde als Jugendlicher im Alter von 13 Jahren am 11. August 1942 in Langenhorn aufgenommen. Seiner Akte ist ein Lebenslauf als Auszug aus der Jugendamtsakte beigelegt. Der Junge wird hierin äußerst negativ beurteilt. J.'s Eltern waren geschieden, die Mutter wiederverheiratet. Der Junge, zunächst bei den Eltern, dann bei der Großmutter aufgewachsen, kam im Juli 1937 in ein Heim. Erst 1940 wurde er zu Mutter und Stiefvater entlassen. 1941 hätten die Schwierigkeiten angefangen. J. habe Gardinen angesteckt, Nachbarn Geld entwendet und Lebensmittelkarten verschoben. Bereits während seines Aufenthaltes im staatlichen Erziehungsheim habe er sich »herumgetrieben«, die Feuerwehr fälschlich alarmiert und sich »an kleinen Mädchen vergangen«. Er sei damals als »gemeingefährlich Schwachsinniger« für eine Verwahrung vorgesehen worden. Die fehlgeschlagene Entlassung zu den Eltern führte zur Einweisung nach Langenhorn. J.'s Charakter wurde als »unbeeinflussbar, unruhig, zänkisch, rechthaberisch, unzuverlässig« geschildert. Dreimal sei er aus dem Heim entlaufen. Er sei »verbissen und trotzig«, zu »gütlichen Regungen« sei er »so gut wie gar nicht fähig« und zeige »keine Reue«. Er handele »triebhaft« und sei »ausgesprochen asozial«. J. wurde als »mittelgradig schwachsinniger, erethischer, gemütsarmer Psychopath« bereits im Alter von 13 Jahren bezeichnet. Die Erziehungsprognose wurde als »schlecht« beurteilt, die »Bewahrung als gemeingefährlicher Schwachsinniger« wurde als angezeigt erachtet. J., 146 cm groß und 33 kg schwer, wurde in Langenhorn als »schwächlicher und blasser Junge« beschrieben. Lua, der ihn ins Männerhaus M 14 aufnahm, fand ihn »etwas vorlaut«, bemerkte jedoch positiv, daß er nicht einnässe und sich sauber halte. J. wurde in der Flickstube beschäftigt, wo er Wollab-

## *Zwischenanstalten in der zweiten Phase*

fälle an sich nahm, um sie seiner Mutter beim nächsten Besuch mitzugeben. Im November 1942 entwich er auf dem Weg in die Nähstube, lief zu Fuß von Langenhorn ins Stadttinnere, wurde von seinem Pflegevater zurückgebracht und berichtete, er sei entlaufen, »weil es ihm in Langenhorn nicht gefalle«. Lua hatte den Eindruck, daß J. Ermahnungen »scheinbar einsichtig« hinnehme, was jedoch ohne Erfolg wäre. Kurz vor Weihnachten 1942 schrieb J.'s Mutter an die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn und bat vergeblich darum, den Jungen vorübergehend für die Festtage zu beurlauben. Gleichzeitig bat sie um Verlegung des Jungen in das Heim Alstertal, damit er wieder in die Schule gehen könne. Der Junge versuchte in dieser Zeit, unter dem Zaun ein Loch zu graben, um erneut fortlaufen zu können. Lua verlegte ihn aus diesem Grund in das geschlossene Männerhaus 19, wo er »nur Unfug« machte und »nicht zu beschäftigen« war, so daß er im Juli 1943, eine Woche vor seinem Abtransport, in Haus 14 zurückverlegt wurde. Ohne weitere Eintragung wurde er am 7. August 1943 in die Erziehungsanstalt Scheuern verlegt. Die Eintragung vom 30. September 1943 durch Dr. Thiel, die seinen Weitertransport in die Tötungsanstalt Hadamar begleitete, lautete: »Lungert auf der Abt. herum, ist zu keiner Beschäftigung zu gebrauchen. Hatte sich jetzt einen Plan zur Entweichung zurechtgedacht, wollte durchs Oberlicht aufs Dach, dann den Blitzableiter runter. Der Plan wurde von einem anderen Pat., den er zum Mitmachen aufgefordert hatte, verraten. J. gab seinen Plan dann unumwunden zu. Wird heute nach Hadamar verlegt.« Bereits zwölf Tage später war J. tot. Die Eintragungen Wahlmanns vom 12. Oktober 1943 lauten: »Steht seit einigen Tagen auf. Es kommen Klagen, daß er dauernd stiehlt. Erkrankt plötzlich an Blinddarmentzündung mit Peritonitis. Mutter ist benachrichtigt. Exitus an Peritonitis.« Diese Eintragungen fallen alle unter das gleiche Datum.

Der Zimmerer Walter P., 35 Jahre alt, wurde am 25. November 1943 aus dem Reservelazarett 5 in Hamburg mit der Diagnose »progressive Paralyse und Commotio cerebri« nach Langenhorn eingewiesen. Er war ledig und hatte lt. Krankenakte nie zuvor eine Geschlechtskrankheit gehabt. Offensichtlich war er gerade mit einem Verwundetenzug wegen Kopfverletzungen eingewiesen worden. Lua, der aufnehmende Arzt, stellte bei Walter P. eine unzusammenhängende zeitliche Schilderung der letzten Vorgänge mit z.T. sich widersprechenden Angaben sowie einem deutlichen Silbenstolpern fest. Innere Verletzungen wurden nicht festgestellt. Weiterverlegt nach M 9, bescheinigte ihm Knigge eine »schlafte, unmiteliterische Haltung«. Der Patient komme mit »schlürfenden Schritten in das Zimmer« und sähe auffallend anämisch aus. Seine Gesichtszüge seien dabei schlaff und ausdruckslos, er mache einen stumpfen, fast schwerbesinnlichen Eindruck. Er habe freundlich und zutraulich Auskunft gegeben und sich subjektiv gesund gefühlt. Im Dezember 1942 wurde Wal-

ter P. mit Malaria tertiana durch Blut vom Patienten Cz. geimpft. Psychisch, so wurde vermerkt, sei P. völlig dement, gleichgültig, ziellos bei euphorischer Stimmungslage und unsauber. Das Fieber wurde mit Pyripher provoziert, wodurch es in der Folge zu mehreren Fieberzacken bis 41° C kam. Insgesamt erhielt Walter P. 5 g Chinin. Im Anschluß daran, im Februar 1943, begann eine kombinierte Salvarsan- und Schmierkur. Psychisch sei P. jetzt aufgelockerter und reger, dabei weniger stimmungslabil, auch soll er »prompt und im Ganzen genauere Auskunft« gegeben haben. Im April 1943 war Walter P. zunehmend unsicher auf den Füßen »und hinfälliger«, dabei »verwirrt und ängstlich«. Die Sprache sei »umständlich«, auch sei der Patient unsauber und nässe ein. Wegen »Bettflüchtigkeit« wurde er in das geschlossene Männerhaus M 18 verlegt. Ohne weitere Eintragung wurde er dann in die Heilerziehungs- und Pflegeanstalt Scheuern abtransportiert. Er wurde dort im September als unruhig, verworren, häufig unsauber und mit Kot schmierend beschrieben. Er kam am 30. September 1943 »anordnungsgemäß nach LHA Hadamar«. Bereits acht Tage später wurde in Hadamar folgende Akteneintragung gemacht: »Paralytischer Verfall, ganz unsozial. Paralytische Krämpfe. Mutter ist benachrichtigt. 9. 10. 1943 exitus an Marasmus paralyticus.«

**Anmerkungen**

- 1 Bei den nachfolgenden Ausführungen handelt es sich um einen Auszug aus meiner Dissertation von 1993, vorgelegt der Universität Heidelberg unter dem Titel »Die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in Hamburg und ihre Rolle bei den Abtransporten psychisch Kranker in Tötungsanstalten im Jahre 1943«.
- 2 Vgl. Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 67.
- 3 Ebd., S. 268.
- 4 Ebd., S. 399.
- 5 Die Prozentangaben beziehen sich hier wie im folgenden auf die Gesamtzahl von 99 Patienten.

# **VI. VERLEGUNGEN IN TÖTUNGS- ANSTALTEN NACH DEM OFFIZIELLEN EUTHANASIE-STOPP**

Renate Otto

## **1. Verschärfung der Katastrophenpolitik – Transporte in die Tötungsanstalt Hadamar**

Die massierten Abtransporte im Frühjahr und Frühsommer 1943 insbesondere in die Tötungsanstalten Meseritz-Obrawalde und Hadamar müssen im unmittelbaren Zusammenhang mit den seit Anfang des Jahres betriebenen Planungen für den Groß-Katastrophen-Fall gesehen werden.<sup>1</sup> Sie führten zusammen mit den Transporten unmittelbar nach den schwersten Luftangriffen auf Hamburg vom 25. Juli bis 3. August 1943 dazu, daß 1943 so viele Patienten aus Langenhorn abtransportiert wurden wie in keinem anderen Jahr.<sup>2</sup> Dabei fällt auf, daß sich die Direkttransporte in die Tötungsanstalt Hadamar auf den Sommer 1943 konzentrierten, während die Transporte in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde vornehmlich im Frühjahr und Herbst 1943 durchgeführt wurden. Darüber hinaus gingen dann noch drei weitere Transporte nach Meseritz im Januar, Februar und Mai 1944 ab.

### **Die Tötungsanstalt Hadamar und die Direkttransporte aus Langenhorn**

In der Zeit von Ende November 1940 bis Mitte Januar 1941 wurde die Landesheilanstalt Hadamar für die Aktion T4 umgebaut, um die Tötungen der Patienten mit Gas durchführen zu können. Die Anstalt wurde in zwei Bereiche aufgeteilt, wobei die eigentliche Tötungsanstalt auf dem Mönchberg und die andere als Bezirksanstalt auf dem Gut Schnepfenhausen lag. Die Anstalt auf dem Mönchberg wurde von Patienten geräumt, auf dem Hofgut hingegen lebten weiterhin nicht behandlungsbedürftige, arbeitsfähige Kranke, zu

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

denen später noch Patienten kamen, die in der Tötungsanstalt Hadamar von der Tötung zurückgestellt worden waren. In der Anstalt auf dem Mönchberg wurden neben der Gaskammer, die heute noch steht, Verbrennungsöfen gebaut, auch Kammern für die Kleider der Ermordeten eingerichtet.

Die Abteilung, in der die Tötungen begangen wurden und in der ca. 25 Personen beschäftigt waren, unterstand bis Juni 1941 Dr. Ernst Baumhardt, zuvor Direktor der Anstalt Grafeneck, und ab Juni dem Oberstabsarzt Dr. Friedrich Berner. Stellvertreter waren Dr. Günter Hennecke und ab Juni 1941 Dr. Bodo Gorgaß.<sup>3</sup> Ab August 1942 war Dr. Adolf Wahlmann ärztlicher Leiter der Tötungsanstalt, in der er bereits von 1933 bis 1936 tätig gewesen war. Nach seiner Versetzung in den Ruhestand 1936 wurde er im Juni 1940 zurückberufen und zunächst als Oberarzt in Weilmünster eingesetzt, bevor er dann die Leitung Hadamars übernahm.<sup>4</sup> Verantwortlich für die Tötungsanstalt in verwaltungsmäßiger Hinsicht waren der Verwaltungsinspektor Alfons Klein, der seit 1932 bereits leitender Verwaltungsbeamter in Hadamar war, sowie Landesrat Fritz Bernotat, Dezernent für Anstaltswesen im Bezirksverband Nassau seit 1937. Beide arbeiteten eng zusammen.

Zwischenanstalten während der Aktion T4 waren die umliegenden Anstalten des Bezirksverbandes Hessen-Nassau Herborn, Eichberg, Weilmünster sowie die private Heilerziehungsanstalt Kalmenhof und die Anstalt der Inneren Mission Scheuern. Die dorthin transportierten Patienten verblieben überwiegend nur wenige Wochen in diesen Anstalten, bevor sie nach Hadamar abgeholt wurden.<sup>5</sup>

Das Einzugsgebiet der Tötungsanstalt Hadamar vergrößerte sich in der zweiten Phase der Euthanasie, so daß nun auch aus anderen Gegenden, u.a. aus Langenhorn, Patienten hierher verlegt wurden. Nachdem die Rheinprovinzen und die Provinz Westfalen in die Tötungsaktion einbezogen worden waren, fungierten dann auch die Provinzial-, Heil- und Pflegeanstalten Andernach und Galkhausen bei Langenfeld, die zuvor von ihren Patienten geräumt worden waren, als Zwischenanstalten. Aus der badischen Staatlichen Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch bei Heidelberg und der Staatlichen Heilanstalt Weinsberg bei Heilbronn kamen ebenfalls Transporte mit Patienten, die zuvor zur Ermordung ausgesucht und in Berlin auf Verlegungslisten vermerkt worden waren.

Die in Hadamar eintreffenden Patienten wurden in einen Warteraum geführt, in dem sie sich ausziehen mußten. Gorgaß und Berner untersuchten die Patienten, nach Angaben von Gorgaß innerhalb von zwei bis drei Minuten. Zur Unterlage dienten, falls vorhanden und mitgegeben, Krankengeschichte und Meldebogen. Nebenher vermerkten die Ärzte noch die zum Fall passende, auf dem Standesamt einzutragende Todesursache, die dann später und folglich auch in den hier zu untersuchenden Fällen von Wahlmann eingetragen wurde.<sup>6</sup> Häufig dichtgedrängt wurden die Patienten dann in die Gaskammern gesperrt und dort mit Kohlenmonoxid getötet. Im Anschluß

hieran wurden sie zum Teil seziert, die Gehirne u.a. an die Universitäts- und Nervenklinik Frankfurt geschickt; nach Ausbrechen der Goldzähne wurden die Menschen dann verbrannt.<sup>7</sup> Zurückgestellt von der Tötung wurden nur wenige der Patienten, letztlich die, die fleißig arbeiten konnten, auch Soldaten des Ersten und Zweiten Weltkrieges und nicht zuletzt Angehörige von hochstehenden Persönlichkeiten, wie eine Sekretärin der T4-Zentrale in ihrer Vernehmung vom 9. September 1960 angab.<sup>8</sup>

Nach dem Tod der Patienten wurde darauf geachtet, daß eine passende Todesursache angegeben wurde. Den Ärzten stand für diesen Zweck eine Liste zur Verfügung. Bei einem Gesichtsfurunkel konnte etwa »Blutvergiftung« angegeben werden. Bevorzugt werden sollte gerade diese Diagnose z.B. bei »jungen kräftigen Patienten, die leicht schmieren«.<sup>9</sup> Es sollte weiter darauf geachtet werden, daß der Zeitraum zwischen »Erkrankung« und Tod nicht zu kurz war. Das Todesdatum war häufig gefälscht, es wurde wegen der zu meist transportweise durchgeführten Tötungen darauf geachtet, daß nicht mehrere Todesmeldungen an den gleichen Ort abgingen. Zur Vermeidung dieses Umstandes gab es in der Verwaltung Hadamars eine »Absteckabteilung«; der Herkunftsort der Patienten war farbig gekennzeichnet. Das gefälschte Todesdatum wurde Berlin mitgeteilt, Kostenträger erstatteten teilweise so Pflegegelder für Patienten, die schon lange tot waren.<sup>10</sup> Die Benachrichtigung von Angehörigen, der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zu ihnen und die Korrespondenz z.B. um Urnen- oder Leichenüberführungen soll später in dieser Untersuchung anhand von Fallbeispielen geschildert werden.

In der Zeit dieser Anstaltstötungen wurden die Patienten nahezu wöchentlich ausgesucht, sie bekamen Medikamente wie Morphinum-Scopolamin, deren Gabe sofortigen Atemstillstand oder Atemdepression mit anschließender tödlicher Lungenentzündung nach sich zog. Andere kamen durch Mangelernährung oder durch die schlechten hygienischen Bedingungen ums Leben.

Im Juni, Juli und August 1943 erfolgten aus Langenhorn insgesamt sechs Transporte mit zusammen 347 ausschließlich weiblichen Kranken. Den Anstoß dazu gab der in der Gesundheitsbehörde für die Verlegungen zuständige Senatsdirektor Dr. Struve. Er unterrichtete die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn über ein Telefonat mit Herrn Siebert von der Krankentransportgesellschaft in Berlin vom 11. Juni 1943, wonach 200 Frauen und 100 Männer nach Hadamar verlegt werden könnten. Er wies darauf hin, daß Hadamar »äußerst primitiv sei und in den Kreis der Anstalten der Sonderaktionen gehöre«. Damit machte er Langenhorn indirekt auf den besonderen Charakter dieser Aktion aufmerksam. Struve empfahl, zunächst einen »Transport von 60 Frauen (schwersten Fällen) demgemäß mit Vorsicht auszusuchen, den Transport selbst zu führen und einen persönlichen Eindruck von der Anstalt zu gewinnen«.<sup>11</sup>

Die Transporte vom 22. Juni, 21. Juli und 7. August 1943 sollen im folgen-



den ausführlich untersucht werden. Für sie werden neben den Grunddaten auch Informationen über Aufnahmemodalitäten, Kostenträger des Aufenthaltes in Langenhorn, Einweisungsdiagnosen, Familienstand, Kontakt zu Angehörigen sowie über Kriterien wie Verhaltensbeurteilung, Pflegeaufwendigkeit, Arbeitsleistung und über die verlegenden Ärzte und ihre prognostischen Einschätzungen zusammengestellt. Selbst die Todesursachen, mögen sie auch gefälscht sein, sind über diese Menschen bekannt. An die allgemeine Beschreibung der Transporte schließen sich jeweils Fallbeispiele an, um die menschlichen Schicksale zu erhellen, die im einzelnen mit den Daten dieser von den Ärzten dem Tod überantworteten Gruppe von Kranken verbunden sind. An ihnen wird darüber hinaus deutlich, daß zur Zeit der Transporte nach Hadamar im Sommer 1943 eine systematische Anwendung der ursprünglichen Selektionskriterien der Aktion T4 nicht mehr erkennbar ist. In ganz unterschiedlicher Weise tritt die Tatsache der psychischen Erkrankung hinter Nützlichkeitsabwägungen zurück. Es bleibt so zur Erklärung für Selektion und Abtransport vielfach nur der überindividuelle Aspekt der Marginalisierung einer ganzen Randgruppe unter den sich verschärfenden Bedingungen einer Kriegswirtschaft und des Bombenkrieges. Am Ende folgt dann eine vergleichende Darstellung aller sechs Hadamar-Transporte.

### **Der Transport vom 22. Juni 1943 – allgemeine Beschreibung und Einzelschicksale**

Der Transport vom 22. Juni 1943 verließ Langenhorn mit 49 Patientinnen. Es liegen in 46 Fällen die Akten vor. Eine Patientin war minderjährig; zwischen 21 und 40 Jahren alt waren 15 Frauen (30,6 %), zwischen 41 und 60 Jahren 19 (38,8 %) und zwischen 61 und 80 Jahren zwölf Patientinnen (24,5 %). Älter als 80 Jahre waren zwei der Abtransportierten (4,1 %). Insgesamt waren 28,6 % der Patientinnen älter als 60 Jahre. Die jüngste Patientin war 17, die älteste 86 Jahre alt. Das mittlere Alter lag bei diesem Transport bei 48 Jahren (vgl. Tabelle 1).<sup>12</sup>

17 dieser Frauen (34,7 %) waren ledig, 15 (30,6 %) geschieden oder verwitwet, 14 (28,6 %) waren verheiratet (vgl. Tabelle 3). Eingewiesen nach Langenhorn wurden die Patientinnen dieses Junitransportes hauptsächlich durch die Psychiatrische und Nervenklinik der Hansischen Universität, insgesamt 31 Patientinnen (63,3 %), die übrigen verteilten sich zu nahezu gleichen Teilen auf die Einweiser Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, Hamburger Versorgungsheime und niedergelassene Ärzte (vgl. Tabelle 2).

Haupteinweisungsdiagnosen waren in 16 Fällen (32,7 %) Schizophrenie sowie in zwölf Fällen (24,5 %) Alterserkrankungen verbunden mit psychischen Störungen. Neben weiteren psychischen Erkrankungen für jeweils zwei bzw. drei Patientinnen wurde bereits im Juni 1943, also vor den besonders schweren Bombenangriffen auf Hamburg, in einem Fall als Diagnose

»Verwirrung bei Bombenschaden« genannt (vgl. Tabelle 5). Formal freiwillig kamen 39 Frauen (79,6 %) dieses Transportes zur Aufnahme nach Langenhorn sowie fünf (10,2 %) gemäß § 22 des Hamburger Verhältnissesgesetzes »zur eigenen Sicherheit« oder »im Interesse der Öffentlichkeit«, eine weitere gemäß den entsprechenden §§ 14 und 15 Polizeivollzugsgesetz. Bei einer Patientin handelte es sich um eine Kriegsgefangene (vgl. Tabelle 6). Hauptsächlich Kostenträger war für 34 Patientinnen (69,4 %) die Sozialbehörde, für sechs Patientinnen (12,2 %) die Rentenversicherungsträger (z.T. unter Herabsetzung des Kostensatzes), für eine Patientin die Krankenkasse. Vier Patientinnen (8,2 %) waren Selbstzahlerinnen, wobei Langenhorn in zwei Fällen einen Teil der Kosten für den Aufenthalt senkte. Für vier war der Kostenträger unbekannt (8,2 %). Meldebögen für die »Reichsarbeitsgemeinschaft« in Berlin wurden offensichtlich für 20 Frauen (40,8 %) ausgefüllt, wobei 13 (26,5 %) vor und sieben (14,3 %) nach dem offiziellen Stopp der ersten Tötungsaktion am 24. August 1941 versandt wurden. Nachweislich waren acht Frauen (16,3 %) zwischen 1934 und 1936 u.a. in den Krankenhäusern Eilbek, Finkenau und dem Universitätskrankenhaus Eppendorf sterilisiert worden. Bei einer Patientin hatte das Hamburgische Erbgesundheitsgericht den Sterilisationsantrag wegen mangelnder Fortpflanzungsfähigkeit der 51jährigen Frau abgelehnt.

Einen Aufenthalt in der Psychiatrie vor Einlieferung in Langenhorn hatten 38 Frauen (77,6 %), von ihnen gehörten zehn (20,4 %) zur Gruppe der Langzeitpatientinnen. Zu den Ersterkrankten zählten mindestens 30 Frauen (61,2 %) (vgl. Tabelle 13). Die längste Aufenthaltsdauer in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn selbst betrug vor dem Abtransport 26 Jahre, die geringste zwei Wochen. Durch die Behandlung in Langenhorn waren unter Berücksichtigung der Voraufenthalte in der Psychiatrie zum Zeitpunkt der Verlegung mindestens 26 Frauen (53,1 %) Langzeitpatientinnen, dagegen sank der Anteil der Ersterkrankten auf neun Fälle (18,4 %) (vgl. Tabelle 14).

Außerordentlich hoch war der Anteil unter den abtransportierten Frauen, der während des Aufenthaltes in Langenhorn in irgendeiner Weise noch Kontakte zu Angehörigen hatte (vgl. Tabelle 4); das traf nämlich auf 42 Frauen (85,7 %) zu. Nur in zwei Fällen (4,1 %) bestanden nachweislich keine Beziehungen mehr nach außerhalb der Anstalt.

33 Frauen (67,4 %) waren pflegebedürftig (vgl. Tabelle 11). Das Verhalten wurde bei 31 (63,3 %) als »störend« beschrieben (vgl. Tabelle 10). Eine größere Gruppe von 29 Frauen (59,2 %) soll schlecht oder gar nicht gearbeitet haben, zehn (20,4 %) gingen nur leichten Beschäftigungen nach, somit waren insgesamt 39 (79,6 %) im Sinne der Struveschen Kategorie »unproduktive Arbeiterinnen«. 42 der 49 Patientinnen (85,7 %) erhielten von den Langenhorner Ärzten eine unsichere oder schlechte Prognose hinsichtlich der Wiederherstellung ihres Gesundheitszustandes und der späteren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß (vgl. Tabelle 9).

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

Geht man die Zusammensetzung des Transportes vom 22. Juni 1943 hinsichtlich der bisher betrachteten Selektionskriterien durch, so fällt das massierte Auftreten von Pflegebedürftigkeit, Mangel an »produktiver Arbeit« und schlechter Prognose auf, die damit wohl ausschlaggebend für die Verlegungsentscheidung der Langenhorner Ärzte waren, was im folgenden an einigen Beurteilungen verdeutlicht werden soll. Das vielfach festgestellte hohe Maß an Kontakten zu Angehörigen schützte diese Frauen nicht vor dem Abtransport nach Hadamar.

Die Patientinnen wurden in 24 Fällen (49 %) von Dr. Schlippe, in 14 Fällen (28,6 %) von Dr. Steinbömer und in fünf Fällen (10,2 %) von Dr. Knigge nach Hadamar verlegt. Weitere zwei Frauen wurden durch Dr. Körte, eine durch Dr. Saupe ausgesondert (vgl. Tabelle 7). Die 24 von Schlippe aus den Häusern F 4, F 8, F 9, F 13, M 17, F 14 und F 17 in die Tötungsanstalt Hadamar verlegten Patientinnen waren zuvor in sieben Fällen von Steinbömer behandelt worden. Nur eine einzige von ihnen war erst kurz vor dem Abtransport Schlippe zugewiesen worden. Sie wurde zuvor von Steinbömer beschrieben wie »läuft nackt auf die Straße«, »unverändert«, »mußte gleich gefüttert werden«, »unruhig und ängstlich« und, wohl weil sie dorthin am ehesten paßte, von ihr nach F 4 zu Schlippe verlegt.

Die Wortwahl Schlippes für die Beschreibung des Zustandes seiner Patientinnen vor der Verlegung in die Tötungsanstalt war u.a. bei Frau St.: »ratlose demente Kranke, halluziniert, schimpft. Zerkratzt sich andauernd das Gesicht«, »im Ganzen unverändert«, »wird heute nach Hadamar verlegt«; bei Frau Sch.: »nur mit Hilfe zu bändigen«, »greift gelegentlich an, stets gereizt, dabei fleißig bei der Hausarbeit. Heute nach Hadamar verlegt«; und bei Frau R.: »stumpf und beschäftigungslos, näßt ein, heute nach Hadamar verlegt«.

Die von Steinbömer direkt nach Hadamar verlegten 14 Patientinnen stammten in einem Fall aus dem Haus F 9, vorwiegend jedoch aus den Häusern F 11 und F 14. Vier von ihnen wurden ihr nur zwölf Tage vor dem Abtransport aus dem Hause F 13 durch Schlippe zugewiesen, der z.B. die Patientin Frau Sä. als »unverändert verwirrt und dement« bezeichnete. Die Patientin Frau S., die wegen eines großen, nicht abgeklärten Tumors aus dem Pflegeheim Eichenkamp eingewiesen worden war, beschrieb Schlippe mit den Worten »im ganzen unverändert, Tumor noch nicht operiert, der Kräftezustand der läppischen Kranken ist sehr mangelhaft. Nach F 11 verlegt«. Für Frau L., für die er kurz zuvor einer Angehörigen gegenüber wegen epileptischer Anfälle die Bitte auf Urlaub abgeschlagen hatte, fand er die Worte: »in der letzten Zeit schwere Anfälle, zeitweise gereizt«. Über die von Frau Steinbömer verlegten 14 Patientinnen fanden sich u.a. folgende von ihr zuvor gefertigten Eintragungen: über Frau C.: »halluziniert, albern, läppisch. Zu keiner Beschäftigung anzuhalten. Zerreißt gelegentlich Wäsche«; über Frau K.: »Patientin ist nicht orientiert. Liegt stumpf und teilnahmslos im Bett. Kann

keine Angaben [...] machen. Nächtlich verwirrt und bettflüchtig«; über Frau R.: »dement, grimassiert, zerreißt Wäsche, unsauber, spuckt«, die sie wie andere Kranke als »Endzustand« einstuft.

Die von Knigge verlegten fünf Patientinnen kamen bis auf eine Ausnahme aus dem Haus M 10. Sie waren ihm in mindestens drei Fällen erst drei Wochen vor Abtransport von verschiedenen Ärzten aus Haus F 16 zugewiesen worden. Frau N. hatte »in den letzten Monaten [...] 10 Anfälle«, war als »unverändert stumpf und dement« und mit »kratzt ständig an ihren entzündeten Fingernägeln herum« beschrieben worden. Über Frau B. hatte zuvor Körtko die Eintragungen »greift jetzt endlich zu leichter Näharbeit, zeigt aber wenig Ausdauer«, »unverändert, verlegt nach M 10«, gemacht. Sie wurde ohne besonderen Kommentar von Knigge für den Hadamar-Transport ausgesondert. Frau L., zuvor als »altersstumpf« und »nimmt an ihrer Umwelt keinerlei Anteil« von Körtko nach M 10 verlegt, wurde ebenfalls ohne besonderen Kommentar von Knigge nach Hadamar abtransportiert. Die verlegenden Langenhorner Ärzte stellten bei der Verlegung in 21 Fällen (42,8 %) die Diagnose Schizophrenie (zuvor 16 Fälle), Epilepsie wurde jetzt in drei Fällen (6,1 %) diagnostiziert (vorher zwei Fälle), Alterserkrankungen in elf (22,4 %) Fällen (zuvor 13 Fälle), alle anderen Häufigkeiten in der Diagnosestellung blieben bestehen mit der Einschränkung, daß die »Verwirrtheit bei Bombenschaden« und TBC wegfielen (vgl. Tabelle 8).

Der Kontakt der Patientinnen zu ihren Hamburger Angehörigen brach nach dem Abtransport nach Hadamar in den meisten Fällen ab. Nur noch 13 Angehörige (26,5 %) hielten ihn – in zwölf Fällen in Form von Briefen, in einem Fall durch einen Besuch – aufrecht. Neun (18,4 %) meldeten sich erst nach dem Tode der Frauen; in acht Fällen (16,3 %) konnte dieses Kriterium nicht geklärt werden.

Die Sterberate dieses Transportes beträgt 89,8 % (44 Todesfälle). Innerhalb des ersten Monats nach Ankunft in Hadamar starben bereits 35 Patientinnen (71,4 %). Fünf Patientinnen starben nach einer Aufenthaltsdauer von zwei bis sechs Monaten, zwei innerhalb von sieben bis zwölf Monaten, zwei weitere überlebten länger als ein Jahr, starben dann jedoch ebenfalls. Die längste Überlebensdauer betrug knapp 20 Monate, die geringste vier Tage. Die Auswertung der Daten macht deutlich, daß zuerst die pflegebedürftigen und nicht arbeitsfähigen Patientinnen starben, die Abhängigkeit von Pflegeaufwendigkeit und Überlebensdauer sowie Arbeitsleistung und Überlebensdauer ist hier signifikant. Als hauptsächliche Todesursachen wurden in elf Fällen (22,4 %) Marasmus senilis, in acht Fällen (16,3 %) Pneumonie genannt sowie Grippe in sechs Fällen (12,2 %). Nur zwei Patientinnen überlebten (4,1 %). Über das weitere Schicksal von drei Patientinnen (6,1 %) ist nichts bekannt.

Zu den Überlebenden gehörte Frau Gertrud St. Sie hatte einen Voraufenthalt wegen Schizophrenie von fast fünf Jahren und war nach Langenhorn

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

aus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg dorthin eingewiesen worden. Sie war beim Abtransport von Haus F 8 41 Jahre alt und Mutter von drei Kindern. Erstmals, wie sie später beschrieb, war sie bei der Geburt des ersten Kindes »nervenkrank« geworden. 1934 war sie deshalb unfruchtbar gemacht worden. Von ihrem Ehemann lebte sie getrennt und wurde später geschieden, wobei in Langenhorn das Gutachten hierzu erstellt wurde. Unterlagen über die Zeit in Langenhorn, die Aufschluß über die Umstände ihrer Verlegung geben könnten, sind nicht erhalten. Es existieren jedoch Aufzeichnungen aus der Nachkriegszeit aus Hadamar, in denen Frau St. dem dortigen Ärztlichen Direktor Altvater berichtete, seit der Zeit, in der er der Anstalt vorstehe, sei sie zufrieden gewesen, es seien »nun nicht mehr so viele Todesfälle« vorgekommen. Frau St. wurde in den folgenden Jahren mit der gleichen Bewertung hinsichtlich Arbeitskraft und Verhalten, wie es sonst auch in den Kriegsjahren bei den verlegenden Ärzten üblich war, beschrieben: »fällt nicht ungünstig auf, ist freundlich und hilfsbereit. Wünscht selbst, auf dem Hofgut arbeiten zu dürfen.« »Auf dem Hofgut bei der Hausarbeit bewährt« und »unauffällig«. Wegen »Zerfahrenheit, Halluzinationen und Verwahrlosungstendenzen« wurde die Patientin nicht entlassen, sondern in der Hadamarer Anstalt zurückgehalten, wo sie zumindest einmal Besuch von ihrer Tochter, aber auch Briefe bekam. Am 23. Juli 1953 wurde sie »im Zuge einer allgemeinen Verlegung von Kranken aus Hamburg nach den Ricklinger Anstalten (Holstein) verlegt. Diagnose: Paranoische Schizophrenie«.

Die Patientin Hildegard H. war die zweite Überlebende dieses Hadamar-Transportes, sie war bei der Verlegung 24 Jahre alt. Nach Langenhorn war sie über die Psychiatrische und Nervenklinik gekommen, in die sie – erstmals überhaupt – im Dezember 1943 eingewiesen worden war. Verlegt wurde sie mit der Diagnose »Hebephrenie« von Schlippe, der sie zuvor mit den Worten beschrieb: »in der Schälküche beschäftigt; zeitweise verwirrt«, »näßt ein«. Die einzige ärztliche Hadamarer Eintragung lautete: »Hatte Besuch von Mutter. Im Wesen sehr gehemmt. Ging mit der Mutter spazieren.kehrte vom Ausgang nicht zurück. Mutter hat die Kranke offenbar mitgenommen.« Die Patientin galt mit dem 10. August 1943 als entwichen. Im Jahre 1947 wurde sie, die noch bei den Eltern in Hamburg-Altona lebte und mittlerweile Rentnerin war, erneut nach Langenhorn, inzwischen umbenannt in Allgemeines Krankenhaus Langenhorn, eingewiesen, da sie nach Angaben der Mutter gegen diese und gegen andere Personen aggressiv geworden sein soll. Auch jetzt wurde sie vom aufnehmenden Arzt Dr. K. als »geordnet« beschrieben, es komme jedoch »eine Unlust über sie«, sie wisse dann nicht, »wo sie mit der Arbeit anfangen sollte«. In der Arbeitstherapie, so wurde in der Akte ferner vermerkt, hatte sie »sich sehr gut eingearbeitet«, war »fleißig und geschickt«. Auch hier finden wieder die üblichen Bewertungen hinsichtlich Arbeitskraft und Verhalten statt, wie wir sie aus der Zeit vor und während des Nationalsozialismus kennen. Ohne besondere weitere Hinweise wurde

die Patientin dann mit Elektroschocks behandelt. Dr. K. schrieb im Anschluß daran: »Nach der Durchflutung wesentlich gesammelter. Bittet spontan den Arzt, in Zukunft auf dem Felde mitarbeiten zu dürfen. Hat jetzt an allem Interesse.«

Zu den getöteten Patientinnen gehörte die 17jährige Olga C., welche bei ihrer Mutter lebte; ihr Vater war bei der Kriegsmarine und fuhr zur See. Olga wurde durch das Jugendamt Hamburg gemäß § 22 Verhältnisgesetz erstmals am 13. Januar 1943 in die Psychiatrische und Nervenlinik eingewiesen, da die Mutter, die sie sonst versorgte, ins Krankenhaus Barmbek eingewiesen werden mußte. Begleitend zu Olga C.'s Einweisung sandte der zuständige Jugendamtsinspektor aus der Kreisdienststelle der Sozialverwaltung an die Psychiatrische und Nervenlinik ein psychiatrisches Gutachten des Landesjugendamtes Hamburg und bemerkte dabei gleichzeitig, daß die Allgemeine Fürsorge die Kosten des Aufenthaltes übernehmen werde. Das Gutachten, gefertigt vom Leitenden Oberarzt für Psychiatrie, Neurologie und Erbbiologie des Landesjugendamtes Hamburg, Dr. Otto Hülsemann., schilderte das Mädchen als der Dienststelle bereits seit 1933 bekannt. Olga C., so Hülsemann, habe sich bereits im Kindergarten und in den ersten Schuljahren mit »beständiger Disziplinlosigkeit und Hemmungslosigkeit« als ziemlich untragbar erwiesen und habe damals auch eine »eigenartige Sprunghaftigkeit« und ein »ungeordnetes, sehr unergiebiges Verhalten mit oft fast kreaturhafter Angst« geboten. Die damalige Diagnose habe »debiles, psychopathisches, schwer erziehbares Kind mit schizoiden Wesenszügen« gelautet. Olga C. habe die Hilfsschule bis zur 3. Klasse besucht und sich anschließend meist im Hause aufgehalten. Im Januar 1943 sei sie im Mädchenheim Schwannenwiek aufgenommen worden, nachdem ihre Mutter ins Krankenhaus gekommen war. Pflegeeltern gegenüber habe sie sich zuvor als untragbar erwiesen und sich in einer kurzfristigen Stelle als häusliche Hilfe so verhalten, daß man nicht mit ihr fertig geworden sei. Im Mädchenheim soll es zu »Szenen und Auftritten« gekommen sein, so daß Olga C. in die Beobachtungsabteilung des Overbekheimes verbracht werden mußte. H. berichtete in seinem Gutachten weiter, das Mädchen habe hier ein »sehr auffälliges Verhalten mit grinsendem und lächelndem Gebahren« gezeigt, habe nur die »aller primitivsten Antworten« gegeben, nachts im Bett laut aufgelacht und ihren Pappi gerufen. Am Morgen habe sie zunächst eine depressiv wirkende Regungslosigkeit geboten. Wegen dieses Zustandes sei jetzt bei der Patientin, deren Erkrankung man nun als »echte psychotische Störung aus dem Formenkreis der Schizophrenie einschätzte«, eine sofortige Aufnahme in eine geschlossene Krankenanstalt erforderlich. Die Mutter, die zur Zeit im Krankenhaus liege, sei mit Unterbringungsmaßnahmen für das Mädchen nicht einverstanden. Der behandelnde Arzt in der Psychiatrischen und Nervenlinik kennzeichnete das junge Mädchen als eine Patientin »mit geradezu irr-sinniger Angst«, das ständig zittere, in unbeobachteten Momenten jedoch

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

anderen Patienten vorlese und dabei kichere. Im Pflegebericht der Klinik wurde die Patientin als »sehr läppisch« und sich nicht beschäftigend beschrieben. Am 16. Januar 1943 teilte die oben erwähnte Kreisdienststelle mit, daß das Jugendamt nun die Vormundschaft habe und die Patientin nicht zu entlassen sei. Nach der Verlegung am 21. Januar 1943 nach Langenhorn mit der Diagnose: »Affektiver Stupor bei einer Debilen« notierte Dr. Steinbömer dort, daß die Patientin gefüttert werden müsse, unartikulierte Laute ausstoße und grimassiere. Sie sei zu keiner Beschäftigung anzuhalten, halluziniere, sei läppisch, zerreiße Wäsche und sei sehr unsauber. Am 22. Juni 1943 wurde Olga C. mit der Diagnose: »Hebephrenie« von Steinbömer nach Hadamar verlegt. Dort angekommen, findet sich wenige Tage später die Eintragung in der Akte: »29.6.1943 Erkrankt an Pneumonie. Vater ist benachrichtigt. 30.6.1943 Erholte sich nicht mehr. Heute exitus an Pneumonie«. Am 2. Juli 1943 schrieben die Eltern an die Landesheilanstalt Hadamar: »Wir ersuchen höfl. uns Nachricht geben zu wollen über die näheren Umstände der Erkrankung und des Todes unserer Tochter Olga C. Unseres Wissen ist Olga nie lungenkrank gewesen und nun nach nur 8tägigem dortigen Aufenthalt so plötzlich verstorben. Wie war ihr Zustand bei der Überweisung von Hbg. nach dort? Hat Olga lange krank gelegen und sehr leiden müssen? Die tiefbetrübteten Eltern.« Am 5. Juli 1943 schrieb Dr. Wahlmann den Eltern, die Tochter sei durch die seelischen Vorgänge derartig erschöpft und widerstandslos geworden, daß sie die Krankheit nicht überstehen konnte.

Auch Frau Dorothea H. verstarb in Hadamar. Sie war 43jährig am 30. Januar 1941 nach Langenhorn zur Aufnahme gekommen. Sie war 1936 in der Frauenklinik Finkenau sterilisiert worden und lebte seit dem 27. September 1940 im Versorgungsheim Averhoffstraße, wo sie zuletzt unruhig geworden war. Frau Dorothea H. war unverheiratet und von Beruf Buchhalterin. Über ihre Krankheitsvorgeschichte ist nichts bekannt; die Einweisungsdiagnose lautete »Schizophrenie«. Der aufnehmende Arzt in Langenhorn Dr. Knigge bescheinigte der Patientin eine »sehr oberflächliche Freundlichkeit«. Halluzinationen weise sie weit von sich, sei aber sehr ängstlich, sei, wie sie sagte, »so 'ne kleine ängstliche [...] so wie alle Menschen sind«. Jetzt, sieben Jahre nach ihrer Sterilisation, teilte sie Knigge gegenüber ihren Wunsch nach einem »lieben kleinen Kind« mit. Bei der Aufnahme war sie ruhig und geordnet. Während des stationären Aufenthaltes wurde die Patientin mehrmals in verschiedene Häuser verlegt. Sie wurde von Dr. Saupe als »sauber und selbständig«, jedoch bisweilen »sehr gereizt und streitsüchtig« beschrieben. Ihre Leistungen, so hielt er fest, seien mäßig. Bereits bei der Aufnahme 1941 hatten die Eltern den Wunsch geäußert, man möchte ihre Tochter nicht in eine außerhalb von Hamburg gelegene Anstalt verlegen, was mit roter Schrift auf dem Deckblatt der Akte festgehalten worden war. Sie kümmerten sich in freundlichen Briefen um die Patientin. Ihre Bitte vom 6. Juni 1943, sie nach Hause nehmen zu dürfen (da sie sich merklich gebessert habe), wurde von

Dr.-Schlippe abgelehnt wegen »andauernder starker Krankheitserscheinungen«. Nicht mitgeteilt wurde die unmittelbar bevorstehende Verlegung der Patientin nach Hadamar, für die bereits ein Meldebogen ausgefüllt worden war. Während des Aufenthaltes in Langenhorn war Frau Dorothea H. immer wieder als stimmungslabil und »oft streitsüchtig« beschrieben worden. In den letzten Tagen vor der Verlegung nach Hadamar soll sie stark halluziniert, Schlangen gesehen haben, sehr laut und erregt gewesen sein und um sich geschlagen haben. In der Hausarbeit, so ist der Akte zu entnehmen, habe sie sich Mühe gegeben, ihr Appetit sei gut, jedoch sei sie nachts oft störend, zeitweise laut und höre Stimmen. Am 22. Juni 1943 wurde sie »unverändert« von Schlippe nach Hadamar verlegt. Die einzigen Eintragungen in Hadamar stammen vom 17. Juli bzw. 19. Juli 1944. Es steht dort geschrieben: »Rapid-er Verfall, Herzschwäche, Ödeme. Heute morgen Kollaps. Schwägerin benachrichtigt, 19.7. Heute ex an Marasmus.« Frau Dorothea H. wurde auf dem Friedhof der Landesheilanstalt Hadamar beerdigt, wobei die Bestattungen, wie bekannt ist, in Massengräbern vorgenommen wurden. Die Landesheilanstalt stellte den Angehörigen jedoch anheim, einen einmaligen Betrag von RM 50,— »zur Pflge der Grabstätte« zu überweisen.

Frau Hilma R. kam im Alter von 38 Jahren am 3. Februar 1941 wegen einer »Dementia praecox« in Langenhorn zur Aufnahme, nachdem sie seit November 1940 in der Psychiatrischen und Nervenlinik behandelt worden war. Bereits seit 1925 war die Patientin erkrankt. In der Klinik wurde Frau Hilma R. mit ansteigenden Dosierungen (4-5,5 ccm) von Cardiazol behandelt. Da die Patientin trotz dieser Behandlung ohne Besserung blieb, »leer« vor sich hinlächelte, völlig still im Bett lag, nicht sprach und sich »höchstens mit Perlenaufziehen« beschäftigte, wurde sie mit der Diagnose: »Stupor« nach Langenhorn verlegt. Anfänglich war die Patientin in Langenhorn in einem guten Ernährungs- und Kräftezustand. Sie wurde als stuporös und kontaktlos beschrieben, und es wurde vermerkt, daß sie habe gefüttert werden müssen. Durch Zureden sei es gelungen, die Patientin etwas zu Nährarbeiten zu bringen, die sie sehr langsam und korrekt verrichtet habe. Im Laufe der Zeit wurde sie ständig als mutistisch bezeichnet, es wurde betont, daß sie nicht arbeite und »durchaus besorgt« werden müsse. Als »stumpf und beschäftigungslos« wurde sie am 22. Juni 1943 von Schlippe nach Hadamar verlegt. Freese hatte am Verlegungstag bei der Aufsichtsbehörde für Standesämter in Hamburg die kostenlose Ausstellung einer Geburtsurkunde für die Patientin angefordert, mit der Bitte, diese nach Hadamar zu übersenden. Hadamar konnte nämlich ohne Geburtsschein die Sterbefälle den Standesämtern nicht melden. Die einzige in Hadamar gefertigte Eintragung wurde zehn Tage später, am 2. Juli 1943, vorgenommen. Sie lautete: »Erkrankte an Grippe. Fieber, Herzschwäche. Erholte sich nicht mehr. Heute exitus an Grippe.« Die Personalakte dieser Patientin enthält einen Meldebogen, ausgestellt am 11. Mai 1942, in dem sie als Endzustand und nichtarbeitend



## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

beschrieben wurde, sie bekomme jedoch von der Schwester Besuch. Die Schwester kümmerte sich während des Aufenthaltes in Langenhorn brieflich und durch Besuche um die Patientin und schrieb nach deren Tod am 3. Juli 1943 nach Hadamar: »[...] aufs tiefste bin ich erschüttert über den so plötzlichen Tod meiner Schwester. Wie war das möglich? Ich bitte Sie vom ganzen Herzen mir die volle Wahrheit darüber mitzuteilen. Kaum 1 Woche bei Ihnen und schon tritt das für mich unfaßbare ein. Es ist nicht genug, daß man mir sie einfach ohne vorherigen Bescheid von hier wegnimmt, und auch noch diese schreckliche Nachricht. Und so weit von Hamburg weg. Es war meine einzige Schwester und alle Liebe die nur ein Mensch aufzubringen vermochte hatte ich auf meine kleine Hilma übertragen. Vielleicht können Sie es nun verstehen, daß ich die Wahrheit wissen muß. Hier war sie doch immer so niedlich, wenn ich sie Sonntags besuchte. Ich bitte sie nochmals sich in mich hinein zu versetzen und es mir ausführlich mitzuteilen. Ich danken Ihnen sehr für Ihre Bemühungen.« An den leitenden Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn schrieb die Schwester der Patientin Hilma R. am gleichen Tag: »[...] möchte Ihnen nur mitteilen, daß am 2.7. meine arme Schwester Hilma in Hadamar wohin Sie mir sie geschickt haben verstorben ist. Ich frage Sie hiermit, hätte das nötig getan, daß Hilma noch so weit wegkam? Sie hätten doch wissen müssen, daß meine Schwester die Reise wohl kaum überstehen würde. Eine Woche ist sie von Ihnen weg und tot. Wie schmerzlich mich das trifft, das ersparen Sie mir bitte. Es ist nur traurig, daß man nicht mal auf ein Schreiben das man an Sie richtet Antwort bekommt.« Bereits am 24. Juni 1943 hatte der Onkel der Patientin an die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn geschrieben, zwei Tage nach deren Verlegung. Es heißt: »Am Sonntag den 20. Juni war ich noch mit meiner Nichte Fräulein N.N. in Langenhorn und habe Fräulein Hilma R. dort besucht. Nichts deutete darauf hin, daß hier eine große Umverlegung bevorstünde, auch den Schwestern war es wohl untersagt irgendwelche Äußerungen zu machen. Ein paar Tage später steht man vor vollendeten Tatsachen. Die Mitteilung Ihrerseits habe ich Gott sei Dank abgefangen, da meine Nichte im Geschäft war [...]. Was denken Sie sich eigentlich dabei, wenn so eine arme Schwester so ein kaltes Schreiben bekommt.« Der Angehörige der Patientin bat weiterhin in seinem Brief die Verwaltung Langenhorns, deren Schwester ein menschlicheres Schreiben zu senden. Stadtoberinspektor Freese beantwortete diese Briefe und teilte mit, daß die Patientin wegen der gefährdeten Luftlage Hamburgs und wegen der Notwendigkeit, Bettenreserven zu schaffen, verlegt wurde. Es sei nicht vorauszusehen gewesen, daß weitere Betten für die Aufnahme körperlich Erkrankter zur Verfügung gestellt werden mußten. Eine Benachrichtigung über diese Transporte sei deshalb leider nicht möglich gewesen.

## **Der Transport vom 21. Juli 1943 – allgemeine Beschreibung und Einzelschicksale**

Am 21. Juli 1943 wurden 50 Frauen von Langenhorn nach Hadamar verlegt. In 49 Fällen sind Aktenunterlagen vorhanden, so daß wiederum eine genaue Analyse des Transportes möglich ist. Darüber hinaus befanden sich 13 Meldebögen in den Akten, von denen zwei noch nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp ausgestellt worden waren.

Es kamen mit diesem Transport 24 Frauen im Alter von 41 bis 60 Jahren (48 %) in die Tötungsanstalt. 19 Patientinnen waren zwischen 61 und 80 Jahre (38 %), zwei sogar über 80 Jahre alt (4 %). Fünf Frauen (10 %) gehörten der Altersgruppe 21 bis 40 Jahre an. Die jüngste Patientin dieses Transportes war 30, die älteste 82 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 54 Jahre (vgl. Tabelle 1). Es handelte sich mit Ausnahme einer Patientin, die aus dem westlichen Ausland kam, nur um deutsche Frauen. 14 der Patientinnen (28 %) waren verheiratet, 22 (44 %) waren geschieden oder verwitwet, 13 (26 %) waren ledig (vgl. Tabelle 3).

Bei je 15 Patientinnen (30 %) war vor der Aufnahme in Langenhorn entweder keine Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgt, oder es bestand dort nur eine Aufenthaltsdauer von bis zu einem halben Jahr. Darüber hinaus waren vier Frauen (8 %) lediglich bis zu einem Jahr psychiatrischstationär behandelt worden, so daß insgesamt mindestens 34 Frauen (68 %) zu den Ersterkrankten gezählt werden können. Nur sieben der 50 Frauen (14 %) kamen als Langzeitpatientinnen nach Langenhorn (vgl. Tabelle 13). Im Gegensatz zu dem ersten untersuchten Hadamar-Transport gab es diesmal keinen Haupteinweiser, wenn auch hier die Psychiatrische und Nervenklinik mit 13 Patientinnen (26 %) an erster Stelle stand. Jeweils sieben Frauen (14 %) wurden durch die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, durch Heime und durch niedergelassene Ärzte eingewiesen. Drei Frauen (6 %) wurden direkt von ihren Angehörigen nach Langenhorn gebracht (vgl. Tabelle 13).

Die häufigste der Einweisungsdiagnosen war in 18 der 50 Fälle (36 %) »Schizophrenie«. Es folgen dann als zweite Hauptgruppe Alterserkrankungen wie »senile Demenz« und »Cerebralsklerose« bei elf Frauen (22 %). In sieben Fällen (14 %) war die Diagnose nicht eindeutig zuzuordnen, zumeist war die Bezeichnung hier »Verwirrtheitszustand« oder »Psychose«, bei fünf Frauen (10 %) lautete die Diagnose »Manisch-depressives Irresein«, bei drei (6 %) »psychische Störungen nach Gehirn- oder Hirnhautentzündung« oder »Zustand nach einem Apoplex«. Eine Frau wurde wegen »Schwachsinn« eingewiesen, eine wegen »Lues«, je zwei weitere wegen Psychopathie und Alkoholismus (vgl. Tabelle 5). Akteneintragungen über Sterilisation fanden sich lediglich bei fünf Patientinnen; diese fand bei allen nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Gesetzes statt.

39 der Frauen (78 %) kamen formal freiwillig zur Aufnahme, sechs (12 %)

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

im Rahmen des § 22 Verhältnisgesetz. Eine Patientin wurde nach einem Unterbringungsbefehl gemäß § 126 StPO zur einstweiligen Unterbringung wegen Taten, die wahrscheinlich im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit geschehen waren, eingewiesen. Diese Unterbringung wurde später in eine endgültige gemäß § 42 StGB umgewandelt. In einem weiteren Fall handelte es sich um eine Sicherungsverwahrung gemäß § 42 b StGB. Eine andere Patientin kam gemäß §§ 62,63 Jugendwohlfahrtsgesetz zur Aufnahme, eine weitere im Rahmen des § 81 Strafprozeßordnung zur zeitbegrenzten Beobachtung. Bei einer anderen Frau konnte der Aufnahmemodus nicht geklärt werden (vgl. Tabelle 6).

Hauptkostenträger der Aufenthalte in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn war in 37 Fällen (74 %) die Sozialbehörde, in sieben Fällen (14 %) zahlte die Krankenkasse, vier Patientinnen (8 %) waren Selbstzahlerinnen, zwei Kostenträger (4 %) konnten aus den Akten nicht ermittelt werden.

In den Beziehungen der Patientinnen zu ihren Angehörigen bedeutete der Abtransport nach Hadamar nicht einen solchen tiefen Einbruch wie in dem zuvor untersuchten Transport vom Juni 1943, wobei allerdings eine Rolle spielen mag, daß die Außenkontakte dieser im Juli 1943 abtransportierten Frauen insgesamt erheblich geringer waren. Denn nur 24 (48 %) von ihnen hatten Kontakt zu ihren Angehörigen, 21 (42 %) hatten keinen Kontakt mehr zur Familie. Vier Patientinnen (8 %) waren offensichtlich ohne Familie oder Freunde, in einem Fall konnte diese Frage nicht beantwortet werden. Nach dem Abtransport gab es in 21 Fällen (42 %) noch Briefkontakt oder Nachfragen an die Hadamarer Anstalt, zwei Patientinnen wurden besucht, 16 (32 %) hatten jedoch offensichtlich keinen Bezug mehr zu Familie oder Freunden. In acht Fällen (16 %) ist Kontakt nach dem Tod der Patientinnen mit Hadamar aufgenommen worden, in drei Fällen (6 %) waren keine Unterlagen vorhanden.

Von den verlegenden Ärzten in Langenhorn wurden die Frauen unterschiedlich beurteilt. 25 Patientinnen (50 %) wurden als ruhig, freundlich, zurückhaltend beschrieben, weitere 25 (50 %) als störend, oft laut (vgl. Tabelle 10). 28 Patientinnen (56 %) sollen selbständig und nicht pflegebedürftig gewesen sein, in 18 Fällen (36 %) waren Akteneintragungen zu finden wie »muß besorgt werden, eingenäßt, das Essen mußte gereicht werden«. Drei Patientinnen (6 %) waren ständig pflegebedürftig, ein Fall war nicht zu klären (vgl. Tabelle 11).

Von der Arbeitsleistung her überwogen die als schlechte Arbeiterinnen bezeichneten Frauen in 28 Fällen (56 %), 17 (34 %) leisteten jedoch gute Arbeit in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, drei (6 %) mittelmäßige, bei zweien (4 %) konnte aus den Unterlagen nichts entnommen werden, so daß die Arbeitsleistung bei insgesamt 62 % als »nicht produktiv« eingeschätzt werden muß (vgl. Tabelle 12). 90 % dieser Patientinnen wurde von den Langenhorner Ärzten prognostisch ungünstig beurteilt (vgl. Tabelle 9).

Die Verlegungsdiagnose (vgl. Tabelle 8) der Langenhorner Ärzte lautete nun in 25 Fällen (50 %) Schizophrenie gegenüber nur 18 Fällen (36 %) bei Einweisung; die Diagnose der Alterserkrankungen war mit 15 Fällen (30 %) vertreten, zuvor 11 Fälle, (22 %). Es traten nun keine nicht mehr zuzuordnenden Krankheitsbilder auf, die zuvor in sieben Fällen (14 %) bestanden hatten. Die übrigen diagnostischen Zuordnungen blieben im wesentlichen gleich.

Die Aufenthaltsdauer in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn bewegte sich zwischen zwölf Tagen und 30 Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug nur 13 Monate. Durch die in einzelnen Fällen oft jahrelange Behandlung in Langenhorn waren bei der Verlegung nach Hadamar inzwischen mindestens 27 Frauen (54 %) zu Langzeitpatientinnen geworden, der Anteil der Ersterkrankten war um die Hälfte auf 17 Fälle (34 %) gesunken (vgl. Tabelle 14).

Die am 21. Juli 1943 nach Hadamar verlegten Frauen wurden in 28 Fällen (56 %) von Schlippe selektiert, der offensichtlich vorwiegend für die Häuser F 8 (sieben Patientinnen, »Beobachtungshaus«), F 10 (sechs Patientinnen, »Pflege«), F 14 (eine Patientin, »Überwachung«) und F 17 (drei Patientinnen, »Krankenbaracke«) zuständig war (vgl. Tabelle 7). Die Patientinnen waren zwischen 34 und 74 Jahre alt, wobei eine altersgemäße Zuordnung zu bestimmten Häusern nicht erkennbar ist.

Die letzten Eintragungen Schlippes über 15 Patientinnen in den Krankenakten Langenhorns waren in vorwiegend negativer Wortwahl gehalten wie: »ist neuerdings ganz verwirrt, zieht sich aus«, »zeitweise erregt, völlig unbeschäftigt, muß zu allem angehalten werden. Gänzlich unverändert nach Hadamar«. »Aus Familienpflege in Bad Bramstedt zurück. Völlig abgebaute Kranke. Näßt ein«, »völlig zerfahren, zerreißt Wäsche, sehr reizbar, schimpft herum«, »stumpf, Endzustand«, »autistisch, fleißig, körperlich in Ordnung«, »mannstoll, zanksüchtig, sammelt Abfall. Unverändert nach Hadamar«. Nur drei Patientinnen wurden von ihm überwiegend positiv in der letzten Eintragung beschrieben: »fleißige Näharbeiterin, i.G. unauffällig«, »abgesehen von ihren Wahnideen ist die Patientin äußerlich geordnet und fleißig. Droht nur manchmal mit den Enthüllungen, die sie nach der Entlassung in Berlin ausbreiten werde«, »fleißig bei der Hausarbeit, hat Wahnideen. Halluziniert optisch. I.G. unverändert nach Hadamar«. Anzumerken ist an dieser Stelle, daß diese drei als fleißig bezeichneten Patientinnen zu den Überlebenden dieses Transportes gehörten.

Schlippes Patientinnen waren in 24 Fällen schon seit längerem in dem Haus, von dem aus sie schließlich abtransportiert und wo sie ausschließlich von ihm behandelt wurden. Nur eine Patientin war zuvor – als hilflos und desorientiert bezeichnet – von Steinbömer zu ihm nach F 8, eine weitere Patientin ca. drei Monate vor Abtransport von Saupe – als »folgsam und freundlich, selbständig, zeitweilig verwirrt und ratlos« – nach F 10 verlegt worden. Hieraus kann also sicher nicht abgeleitet werden, daß Patientinnen

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

unmittelbar vor ihrem Abtransport in die Tötungsanstalt Hadamar in bestimmte »Selektionshäuser« innerhalb der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn verlegt wurden.

Anders sind in dieser Hinsicht Verlegungen von Patientinnen in die von Knigge betreuten Häuser M 6 und M 10 (Beobachtung) zu bewerten, aus denen insgesamt neun Frauen (18 %) von ihm nach Hadamar verlegt wurden. Vier dieser Frauen waren im April, Mai und Juni des Jahres 1943 in eines dieser Häuser verbracht worden; es fällt jedoch besonders auf, daß die übrigen fünf, zumeist alte Patientinnen, am 1. Juli 1943 in diese Häuser kamen, sie waren z.T. als »sehr hilflos«, »pflegebedürftig oder unsauber«, z. T. aber auch als »gereizt und gespannt« beschrieben worden. Die neun Patientinnen wurden von Knigge zumeist gemäß Befund der zuvor behandelnden Ärzte »unverändert nach Hadamar verlegt«. Nur in drei Fällen beschrieb er die Patientinnen selbst: Frau K. als »sehr hilflos«, »kann sich nicht aufrichten«, »muß gefüttert werden«; Frau H. zunächst als sich »im Stupor« befindlich, dann als »etwas umgänglicher«, »macht kleine Handreichungen« und Frau Hi. mit den Worten »ruhig und freundlich«, »hat Orientierung wiedergefunden«, »fühlt sich hier wohl«, »keine Beschwerden«. Es entsteht der Eindruck, daß die Wortwahl dieses Arztes bei der Beschreibung zumindest dieser Patientinnen weniger abwertend als die der anderen Ärzte ist, ohne daß sich hierdurch an ihrem Schicksal etwas geändert hätte.

Sieben Frauen (14 %) dieses Hadamar-Transportes wurden von Steinbömer aus den Häusern F 9 und F 19 verlegt. Sie waren zwischen 44 und 73 Jahre alt und alle schon mehr als ein Jahr ausschließlich von ihr behandelt worden. Die Ärztin fand vor dem Abtransport in die Tötungsanstalt für ihre Patientinnen z.B. folgende Worte: Frau M.: »sehr abgebaut«, »dement«, »jammert stereotyp vor sich hin«; Frau O.: »unruhig«, »zerreißt alles«, »desorientiert«, »unsauber«; Frau R.: »hochgradig depressiv, besorgt nicht viel«, »unverändert stumpf«, »beschäftigt sich kaum«; Frau S.: »voller politischer Wahnvorstellungen«, »kühl«, »Affektleere«, »beschäftigt sich regelmäßig«.

Körtke verlegte vier Patientinnen (8 %) aus den Häusern F 11 und F 3 nach Hadamar, von denen er nur eine einzige schon längere Zeit betreut hatte, nämlich Frau M., die an Aphasie litt. Er beschrieb sie mit den Worten »muß vollkommen besorgt werden«, »freundlich«, »immer dankbar«, »möchte so oft etwas sagen«. Die anderen drei Patientinnen waren erst zwei bis drei Wochen vor ihrem Abtransport, Frau D. als »hochgradig verwirrt, unruhig und unsauber« von Schlippe, Frau H. als »teilnahmslos und depressiv« von Steinbömer und Frau K. als »verwirrt, verstimmt« und »eingebettet« von Knigge, zu Körtke verlegt worden. Der verlegende Arzt zweier weiterer Patientinnen blieb unbekannt.

Insgesamt kamen 43 Frauen dieses Transportes (86 %) zu Tode. Nach Ankunft in Hadamar starben im ersten Monat 24 Patientinnen (48 %), die

erste bereits nach drei Tagen, vier weitere am fünften Tag, sechs am sechsten und siebenten Tag; eine Häufung der Tötungen bestand am zwölften Tag nach Ankunft, an dem fünf Patientinnen ihr Leben ließen. Weitere acht Patientinnen (16 %) starben während einer Aufenthaltsdauer zwischen zwei und sechs Monaten. Zwischen sieben und zwölf Monaten nach Verlegung kamen zehn Frauen (20 %) zu Tode. Eine überlebte etwas mehr als ein Jahr. Dabei war die Überlebensdauer völlig altersunabhängig. Es gibt auch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Pflegeaufwendigkeit, die in Langenhorn beschrieben wurde, und der Überlebensdauer in der Tötungsanstalt Hadamar. Die getroffene Verhaltensbeurteilung hatte hierauf ebenfalls keinen Einfluß. Entscheidend war vielmehr die Arbeitsleistung der Patientinnen in Hadamar, hier besteht ein eindeutiger Zusammenhang mit der Überlebenszeit, was im folgenden auch anhand einiger Beispiele aufgezeigt werden soll.

Innerhalb eines Monats starben nur zwei Patientinnen mit guter bzw. mittlerer, jedoch 21 Frauen mit schlechter Arbeitsleistung, insgesamt relativ spät diejenigen, die »gut« arbeiteten. An Todesursachen überwogen Pneumonie in acht Fällen, Enterocolitis in fünf Fällen sowie Marasmus in weiteren fünf Fällen.

Zu den sieben Patientinnen dieses Transportes, die Hadamar überlebten, gehörte die 53 Jahre alte Frau Maria A. Sie wurde 1946 nach Weilmünster verlegt, gab dort an, in Hadamar viel gearbeitet zu haben, auch Patientinnen gepflegt zu haben, sie habe »viel gewußt, aber geschwiegen«. In Hadamar sei immer gesagt worden, wer mitarbeite, werde entlassen, bei ihr sei jedoch dieses Versprechen nicht gehalten worden. Ihr letzter Aufenthaltsort ab 17. Juni 1949 war die Anstalt Rickling.

Frau Martha D., 50 Jahre alt ihrer bei Verlegung, hatte ebenfalls in Hadamar sehr viel Arbeit geleistet, sie wurde 1945 nach Hause entlassen.

Die Patientin Emma H. wurde 63jährig 1945 nach Weilmünster verlegt, kam kurz darauf nach Hadamar zurück und lebte ab 1952 in der Pflegeanstalt Ilten. Akteneintragungen zufolge, die nach dem Kriege gemacht wurden, hat auch diese Patientin in Hadamar gearbeitet.

Die Patientin Eva S. entwich im Alter von 54 Jahren 1948 aus Hadamar, wurde kurz darauf wieder aufgenommen und verblieb mindestens bis 1953 weiter dort. In einem Brief berichtete sie, »in diese Tötungsanstalt« von Langenhorn aus »abgeschoben« worden zu sein und dort in der Nähstube an der Nähmaschine gearbeitet zu haben.

Einen Sonderfall stellt Frau Gertrud M. dar. Bei der 43 Jahre alten Patientin, die im April 1945 aus Hadamar entlassen wurde, war dort keine ärztliche Eintragung in den Akten gemacht worden. Es ist jedoch aus den Unterlagen zu ersehen, daß die Patientin bis Februar 1944 ihren Aufenthalt in den Pflegeanstalten aus ihrem eigenen kleinen Vermögen bestritt. Sie fiel somit der Öffentlichkeit nicht zur Last.

Frau Grete H. gehörte zu den Patientinnen dieses Transportes, die in Hada-

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

mar umkamen. Sie wurde am 4. Dezember 1942 in die Psychiatrische und Nervenklinik von einem niedergelassenen Arzt eingewiesen. Sie war zu diesem Zeitpunkt 64 Jahre alt und Ehefrau eines Rentners. Im Jahre 1935 hatte sie einen Schlaganfall erlitten, konnte seither ihre Hausarbeit nicht mehr in üblicher Weise verrichten. Bei der Aufnahme in der Klinik wurde die Patientin als »ängstlich-widerstrebend«, »jammernd« und »vor sich hinklagend« beschrieben. Im Laufe des Aufenthaltes soll sie »nachts unruhig« und »verwirrt« gewesen sein, außerdem »mit Kot geschmiert« haben. Wegen Platzmangels wurde sie mit der Diagnose »Senile Depression, organischer Abbau, Verwirrheitszustände« am 19. Dezember 1942 nach Langenhorn verlegt, wo sie zunächst von Dr. Saupe in das Haus 16 aufgenommen wurde. Im Laufe des stationären Aufenthaltes soll die Patientin den Eintragungen nach matt und müde gewesen sein, eingenäßt haben, auch habe sie gefüttert werden müssen, wobei sie sehr viel gestöhnt habe. Unverändert wurde sie am 2. Juni 1943 nach M 10 verlegt. Von dort aus kam sie ohne weitere Beurteilung unter der Diagnose: »Verwirrheitszustände im Senium«, ausgesondert von Dr. Knigge, am 21. Juli 1943 nach Hadamar. Nur wenig später, am 6. August 1943, folgte die erste und einzige Eintragung dort. Es heißt: »Erkrankt an Pneumonie, Ehemann ist benachrichtigt. 9.8.1943 Rapider Verfall. Erholte sich nicht mehr. Heute exitus an Pneumonie.« Bereits während des Aufenthaltes in Langenhorn hatte der Ehemann von Frau Grete H. sich an die Direktion gewandt mit der Bitte um Aufklärung über die Erkrankung und der Anfrage, ob sie nicht bei baldiger Besserung wieder nach Hause entlassen werden könnte. Wegen völliger Pflegebedürftigkeit, so antwortete am 25. März 1943 Saupe, sei die Patientin in ihrem derzeitigen Zustand »für die häusliche Umgebung nicht geeignet«. Nachdem ab dem 8. April 1943 die Sozialverwaltung für die Übernahme der Aufenthaltskosten in Langenhorn zuständig geworden war, bemühte sich Freese am 17. Juli 1943 um die Ausstellung einer Geburtsurkunde für die Patientin, vermutlich in der Voraussicht, daß diese in Hadamar nach dem Tode der Patientin notwendig werden würde. Am 10. August 1943 wandte sich der Ehemann an die Heilanstalt Hadamar und berichtete, es sei ihm von Langenhorn mitgeteilt worden, daß seine Ehefrau verlegt worden sei und kündigte seinen Besuch in Hadamar an. Zu diesem Zeitpunkt war Frau Grete H. schon tot. Über den Tod benachrichtigt, drückte der Ehemann sein Erstaunen darüber aus, er habe mit einem so plötzlichen Ableben seiner Frau nie gerechnet. Er könne sich nur vorstellen, daß sich seine Ehefrau auf dem Transport nach Hadamar eine Verschlechterung ihres Zustandes zugezogen habe. Wegen seines Wunsches nach Überführung der Toten wandte er sich mehrfach an Hadamar und an den Landesrat Bernotat, womit er jedoch während des Krieges keinen Erfolg hatte. Der neue Direktor Hadamars klärte Herrn H. 1945 darüber auf, daß zu der damaligen Zeit die Toten zu mehreren in ein Grab gelegt worden seien und eine Überführung nun zwar erlaubt, jedoch aus diesem Grunde nicht durchführbar sei.

Frau Erna H. war nach zwei Aufenthalten in Neustadt 1938 erstmals in die Psychiatrische und Nervenklinik in Hamburg eingewiesen worden und kam dort erneut am 15. März 1939 »wegen manischer Phase« durch einen niedergelassenen Arzt zur Aufnahme. Die Patientin wurde als vorbeirend, abweisend und grimassierend beschrieben, es sei »ganz dasselbe Bild wie während ihres früheren Aufenthaltes hier«. In diesem Zustand wurde sie bereits sechs Tage später mit der Diagnose »Schizophrener Endzustand« ohne weitere besondere Behandlung im Alter von 46 Jahren nach Langenhorn weiterverlegt. Der Krankengeschichte dort ist zu entnehmen, daß die Patientin in der letzten Zeit besonders bei Fliegeralarm so »sehr getobt und geheult« habe, daß die Nachbarn sich beschwerten und der Ehemann sich nicht mehr helfen könne. Er habe sich nachts an die Polizei wenden müssen, die dann die Einweisung veranlaßt habe. Im Laufe des Aufenthaltes wird ein ähnliches Zustandsbild wie zuvor beschrieben, allerdings soll Frau Erna H. plötzlich Mitpatientinnen geschlagen und sich nicht beschäftigt haben. Nach einer vorübergehenden Entlassung 1940 wurde die Patientin wieder aufgenommen. Während des Aufenthaltes war sie »anfangs mit etwas Nähen beschäftigt«, sie »mußte die Arbeit aber wegen stärker werdender choreatischer Unruhe aufgeben«. Im März 1943 war die Patientin schließlich »wegen starker innerer Hemmungen nicht zu beschäftigen«; sie war »meistens gereizt und abweisend« und wurde am 21. Juli 1943 von Dr. Knigge mit der Diagnose: »Schizophrenie mit hemichoreatischem Syndrom« nach Hadamar verlegt. Bereits am 27. Juli 1943 folgte die übliche, den gewaltsamen Tod umschreibende Eintragung: »27.7.1943 Erkrankt an Pneumonie. Verwandte sind benachrichtigt. 2.8.1943 heute exitus an Pneumonie.« Während des stationären Aufenthaltes hielt der Ehemann regelmäßig Kontakt zu Frau Erna H., was auch schon im 1940 ausgefüllten Meldebogen vermerkt war. Er fragte häufiger um Entlassung nach, wobei, wie geschildert, eine Probeentlassung fehlschlug. Dieser regelmäßige Kontakt konnte nicht verhindern, daß Frau Erna H. abtransportiert und getötet wurde.

### **Der Transport vom 7. August 1943 – allgemeine Beschreibung und Einzelschicksale**

Am 7. August 1943 wurden 97 Patientinnen nach Hadamar abtransportiert. Für die Untersuchung konnten die Akten von 92 Frauen ausgewertet werden. Auch hier wurden zusätzliche Informationen über den Tod der Frauen aus dem Sterbeverzeichnis Hadamars gewonnen. Das Charakteristikum dieses mit Abstand umfangreichsten Hadamar-Transportes war, daß er in unmittelbarem Zusammenhang mit den schweren Bombenangriffen auf Hamburg stand, weshalb im folgenden auf das Einweisungsgeschehen auch besonders eingegangen werden soll.

Unter den abtransportierten Frauen waren drei 17jährige, ein 18- und ein



## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

20jähriges Mädchen, also insgesamt fünf Minderjährige (5,2 %). 20 Frauen (20,6 %) waren zwischen 21 und 40 Jahre, 35 Patientinnen (36 %) zwischen 41 und 60 Jahren alt. Die größte Gruppe bildeten mit 23 Frauen (23,7 %) die 61- bis 80jährigen; älter als 80 Jahre waren darüber hinaus 14 Frauen (14,4 %). Die jüngste Patientin dieses Transportes war 17 Jahre, die älteste 90 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug bei diesem Hadamar-Transport 52 Jahre (vgl. Tabelle 1). Hinsichtlich des Familienstandes bildeten mit insgesamt 42 Patientinnen die verheirateten Frauen (43,3 %) die größte Gruppe. Sechs Frauen (6,2 %) waren geschieden, 15 (15,5 %) verwitwet und 18 (18,6 %) ledig. Bei über 16 Personen konnten keine Angaben ermittelt werden (vgl. Tabelle 3). In diesem Transport befanden sich nachweislich zwei Frauen aus dem östlichen Ausland.

Bei 23 Patientinnen (23,7 %) bestand zuvor kein psychiatrisch-stationärer Aufenthalt, 26 Frauen (26,8 %) waren nur bis zu einem halben Jahr vor der Einweisung nach Langenhorn in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden. Drei Patientinnen (3,1 %) hatten einen Aufenthalt von bis zu einem Jahr hinter sich, so daß mindestens 53,6 % zur Gruppe der Ersterkrankten gehörten. Zu den Langzeitpatientinnen hingegen zählten mit Sicherheit sieben Frauen (7,3 %) (vgl. Tabelle 13).

Eingewiesen wurden die Langenhorner Patientinnen in 24 Fällen (24,7 %) von der Psychiatrischen und Nervenklinik, 19 Frauen (19,6 %) von niedergelassenen Ärzten. Drei (3,1 %) kamen aus Versorgungsheimen zur Aufnahme, fünf (5,2 %) aus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, jeweils vier (je 4,4 %) wurden aus allgemeinen Krankenhäusern und von Rettungstellen, von denen sie offensichtlich auf der Straße aufgegriffen worden waren, zur Aufnahme gebracht. Jeweils drei Patientinnen (je 3,1 %) kamen aus Hilfskrankenhäusern, den Alsterdorfer Anstalten oder wurden durch die Polizei eingeliefert. Jeweils eine Patientin kam durch das Gesundheitsamt und aus einem Lager des Arbeitsdienstes, zwei (2,1 %) kamen durch Angehörige zur Aufnahme. Aus sonstigen Heimen kamen sechs Frauen (6,2 %), zehn (10,3 %) hatten unbekannte Einweiser und trugen gleichzeitig die Diagnose »Bombenschaden«. Bei neun weiteren Frauen (9,3 %) konnte kein Einweiser festgestellt werden (vgl. Tabelle 2).

Allein 30 Patientinnen (30,9 %) dieses Transportes gelangten während der Zeit der heftigen Bombenangriffe auf Hamburg zwischen dem 25. Juli und 3. August 1943 nach Langenhorn. Sie wurden von Angehörigen, von Rettungstellen oder niedergelassenen Ärzten eingewiesen, wurden aus dem am 29. Juli 1943 zerstörten Gerhardt-Wagner-Krankenhaus verlegt oder kamen aus beschädigten Altersheimen wie dem Altenheim in der Neuen ABC-Straße in der Innenstadt oder dem Keitelstift im stark betroffenen Barmbek. Die 30 Patientinnen waren überwiegend älteren Jahrgangs, nur zwei waren mit 17 und 37 Jahren unter 40. Zwischen 41 und 60 Jahren waren 13 Frauen, zwischen 61 und 80 Jahren neun Patientinnen, älter als 80 Jahre waren

sechs Frauen. Wohnungslos umherirrend wurden besonders alte Menschen aufgegriffen, die sich z.B. aus einem Bunker in der allgemeinen Verwirrung entfernt hatten. Ihr Schicksal geht aus Briefen von Angehörigen hervor, die sie anschließend verzweifelt gesucht hatten und oft erst durch eine Todesbenachrichtigung aus Hadamar Auskunft über ihre Verlegung erhielten.

Vielfach bemühten sich die Angehörigen noch rechtzeitig um die Rückverlegung aus Hadamar, was in vier Fällen gelang. Es handelte sich um Frau Auguste E., die am 27. Juli 1943 70jährig aus Niendorf »bombengeschädigt« nach Langenhorn kam. Sie wurde auf Bemühungen des Ehemannes hin am 4. Oktober 1943 nach Hause entlassen. Ebenfalls kam auf Druck ihrer Angehörigen am 25. September 1943 Frau Trude Sch. frei. Sie war im Alter von 41 Jahren nach einem Bombenangriff aus einem unbekannt gebliebenen Stadtteil bewußtlos in Langenhorn eingeliefert worden. Auch die 48jährige Frau Frieda E., wohnhaft in Rahlstedt, wurde am 7. Dezember 1943 nach Hause entlassen. Ihrer Personalakte liegen mehrere an Hadamar gerichtete Entlassungsgesuche des Ehemanns bei, die dieser so lang wiederholte, bis seinem Wunsche schließlich entsprochen wurde. Es überlebte auch die 50 Jahre alte Frau Luise B., die »bombengeschädigt« aus Hamburg-Barmbek kam. Sie wurde bereits am 21. August 1943 nach Hause entlassen.

Zwei alte Patientinnen starben bereits auf dem Transport nach Hadamar »an Erschöpfung«. Frau Antonie H., 68 Jahre alt, war »hocherregt« aus Eimsbüttel am 1. August 1943 nach Langenhorn gekommen; sie wurde von einer Sanitärerkolonie gebracht und war nicht in der Lage, nähere Angaben zu machen. Frau Marie R., 82jährig, wurde am 3. August 1943 eingeliefert; der Wohnort blieb unbekannt. Sie soll keine Angehörigen gehabt haben und wurde mit der Diagnose: »Verwirrtheit bei Bombenschaden« nach Hadamar weiterverlegt.

Bis auf zwei unbekannte Schicksale starben die übrigen »bombengeschädigten« 22 Frauen in Hadamar zwischen dem 11. August und dem 12. November 1943. Die Patientin Therese L. z.B. kam am 2. August aus Winterhude; sie trug einen Erkennungstreifen aus Pappe, der mit einem Band an ihr befestigt war. Ein solcher Streifen wurde offensichtlich von Rettungsstellen nach der Bergung verwendet. Die Patientin starb am 12. November 1943 in Hadamar. Eine Tochter hatte ihre Mutter nach einem Bombenangriff auf den Stadtteil St. Pauli verloren. Die 70jährige Frau Henriette L. war »aus dem großen Bunker entlaufen« und wurde von der Tochter »seit dem 26.7.« gesucht. 1947 wandte sich diese Angehörige noch einmal an Hadamar, sie wollte die Todesursache der am 28. August 1943 gestorbenen Mutter wissen, weil »in Hadamar gemordet« wurde. Andere Angehörige fragten nach Bekanntwerden des Todesfalles, weshalb eigentlich die Patientin z.B. nur vier Tage nach dem Abtransport gestorben sei, in Hamburg sei sie in Langenhorn doch völlig gesund gewesen.

Zusätzlich zu diesen 30 Patientinnen kamen im Zeitraum Juni bis August

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

1943 noch weitere 13 Frauen nach Langenhorn, bei denen jedoch kein unmittelbarer Zusammenhang mit Bombenangriffen festzustellen ist. Es wurden somit in diesen drei Monaten 44,3 % aller Patientinnen eingewiesen, die mit dem Transport vom 7. August 1943 dann deportiert wurden. Bei ihnen fällt auf, daß sie eingewiesen wurden besonders wegen »Unruhe«, »Verwirrtheit«, »Nervenzusammenbruch«, auch wegen eines Schlaganfalls oder eines Suicidversuchs; unter ihnen waren aber nur zwei Frauen mit der eindeutigen psychiatrischen Einweisungsdiagnose »Schizophrenie«. Diese Patientinnen kamen aus der Psychiatrischen und Nervenlinik (hier auch aus dem Hilfskrankenhaus Kaiser-Friedrich-Ufer), aus Versorgungsheimen, von niedergelassenen Ärzten oder aus Hilfskrankenhäusern. Sie waren ebenfalls zumeist älter; es befanden sich nur zwei junge Frauen von 17 bzw. 28 Jahren unter ihnen, die übrigen waren zwischen 41 und 83 Jahren alt. Es überlebten nur zwei dieser 13 Frauen. Frau Martha B., 42 Jahre alt, war seit 1938 in der Psychiatrischen und Nervenlinik bekannt und kam wegen einer affektiven Psychose nach Langenhorn. 1953 verlangte sie von der Anstalt Auskunft darüber, wer sie in die »Mordanstalt« verlegt hätte, und lobte zwei Hadamar-Schwester, denen sie ihr Überleben zu verdanken glaubte. Ebenfalls überlebte die 17jährige Gerda St., die am 11. Oktober 1943 von ihren Eltern abgeholt wurde. Die übrigen elf Frauen starben zwischen dem 16. August 1943 und dem 24. Juli 1944. Am längsten überlebten eine 49jährige Patientin, die schon in Langenhorn immer nach Arbeit verlangt hatte, eine »Reinmache-frau«, die am 9. Juni 1943 als Ersterkrankte nach Langenhorn gekommen war, sowie eine weitere 65jährige, deren Tochter sich zuvor verzweifelt durch Eingaben bemüht hatte, sie in ein Altersheim verlegen zu lassen, was lange von den zuständigen Stellen geprüft wurde. Nachdem man in Hadamar den Eindruck hatte, daß sie für das betreffende Heim zu pflegebedürftig sei, starb sie am 26. April 1944.

Bei der Häufigkeit der Einweisungsdiagnosen (vgl. Tabelle 5) dieses Transportes lag »Schizophrenie« mit 26 Nennungen (26,8 %) an erster Stelle, gefolgt von »Verwirrtheit bei Bombenangriffen« in 23 Fällen (23,7 %). 15 Patientinnen (15,4 %) wurden wegen psychischer Störungen des höheren Alters, jeweils sechs (6,2 %) wegen affektiver Psychose und Psychopathie eingewiesen. Jeweils eine Patientin kam wegen Hirnerkrankung mit psychischen Störungen, progressiver Paralyse und einer körperlichen Erkrankung zur Aufnahme, acht Diagnosenennungen (8,3 %) waren dem vorliegenden Schema nicht zuzuordnen. In zehn Fällen (10,3 %) ist die Einweisungsdiagnose nicht bekannt.

Hauptsächlicher Kostenträger war für 47 Frauen (48,5 %) wieder die Sozialbehörde, für 14 (14,4 %) die Krankenkasse, für eine Frau allein die Rentenversicherung. 13 Frauen (13,4 %) waren Selbstzahlerinnen, in 22 Fällen (22,7 %) blieb der Kostenträger unbekannt.

Der Aufnahmemodus (vgl. Tabelle 6) der letzten Einweisung nach Langen-

horn war bei 81 (83,5 %) der Patientinnen formal freiwillig, zehn (10,3 %) kamen aufgrund des § 22 Verhältnisgesetz zur Aufnahme, in sechs Fällen (6,2 %) blieb der letzte Aufnahmemodus unklar. In elf Akten befinden sich Kopien des nach Berlin abgesandten Meldebogens, wobei in zwei Fällen das Ausstellungsdatum nicht ersichtlich ist. Von den übrigen neun wurden zwei Formulare noch nach dem offiziellen Stopp der ersten Tötungsaktion ausgestellt.

Angaben über eine Sterilisation, durchgeführt zwischen 1934 und 1935, sind in sechs Akten zu finden. In einem Falle hatten die Eltern einer 24jährigen Patientin die Erlaubnis zum Eingriff nicht gegeben. Es wurde für sie dann eine öffentliche PflEGschaft für diesen Vorgang eingerichtet. Bei einer weiteren Patientin wurde der schon gestellte Antrag zurückgenommen, ohne daß hierfür besondere Gründe ersichtlich sind.

Kontakt zu ihren Angehörigen hatten, so lange sie noch in Langenhorn waren, 52 Patientinnen (53,6 %), 24 (24,7 %) von ihnen hatten nachweislich keinen Kontakt mehr. Sieben (7,2 %) Patientinnen besaßen keine Angehörigen, in 14 Fällen (14,4 %) waren hier keine Aussagen zu treffen (vgl. Tabelle 4).

Insgesamt 27 Patientinnen (27,8 %) wurden als nicht, 31 (31,9 %) als leicht und fünf (5,2 %) als schwer pflegebedürftig beschrieben. In 34 Fällen (35,1 %) konnte allerdings keine entsprechende Eintragung gefunden werden (vgl. Tabelle 11). Die Beurteilung des Verhaltens (vgl. Tabelle 10) war bei 27 Patientinnen (27,8 %) positiv, 29 (29,9 %) wurden als mittelgradig störend und 7 (7,2 %) als sehr störend beschrieben, so daß eine negative Beurteilung bei 37,1 % der Frauen ausgesprochen wurde. In 34 Fällen konnte hinsichtlich der Verhaltensbewertung keine Aussage getroffen werden.

Die Arbeitsleistung von sechs Frauen (6,2 %) soll sehr gut gewesen sein, zwölf (12,4 %) haben den Akteneintragungen nach eine mittelmäßige, 35 (36,1 %) eine schlechte oder keine Arbeit geleistet. Die negative Beurteilung überwog demnach mit 48,5 %. In 44 Fällen (45,3 %) aber sind über die Beurteilung dieses Kriteriums keine Eintragungen zu finden. »Produktiv« tätig waren somit nur 6,2 %. Es handelt sich hierbei um Mindestangaben (vgl. Tabelle 12). Prognostisch (vgl. Tabelle 9) günstig wurden sechs Frauen (6,2 %) beurteilt, 49 (50,5 %) dagegen ungünstig, 42 Angaben (43,3 %) fehlen hier.

Unter den in die Tötungsanstalt verlegenden Langenhorner Ärzte (vgl. Tabelle 7) war Steinbömer bei diesem Transport mit 51 Fällen (52,5 %) am stärksten beteiligt; ihre Patientinnen kamen aus den Häusern F 9, F 14 und nur in einem Fall aus M 6. 19 Patientinnen (19,6 %) wurden von Knigge aus den Häusern M 6, M 10 und M 9, sieben Patientinnen (7,2 %) von Körtke aus den Häusern F 14, F 16 und M 6 sowie eine Patientin von Saupe aus F 14 verlegt (18,6 % unbekannt). Als Hauptdiagnose (vgl. Tabelle 8) wurde in 35 Fällen (36,1 %) auf Schizophrenie erkannt (bei der Einweisung 26 Fälle), Alterserkrankungen wurden nun 24mal (24,7 %) (zuvor 15 Fälle) diagnosti-

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

ziert. Verwirrtheit bei Bombenschaden wurde nur noch in 18 Fällen (18,6 %) angegeben (zuvor bei 23 Patientinnen), 7 Patientinnen (7,2 %) litten nach Meinung der in Langenhorn behandelnden Ärzte an einer affektiven Psychose (zuvor bei der Einweisung 6 Fälle). In einem Fall wurde eine Erkrankung des Nervensystems genannt. Die Zahl der Lueserkrankten stieg von einer auf drei Patientinnen (3,1 %). Nur in einem Fall wurde Psychopathie diagnostiziert, unklare Diagnosezuordnungen waren jetzt nicht mehr vertreten. In acht Fällen (8,3 %) blieb die Verlegungsdiagnose unbekannt.

Auffällig ist, daß vor dem Abtransport insgesamt 49 Frauen aus dem Haus F 14, 13 Patientinnen aus M 6, 12 aus F 9 und 7 Frauen aus M 10 in andere Häuser verlegt wurden, was möglicherweise mit einer weitgehenden Räumung dieser Häuser zusammenhängt. Im Zeitraum der heftigsten Bombenangriffe war es eine Aufgabe der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, wie zuvor schon beschrieben, freie Bettenreserven zu schaffen.

Von den 51 Patientinnen, die von Steinbömer ausgesondert wurden, waren zuvor 43 nur von ihr behandelt worden. Fünf Patientinnen waren ihr jedoch am 30. Juni 1943 durch Saupe von F 16 nach F 11 verlegt worden. Zwei der von ihr betreuten Patientinnen verlegte sie selber zum gleichen Zeitpunkt auf diesem Wege. Weitere drei Patientinnen waren von Schlippe zwei bis acht Wochen vor ihrem Abtransport zu Steinbömer verlegt worden. Briefen ist zu entnehmen, daß in dieser Zeit Haus F 16 geräumt wurde. In den meisten Fällen sind in den Akten der von Steinbömer verlegten Frauen nur wenig abschließende Eintragungen von ärztlicher Hand zu finden, die letzte lautete zumeist »Evakuierung«. Von den 19 von Knigge aus M 6 und M 10 vorwiegend als »unverändert« verlegten Patientinnen waren neun nur zwei bis neun Wochen zuvor von Steinbömer, insbesondere von F 9, in eines dieser Häuser verlegt worden. Eine Patientin wurde ihm nur drei Wochen vor Abtransport von seinem Kollegen Dr. Kerl aus Haus F 16 überwiesen. Steinbömer verlegte offensichtlich die Patientinnen zu Knigge, weil sie »hinfällig, nicht mehr ansprechbar«, »nächtlich besonders unruhig«, »unsauber« und »hoch unruhig und verwirrt« waren. Knigge selbst ließ diese Patientinnen zumeist als »unverändert« abtransportieren, ohne den Eintragungen der vorbehandelnden Ärzte in der Krankenakte noch etwas hinzuzufügen. Eine seiner ausschließlich zuvor von ihm behandelten Patientinnen bezeichnete er jedoch vor dem Abtransport als »affektiv gänzlich abgebaut, reagiert nur noch mit Reizbarkeit und zerfahrenen Schimpfreden«, »stumpf und fast keine Änderung. Nach Hadamar verlegt«. Die sieben von Körtke ausgesonderten Patientinnen kamen in fünf Fällen aus Haus F 14, eine aus F 16 sowie eine weitere aus M 6. Ihre Akten trugen zumeist als einzige letzte Eintragung, die von Körtke abgezeichnet war, den Vermerk »evakuiert«, jedoch auch in einem Falle die Bewertung »wechselnd, zeitweilig geordnet, [...] zu anderen Zeiten apathisch. Nach Hadamar verlegt«. Darüber hinaus wurde eine Patientin von Saupe nach Hadamar verlegt, eine von Gehrke, in 18 Fällen (18,6 %) blieb der verlegende Arzt unbekannt.

Die Aufenthaltsdauer der Patientinnen des Transportes vom 7. August 1943 in Langenhorn betrug im Mittel nur drei Monate, die geringste dabei vier Tage, die längste 34 Jahre. Durch den zusätzlichen Aufenthalt in Langenhorn waren inzwischen 22 Frauen (22,7 %) Langzeitpatientinnen geworden, von ihnen waren zwölf über fünf Jahre und zehn ab zwei Jahre psychiatrisch-stationär behandelt worden. Der Anteil der Ersterkrankten bestand aber noch aus 41 Frauen (42,3 %). Nicht festgestellt werden konnte die Gesamtaufenthaltsdauer für 28 Patientinnen (28,9 %), von denen aber zum Zeitpunkt der schweren Angriffe 16 eingewiesen wurden, 13 davon mit der Diagnose »Bombenschaden«. Diese Patientinnen könnten durchaus noch nie psychiatrisch-stationär behandelt worden sein.

Die Angehörigen hielten noch in 52 Fällen (53,6 %) Kontakt zu ihren Kranken nach deren Verlegung. 40 schrieben Briefe, zwölf kamen zu Besuch nach Hadamar. In 23 Fällen nahmen Angehörige erst nach dem Tod der Patientinnen Kontakt zur Tötungsanstalt auf, in acht Fällen waren Beziehungen zu Angehörigen nach der Verlegung den Akten nicht zu entnehmen. In 14 Fällen fehlten jegliche entsprechenden Unterlagen.

81 der abtransportierten 97 Frauen starben nachweislich in Hadamar. Die Sterberate für diesen Transport betrug 83,5 %, 14 Patientinnen überlebten, zwei Schicksale blieben unbekannt. Die Überlebenszeit in der Tötungsanstalt Hadamar dauerte für 39 Patientinnen (40,2 %) nicht länger als einen Monat. 26 Patientinnen (26,8 %) wurden nach einer Aufenthaltsdauer von zwei bis sechs Monaten getötet, 13 Patientinnen (13,4 %) starben innerhalb von sieben bis zwölf Monaten. Nach über einem Jahr starben drei weitere Patientinnen. Die geringste Überlebenszeit betrug für zwei Patientinnen nur einen Tag, die maximale Überlebensdauer etwas mehr als anderthalb Jahre. Das Sterbedatum einer Patientin ist nicht bekannt.

Anhand der Datenerhebung ergibt sich eine eindeutige Abhängigkeit zwischen Pflegeaufwendigkeit und Überlebenszeit. Die im ersten Monat nach Ankunft getöteten Patientinnen waren nur in zwei Fällen nicht pflegeaufwendig. Ein eindeutiger Zusammenhang besteht ebenfalls in der Abhängigkeit von Arbeitsleistung und Überlebenszeit. Nur zwei Patientinnen (2,2 %), die während des ersten Monats nach Ankunft starben, waren gute oder regelmäßige Arbeiterinnen, jedoch waren 16 (16,5 %) von ihnen nicht arbeitsfähig. 18 Patientinnen gehörten der Gruppe an, für die anhand der Aktenlage keine Aussage getroffen werden konnte. Eine Beziehung zwischen Verhaltensauffälligkeit und Überlebensdauer ist dagegen auch bei diesem Transport nicht deutlich.

Anhand von Beispielen soll im folgenden zunächst verdeutlicht werden, weshalb und durch welche Umstände einige Patientinnen den Aufenthalt in Hadamar überlebten. Es handelte sich dabei um 14 Frauen, von sechs Patientinnen ist das weitere Schicksal nach Abtransport aus Langenhorn nicht bekannt. Im Anschluß daran werden Fallbeispiele getöteter Frauen dargestellt.

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

Frau Liselotte A., deren erster Psychiatriaufenthalt im November 1942 in der Psychiatrischen und Nervenlinik begonnen hatte, wurde im März 1943 im Alter von 27 Jahren nach Langenhorn verlegt. Sie war verheiratet und lebte mit ihrem Ehemann zusammen. Sie wurde in der Langenhorner Krankenakte als »äußerlich geordnet«, »oft kaum zugänglich und ablehnend, dann wieder bettflüchtig und recht lebhaft, zuweilen patzig und ungezogen« beschrieben. Während der Besuchszeit sei sie erregt gewesen, habe ihre Mutter angeschrien, sich erst gegen Abend wieder beruhigt. Die Patientin war Ende Juni von Steinbömer nach F 14 verlegt worden und wurde am 7. August 1943 »evakuiert nach Hadamar wegen Luftangriffen«. Diese Eintragungen sind von Körtke und Steinbömer abgezeichnet. Die einzige Hadamarer Eintragung durch Wahlmann stammt vom 15. Oktober 1943. Er schrieb: »Still, für sich, ganz von ihren wahnhaften Vorstellungen und Sinnestäuschungen absorbiert. Mutter will die Kranke in die Lüneburger Heide bringen. Entlassen [...] gegen Revers.« Vorgegangen waren etliche Bemühungen von seiten der Familie, die sich an den Hadamarer Anstaltsleiter und direkt an die Zentralverrechnungsstelle der Heil- und Pflegeanstalten wandte, die für Hadamar zuständig und seinerzeit in Linz/Donau ansässig war. Die Mutter, die in den letzten Monaten, wie aus der Akte ersichtlich, sehr geordnete Briefe von ihrer Tochter bekommen hatte, schilderte brieflich, daß sie keinen krankhaften Zustand bei einem Besuch in Hadamar feststellen konnte. Wahlmann hatte zunächst die Entlassung der Tochter abgelehnt, die in luftgefährdete Gebiete während des Krieges nicht erlaubt war. Die Mutter der Patientin bot aus diesem Grunde in dem Brief an die Zentralverrechnungsstelle an, ihre Tochter in ein ungefährdetes Gebiet in der Lüneburger Heide in Pflege zu geben. Ebenfalls erbat die Mutter vom früheren Arbeitgeber der jungen Frau, ihr ein gutes Zeugnis nach Hadamar zu schicken, das der Akte beiliegt. Nach der Entlassung wurde Frau Liselotte A. im Frühjahr 1945 als Schwangere erneut in die Psychiatrische Abteilung eingewiesen, wo sie als »mutistisch« und ihrer Entbindung stumpf entgegensehend beschrieben wurde. Sie wurde zur Entbindung ins Universitätskrankenhaus verlegt und starb dort fünf Tage später, am 24. März 1945, nach Entbindung von einem Achtmonatskind. Diese letzte Eintragung stammte von Schlippe und war ohne weitere Angaben.

Die Patientin Martha B., bereits 1927 und 1938 wegen einer manisch-depressiven Erkrankung psychiatrisch-stationär behandlungsbedürftig, wurde am 4. Juli 1943 wegen eines Erregungszustandes nach Langenhorn eingewiesen. Sie wurde dort als »laut, ideenflüchtig. Rededrang, zerreißt alles« beschrieben und am 7. August 1943 im Alter von 42 Jahren nach Hadamar »evakuiert«. Unterschrieben wurde diese Verlegung von Steinbömer. Die einzige ärztliche Eintragung in der Krankenakte von seiten Hadamars geschah am 28. Dezember 1943 durch Wahlmann, der die Patientin gebessert entließ. Vorgegangen war, daß die Patientin Briefe von Angehörigen erhalten hatte, wobei besonders der Vater wiederholt auf Entlassung drängte. Den Kran-

kenakten beigelegt ist ein Brief der Patientin vom 20. Juli 1953, gerichtet an die Verwaltung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn. Sie erkundigt sich in einem empörten und sarkastisch gehaltenen Brief, wer ihre Verlegung »nach dem Großangriff auf Hamburg ausgerechnet in die Mordanstalt Hadamar« veranlaßt habe. U.a. schreibt sie: »[...] es ist Ihnen da ja nicht gelungen mich durch Hungerspritzen und Pillen ins Jenseits zu befördern; weil ich daselbst noch gute Menschen fand, die mir von ihrem Essen abgaben. Ja, wenn ich Schwester Käthe und Sch. Emmi nicht gehabt hätte, wäre ich wohl verloren gewesen. Die Herren selbst in Hadamar praßten, u. wenn man an der Küche vorbei in Garten geführt wurde, roch es da nach den erlesensten Gerichten u. wir bekamen Wassersuppen, trockene Pellkartoffeln die wir vor Hunger mit der Schale verschlangen. Besten Dank, ein schönes Krankenhaus, wo man von einem Herrn solange mit dem Kopf auf die eiserne Bettstange geschlagen wird, weil man ihm vorwarf, daß sie die Patienten hungern ließen u. sie hernach durch Pillen und Spritzen leichter um die Ecke bringen konnte. Mit Gewalt wurden sie ihnen eingetrichtert u. wenn sie noch so schrien: »Ihr wollt mich töten«. Ich staune heute noch, daß ich diese Hölle lebend verlassen durfte. Ich habe meine Gründe, daß es mich interessiert zu erfahren, wem ich diese schrecklichen Monate (denn am 30. Dez. 43 holte meine Schwägerin Frau E.B., mich aus diesem lebensgefährlichen Kerker raus), verdanke.« In einem Schreiben teilte der leitende Oberarzt Dr. K. der Patientin mit, daß ihre Krankengeschichte nicht im Archiv vorhanden sei und die Frage nicht beantwortet werden könne, wer die Überweisung veranlaßt habe.

Eine weitere überlebende Patientin des Transportes vom 7. August 1943 war Frau Anna B. Sie war zur zweiten Aufnahme 1942 wegen einer Schizophrenie nach Langenhorn gekommen, lebte von ihrem Ehemann getrennt und war beim Abtransport nach Hadamar 41 Jahre alt. Die einzige ärztliche Aufzeichnung stammt aus dem Januar 1942, geschrieben von Steinbömer, die sie als »stuporös, mutistisch« bezeichnete. Die nächste und letzte Langenhorner Eintragung vom 7. August 1943 lautete: »evakuiert nach Hadamar wegen Luftangriffen« und stammte von anderer, unbekannter Handschrift. Es findet sich in den Akten als nächste Eintragung eine kurze Exploration vom September 1945 in Hadamar, in der die Patientin nicht nach der Zeit zuvor gefragt wurde; aufgrund ihrer offensichtlichen Denkzerfahrenheit wurde bei ihr die Diagnose »Altersschizophrenie« gestellt. Frau Anna B., die als z.T. erregte und gereizte, jedoch fleißige Arbeiterin in der Waschküche bezeichnet wurde, blieb bis zum 23. Juli 1953 in Hadamar und wurde zu diesem Zeitpunkt »im Zuge einer Verlegung von Patienten aus der Hamburger Gegend in die Ricklinger Anstalten (Holstein) verlegt«. In der Hadamarer Zeit hatte sich bisweilen ihre Schwester brieflich nach ihr erkundigt und auch angefragt, ob sie entlassen werden könnte.

Die Patientin Louise B., bei der Verlegung nach Hadamar 70 Jahre alt und verwitwet, war wegen »Verwirrtheit bei Bombenschaden« am 3. August



## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

1943, unmittelbar nach den Luftangriffen, nach Langenhorn eingewiesen worden. Offensichtlich war eine Krankenakte in der allgemeinen Verwirrung nicht mehr angelegt worden. Die einzige Eintragung zu ihrem Krankenverlauf betrifft die Evakuierung. Es ist ersichtlich, daß Frau Louise B. auf Veranlassung einer Familienangehörigen am 21. August 1943 gegen ärztlichen Rat aus Hadamar entlassen wurde, nachdem zuvor von einem Bauern eine schriftliche Bestätigung eingetroffen war, daß er sie in seinem Hause auf dem Lande aufnehmen würde. Auch hier waren erhebliche Bemühungen notwendig, damit die Patientin entlassen wurde.

Die angeführten Beispiele machen deutlich, daß neben der Beurteilung als »fleißige Arbeiterin«, wie bei den in den Bombennächten eingelieferten Frauen, vor allem die intensiven Bemühungen von Angehörigen die Patientinnen vor dem sicheren Tod in Hadamar gerettet haben. Aber auch das bot nicht immer Gewähr für ein Überleben, wie im folgenden dargestellt werden soll. Vielfach vermochten Angehörige auch nicht mehr in das Geschehen einzugreifen, weil sie von der Einweisung und Verlegung gar nicht oder zu spät erfuhren, und der jungen kranken Zwangsarbeiterin aus Rußland stand ohnehin überhaupt niemand beiseite.

Frau Magdalene W. wurde am 27. Juli 1943 im Alter von 81 Jahren mit der Diagnose: »Bombengeschädigt, Dementia senilis« nach Langenhorn eingewiesen. Die Krankenakte der Patientin hat nur zwei Langenhorner Eintragungen. Die erste stammt vom Aufnahmetag. Es ist vermerkt, daß die Patientin »verwirrt« und »desorientiert« war. Die nächste Eintragung ist vom Verlegungstag, sie lautet: »Evakuierung nach Hadamar wegen Luftangriffen.« Abgezeichnet sind beide Vermerke von Steinbömer. In Hadamar wurde bereits am 23. August 1943 in die Akte eingetragen: »Verfällt rapide. Herzschwäche. Exitus an Marasm. senil.« Am 17. Februar 1944 schrieb die Schwiegertochter einen Brief an die Heilanstalt Hadamar: »Nach langem Suchen erfahre ich heute, daß meine Schwiegermutter Frau Magdalene W. aus Hamburg [...] einige Tage nach der Katastrophe im Juli 1943 mit mehreren alten Damen auf ein Auto verladen worden ist. Von dieser Zeit an ist sie nirgends gemeldet, und für uns unauffindbar. Heute höre ich nun, daß die Möglichkeit besteht, daß meine Schwiegermutter in obiger Anstalt Aufnahme gefunden hat. Sollte dieses der Fall sein, so bitte ich Sie um Nachricht. Meine Schwiegermutter ist geistig etwas schwach, kann sich aber von früheren Zeiten viel erinnern, und erzählt auch davon. Doch vergißt sie schnell was gestern und heute gewesen ist. Da mein Mann im Monat März auf Urlaub kommt, und er doch gern wissen möchte wo sich seine Mutter befindet und wie es ihr geht, schreiben Sie mir doch bitte genaueres darüber.« Die Schwiegertochter wurde von Hadamar über den Tod der Patientin unterrichtet.

Frau Amalie K. kam im Alter von 77 Jahren erstmals in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, wo sie in das Haus F 14 aufgenommen wurde. Von ihren Unterlagen liegt nur die Personalakte, der kein Aufnahmedatum

zu entnehmen ist, vor. Frau Amalie K. konnte selbst noch Angaben zur Person machen, sie hatte bis zur Einweisung in Hamburg-Winterhude gelebt und war verwitwet. Offensichtlich hatten weder Langenhorn noch Hadamar den Sohn über die Aufnahme und die Verlegung seiner Mutter informiert. Der Sohn schrieb am 1. September 1943 nach Hadamar: »Ich bestätige den Erhalt des an meine Schwester gerichteten Schreibens vom 27.8.1943. Sie teilen mit, daß meine Mutter bereits am 16.8.1943 dort verstorben ist. Ich muß mein Befremden darüber zum Ausdruck bringen, daß wir nicht unverzüglich von ihrem Ableben in Kenntnis gesetzt worden sind. Oder hielt man es nicht für nötig, da es sich um Evakuierte aus Hamburg handelt? Für eine derartige Mitteilung braucht m.E. der Eingang der Akte aus der vorherigen Anstalt nicht abgewartet zu werden. Mir ist nicht bekannt geworden, daß meine Mutter in eine Anstalt aufgenommen worden ist, denn sie hat bis zuletzt mit meiner Schwester zusammengewohnt. Sie hat in der Nacht vom 29./30. Juli 1943 durch Fliegerangriff alles verloren und ist obdachlos geworden. Am 31.7.1943 hat sich meine Mutter von meiner Schwester entfernt, ohne Nachricht zu hinterlassen. Wir haben sie als vermißt gemeldet. Eine Anfrage bei der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, ob sie dort aufgenommen sein könne, ist bisher unbeantwortet geblieben. Meine Mutter war bis zuletzt geistig rege und hat dem Hauswesen ohne Beschwerden vorstehen können, sodaß wir uns die Aufnahme in eine Anstalt nicht erklären können. Ich bitte um Mitteilung, woran meine Mutter erkrankt und welches die Todesursache war. Die geforderten Urkunden kann ich z.Zt. nicht übersenden, da die Papiere vernichtet sind und erst beschafft werden müssen. Einen Freiumschlag füge ich bei.« Der Direktor Hadamars, Wahlmann, antwortete in den üblichen Worten: »Frau Amalie K. mußte wegen ihrer Anfälligkeit für dauernd im Bett gehalten werden. Einige Tage vor dem Tod trat ein rapider Verfall ein. Eine hinzugetretene Herzschwäche führte den Tod herbei. Besondere Wünsche wurden nicht mehr geäußert. Betr. der Urkunden dürfen wir um schnellste Herreichung derselben rechnen.«

Die 18jährige Marija U. wurde am 25. Mai 1943 mit der Diagnose »hysterischer Zustand« von Dr. N. nach Langenhorn eingewiesen. Sie kam aus dem Barackenlager der Norddeutschen Affinerie Hamburg. Bei der Einlieferung, so schrieb Steinbömer, sei die Russin erregt und aggressiv gewesen, habe alles durcheinander geredet und habe Wäsche zerrissen. Eine Anamnese sei nicht zu erheben, weil die Patientin weder ihr noch dem Dolmetscher antwortete. Auch im Pflegebericht der Langenhorner Schwestern wurde die Patientin als nicht antwortend beschrieben, sie habe sich sehr unterschiedlich verhalten, sei zeitweilig ruhig gewesen und habe geschlafen, in einer anderen Nacht sei sie dauernd außer Bett gewesen, habe an der Zimmertür geklopft und laut gejammert. Sie habe ihre Bettdecke auf den Fußboden gebreitet, laut gesungen und gebetet. Frau Marija U. sei »ziemlich widerstrebend«. Am 1. Juni 1943 trug Steinbömer ein, daß die Patientin zum Rücktransport gemel-

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

det sei. Vorangegangen war ein Schriftwechsel mit dem Arbeitsamt Hamburg, Abteilung Ausländer, das um Mitteilung gebeten hatte, ob die Frau für einen Arbeitseinsatz in Deutschland noch in Frage komme. Im anderen Falle solle die Bekanntgabe des Termines ihrer Transportfähigkeit erfolgen. Auch wurde die Russin von Dr. M. vom Arbeitsamt begutachtet, wobei das Ergebnis dem Aktenmaterial nicht zu entnehmen ist. Frau Marija U. wurde mit Eintragung: »Evakuiert wegen Luftangriffen nach Hadamar« am 8. August 1943 abtransportiert. Bereits vier Tage später wurde in Hadamar verzeichnet: »Erkrankt an Pneumonie. Erholte sich nicht mehr. Heute exitus an Pneumonie.«

Frau Henrietta L. wurde am 2. Juni 1943 aus ihrer Wohnung heraus wegen »Altersschwachsinn mit Erregungszuständen« nach Langenhorn eingewiesen. Als Haupterscheinungen der Krankheit wurden genannt, daß die Patientin aus der Wohnung fortgelaufen sei, ihre Wohnung nicht mehr in Ordnung halten könne und mit lautem Schreien ihren sehr gütigen Ehemann beschimpfe. Frau Henrietta L. war bei der Einweisung 67 Jahre alt, verheiratet und lebte in Wandsbek. Steinbömer stellte fest, daß die Patientin seit Jahren vergeßlich und seit vier Wochen unruhig sei, sie befinde sich jedoch in ausreichendem Allgemeinzustand, die inneren Organe seien ohne Befund. Frau Henrietta L. wurde als desorientiert, unruhig, verwirrt und halluzinierend beschrieben, auch als unsauber. Nachdem sie von Steinbömer mit der Diagnose: »Zerebralsklerose« am 30. Juni 1943 nach M 10 zu Knigge verlegt worden war, wurde sie am 7. August 1943 ohne weiteren Kommentar nach Hadamar abtransportiert. Frau Henrietta L. war zuvor in einem Pflegebericht von den Schwestern als verwirrt und sehr unruhig beschrieben worden. Sie packe dauernd mit dem Bettzeug umher, zerreiße Wäsche und führe oft Selbstgespräche, sei widerstrebend, wenn die Toilette durchgeführt werde. Bereits wenige Tage später stand in der Akte durch Wahlmann verzeichnet: »Verfall. Herzschwäche. 28.8.1943 exitus an Marasmus senilis«. Der Ehemann, der die Patientin in Langenhorn besucht hatte, schrieb am 14. September 1943 an die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn: »Ihre Benachrichtigung, daß meine Frau Henrietta L. nach der Heilanstalt Hadamar verlegt worden ist, habe ich erhalten, aber da ich bereits am 12.8. in Langenhorn für die Zeit vom 1. – 7.8. für die Pflege meiner Frau bezahlt habe und vom [...] 26.8.43 zu Besuch meiner Frau in Hadamar weilte, konnten Sie mir mit Ihrem Schreiben keine Neuigkeit mitteilen. Neu war für mich lediglich, daß ihre Maßnahme aus Sicherheitsgründen erfolgt sei. Es wird wohl ein Geheimnis der Leitung der Langenhorner Anstalt sein, worin die Sicherheit für solche Kranken bestehen soll, wenn sie bei großer Hitze auf eine ca. sechzehnstündige Bahnfahrt gesandt werden, um, wie meine Frau, dort im schwerkranken Zustande einzutreffen. Bei meiner Anwesenheit dort waren nach Auskunft des Verwalters von den letzten Transporten bereits 15 Personen verstorben, wo denn noch nicht einmal die Akten dort waren, am Mor-

gen Fr. 15.8. sah ich, daß [...] ein Sarg auf einem Handkarren zum Bahnhof gefahren wurde, und da meine Frau bereits am 28.8. gestorben ist, dürfte sie den 19. Sterbefall darstellen. Ich weiß seit langen Jahren, daß meine Frau keine Bahnfahrt vertragen konnte, aber leider bin ich nicht gefragt worden, hatte es aber auch nicht für möglich gehalten, daß verantwortungsbewußte Ärzte solchen Kranken eine derartige Reise zumuten konnten.«

### Vergleich aller Langenhorner Transporte nach Hadamar

Abschließend sollen nun alle sechs Hadamar-Transporte, also soweit wie möglich auch die bisher nicht näher analysierten Verlegungen, miteinander verglichen werden.

Es handelte sich bei allen Verlegungen fast ausschließlich um deutsche Frauen (4,3 % unbekannt). Wie bereits erwähnt, wurden mit dem Transport vom 21. Juli 1943 eine Frau aus dem westlichen Ausland und dem vom 7. August 1943 zwei Ostarbeiterinnen verlegt.

Das Durchschnittsalter war mit fast 60 Jahren am höchsten bei dem Transport vom 6. Juli 1943, der zu 56 % aus älteren Menschen von über 60 Jahren bestand, gefolgt vom Transport vom 14. Juli 1943, dessen Klientel ein durchschnittliches Alter von 55,4 Jahren hatte mit einem Altenanteil von 49 %. Ab Anfang Juli wurden bei den Hadamar-Transporten deutlich mehr alte Menschen abtransportiert. Die älteste Patientin wurde am 7. August 1943 verlegt, sie mußte noch mit 90 Jahren diese lange, für sie tödliche Reise antreten, die jüngste, eine 14jährige Patientin, kam am 14. Juli 1943 nach Hadamar und dort zu Tode. Im Gegensatz zur Aktion T4 wurden im Sommer 1943 alte Patientinnen nicht mehr geschont, sondern fielen den ständig neuen Räumungen in der Anstalt Langenhorn buchstäblich zum Opfer.

Tabelle 1: Alter bei Abtransport aus Langenhorn

Transport vom	minder-jährig	21-40 Jahre	41-60 Jahre	61-80 Jahre	üb. 80 Ja.	Durchschnitt in Jahren	Min. in Jahren	Max. in Jahren	Gesamtzahl
	Fälle%	Fälle %	Fälle %	Fälle %	Fälle %				
22.6.1943	1 2,0	15 30,6	19 38,8	12 24,5	2 4,1	48,0	17	86	49
29.6.1943	2 4,0	10 20,0	23 46,0	13 26,0	2 4,0	50,8	16	84	50
6.7.1943	1 2,0	6 12,0	15 30,0	25 51,0	3 6,0	59,4	16	87	50
14.7.1943	1 2,0	8 15,7	17 33,3	23 45,1	2 3,9	55,4	14	81	51
21.7.1943		5 10,0	24 48,0	19 38,0	2 4,0	54,0	30	82	50
7.8.1943	5 5,2	20 20,6	35 36,1	23 23,7	14 14,4	52,0	17	90	97
Gesamt	10 2,9	64 18,5	133 38,3	115 33,1	25 7,2	53,0	14	90	347

Die Frauen waren in 134 Fällen (38,6 %) hauptsächlich von der Psychiatrischen und Nervenlinik eingewiesen worden, besonders vertreten war dieser

## Verlegungen in Tötungsanstalten

Einweiser bei den Transporten vom 22. Juni 1943 mit 31 von 49 Frauen (63,2 %), gefolgt von der Verlegung vom 29. Juni 1943, deren Klientel in 24 von 50 Fällen (48 %) von der Klinik eingewiesen wurde. Zweithäufigster Einweiser waren die niedergelassenen Ärzte, die in der Zeit der Bombardierung Hamburgs offenbar besonders mit psychisch auffällig gewordenen Menschen konfrontiert wurden, sie wiesen insgesamt 51 von 348 Frauen (14,7 %) Langenhorn zu und waren ganz besonders beim Transport vom 7. August 1943 nach den heftigen Luftangriffen vertreten, wo insgesamt 19 von 97 Frauen (19,6 %) von ihnen eingewiesen wurden. Im Gegensatz zu den übrigen Transporten kam ein großer Teil der Patienten dieses Transportes erst relativ kurz vor Weiterverlegung nach Langenhorn, nämlich in der Zeit zwischen dem 25. Juli und dem 3. August 1943, als die heftigen Bombenangriffe auf Hamburg stattfanden. Es handelte sich dabei um insgesamt 30 Frauen (30,9 %). 19 Einweiser (19,6 %) beim Transport vom 7. August 1943 blieben unbekannt, wobei allerdings auffällt, daß zehn dieser Gruppe zugehörige Patientinnen die Diagnose »bombengeschädigt« trugen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Einweiser

	Transport vom										Gesamt			
	22.6.43		29.6.43		6.7.43		4.7.43		21.7.43		7.8.43		Fälle	%
Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%			
allgem. Krhs.			2	4,0	3	6,0	2	3,9	4	8,0	4	4,1	15	4,3
Alsterd. Anst.	1	2,0	1	2,0	1	2,0	2	3,9	1	2,0	3	3,1	9	2,6
Friedrichsberg	4	8,2	5	10,0	8	16,0	7	13,7	7	14,0	5	5,2	36	10,4
Gesundh. Amt											1	1,0	1	0,3
Gefangn./KZ							1	2,0	2	4,0			3	0,9
Hilfskrhs.							1	2,0	1	2,0	3	3,1	5	1,4
niedergel. Ärzte	3	6,2	5	10,0	7	14,0	10	19,6	7	14,0	19	19,6	51	14,7
Polizei	1	2,0			2	4,0					3	3,1	6	1,7
Versorg. Heim	3	6,2	5	10,0	5	10,0	2	3,9	4	8,0	3	3,1	22	6,3
PNK	31	63,2	24	48,0	19	38,0	23	45,1	13	26,0	24	24,7	134	38,6
psych. außerh. HH			2	4,0					1	2,0			3	0,9
Angehörige/Vorm.	1	2,0	2	4,0			1	2,0	3	6,0	2	2,1	9	2,6
Rettungsstelle											4	4,1	4	1,2
unbek. Einweiser/ u. Diag. Bomb. Schd.											10	10,3	10	2,9
Arbeitslager											1	1,0	1	0,3
sonstiges														
auß. Versorg. H.	4	8,2	1	2,0	3	6,0	2	3,9	7	14,0	6	6,2	23	6,6
unbekannt	1	2,0	3	6,0	2	4,0					9	9,3	15	4,3
Gesamtzahl	49	100,0	50	100,0	50	100,0	51	100,0	50	100,0	97	100,0	348	100,0

Die nun folgenden Merkmale sind nur für die Klientel der bereits beschriebenen Transporte vom 22. Juni, 21. Juli und 7. August 1943 bekannt, die insgesamt aus 196 Frauen besteht.

Der überwiegende Anteil dieser Patientinnen hatte in Langenhorn noch Kontakte nach außerhalb der Anstalt, über ein Viertel bei den Transporten im Juni und Juli, fast die Hälfte beim Augusttransport war verheiratet; beides fand im Sommer 1943 kaum noch Berücksichtigung (vgl. Tabelle 3 und 4).

Als häufigste Einweisungsdiagnose wurde bei den 196 Frauen in 60 Fällen (30,6 %) Schizophrenie genannt, gefolgt von den Alterserkrankungen bei 38 Frauen (19,4 %). Auffallend noch ist die Einweisungsdiagnose »Verwirrtheit bei Bombenschaden« oder »bombengeschädigt«, die nur in einem Fall beim Transport vom 22. Juni 1943, jedoch dann in 23 Fällen (23,8 %) beim Transport vom 7. August 1943 an zweiter Stelle auftrat. Diese Einweisungsdiagnose ist somit mit 24 von 196 Fällen (12,2 %) bezogen auf alle drei Transporte die dritthäufigste.

Tabelle 3: Familienstand bei Abtransport

Transport vom	verheiratet		kein Ehepartner		davon: ledig		geschieden		verwitwet		unbekannt		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
22.6.43	14	28,6	32	65,3	17	34,7	8	16,3	7	14,3	3	6,1	49	100
21.7.43	14	28,0	35	70,0	13	26,0	12	24,0	10	20,0	1	2,0	50	100
7.8.43	42	43,3	39	40,2	18	18,5	6	6,2	15	15,5	16	16,5	97	100
Gesamt	70	35,7	106	54,1	48	24,5	26	13,3	32	16,3	20	10,2	196	100

Tabelle 4: Kontakt zu Angehörigen vor Abtransport

Transport vom	ja		nein*		unbekannt		Gesamt
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	
22.6.1943	42	85,7	2	4,1	5	10,2	49
21.7.1943	4	48,0	25	50,0	1	2,0	50
7.8.1943	52	53,6	31	32,0	14	14,4	97
Gesamt	118	60,2	58	29,6	20	10,2	196

\* »nein«: bezieht sich auf Patienten, die entweder keinen Kontakt zu vorhandenen Angehörigen hatten oder die keine Angehörigen besaßen, was hinsichtlich der Selektion keinen Unterschied ausmachte.

Bei insgesamt 159 (81,1 %) der Frauen wurden in den Akten keine besonderen Aufnahmemodalitäten vermerkt, so daß zumeist einerseits von einer sogenannten »freiwilligen Aufnahme« ausgegangen werden könnte, andererseits von Aufnahmesituationen, in denen die Patientinnen dringlich ohne besondere Formalitätsabwicklung nach Langenhorn eingewiesen werden mußten, was besonders auf den Transport vom 7. August 1943 zutrifft. Insgesamt 21 Frauen (10,7 %) wurden gemäß § 22 Hamburger Verhältnissgesetz zu ihrer eigenen oder zur Sicherheit anderer eingewiesen, alle anderen Modalitäten waren nur gering vertreten.

## Verlegungen in Tötungsanstalten

Tabelle 5: Einweisungsdiagnosen

	Transport vom						Gesamt	
	22.6.43		21.7.43		7.8.43		Fälle	%
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
Schwachsinn	2	4,1	1	2,0			3	1,5
Hirnerkrankungen mit psych.Störungen psych.Veränderungen bei Lues cerebri	2	4,1	3	6,0	1	1,0	6	3,1
progress.Paralyse		4,1	1	2,0	1	1,0	4	2,0
Alterserkrankungen	12	24,5	11	22,0	15	15,5	38	19,4
Alkoholismus		2	4,0			2	1,0	
Epilepsie	2	4,1					2	1,0
Schizoph. FK	16	32,7	18	36,0	26	26,8	60	30,6
Manisch-depress. FK	3	6,1	5	10,0	6	6,2	14	7,2
Psychopathic bombengeschädigt	1	2,0	2	4,0	6	6,2	9	4,6
sonstiges	1	2,0		1	23	23,7	24	12,2
nicht zuzuordnen					1,0	1	0,5	
unbekannt	4	8,2	7	14,0	8	8,3	18	9,2
TBC	3	6,1			10	10,3	14	7,2
	1	2,0					1	0,5
<b>Gesamt</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>196</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 6: Einweisungsmodus

	Transport vom						Gesamt	
	22.6.43		21.7.43		7.8.43		Fälle	%
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
formal frei	39	79,6	39	78,0	81	83,5	159	81,1
§ 22 Verh.G.	5	10,2	6	12,0	10	10,3	21	10,7
§ 14,15 PVG	1	2,0					1	0,5
§ 62,63 JWG			1	2,0			1	0,5
Kriegsgefang	1	2,0					1	0,5
§ 42 b StGB			1	2,0			1	0,5
§ 81 StPO			1	2,0			1	0,5
§ 126 StPO			1	2,0			1	0,5
unbekannt	3	6,1	1	2,0	6	6,2	10	5,2
<b>Gesamt</b>	<b>49</b>	<b>99,9</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>196</b>	<b>100,0</b>

Erklärung zur Tabelle 6:

- § 22 Verh.Ges. Hamburger Verhältnissetz, Einweisung durch die Polizei zum eigenen Schutz oder zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung.
- § 14,15 PVG Polizeivollzugsgesetz, entspricht dem § 22 Verhältnissetz für diejenigen Stadtteile Hamburgs, die vor ihrer Eingemeindung zu den preußischen Provinzen gehörten.
- § 62,63 JWG Jugendwohlfahrtsgesetz, Einweisung Jugendlicher in geschlossene Heime.
- § 42 b StGB Strafgesetzbuch, Sicherheitsverwahrung.
- § 81 StPO Strafprozeßordnung, Einweisung durch das Gericht zur zeitlich begrenzten Beobachtung.
- § 126 StPO einstweilige Unterbringung wegen Taten, die wahrscheinlich im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit begangen wurde.

Kostenträger für die Aufenthalte der 196 Frauen war vorwiegend die Sozialverwaltung in 114 Fällen (58,2 %), gefolgt von den Selbstzahlerinnen in 24 Fällen (12,2 %). 22 Aufenthalte (11,2 %) zahlte die Krankenkasse sowie in sieben Fällen (3,6 %) die Rentenversicherung. Für die meisten Patientinnen mußte somit die Allgemeinheit aufkommen.

Am häufigsten wurden die Patientinnen von Frau Steinbömer selektiert, nämlich in 72 von 196 Fällen (36,8 %), in 52 Fällen (26,5 %) von Schlippe; 33 Frauen (16,8 %) verlegte Knigge und 13 (6,7 %) Körcke. Saupe und Gehrke verlegten nur zwei bzw. eine Patientin. Bei 23 Frauen (11,7 %) blieb der letztbehandelnde und verlegende Arzt Langenhorns unbekannt (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Verlegende Ärzte in Langenhorn

Transport	Steinbömer Fälle %	Knigge Fälle %	Schlippe Fälle %	Körcke Fälle %	Saupe Fälle %	Gehrke Fälle %	unbek. Fälle %	Gesamt Fälle %
22.6.43	14 28,6	5 10,2	24 49,0	2 4,1	1 2,0		3 6,1	49 100,0
21.7.43	7 14,0	9 18,0	28 56,0	4 8,0			2 4,0	50 100,0
7.8.43	51 52,6	19 19,6		7 7,2	1 1,0	1 1,0	18 18,6	97 100,0
Gesamt	72 36,8	33 16,8	52 26,5	13 6,7	2 1,0	1 0,5	23 11,7	196 100,0

Die Worte, mit denen die verlegenden Ärzte ihre Patientinnen beschrieben, zeigen in vielen Fällen ihre negative Einstellung ihnen gegenüber. Schlippe beschrieb z.B. seine Patientinnen vor ihrer Verlegung in die Tötungsanstalt Hadamar: »ist neuerdings ganz verwirrt, zieht sich aus«, »zeitweise erregt, völlig unbeschäftigt, muß zu allem angehalten werden. Gänzlich unverändert nach Hadamar«, »aus Familienpflege in Bad Bramstedt zurück. Völlig abgebaute Kranke. Näßt ein«, »völlig zerfahren, zerreißt Wäsche, sehr reizbar, schimpft herum«, »stumpf, Endzustand«, »mannstoll, zanksüchtig, sammelt Abfall. Unverändert nach Hadamar«. Steinbömer fand für die von ihr selektierten Patientinnen u.a. folgende Worte: Frau M.: »sehr abgebaut«, »dement«, »jammert stereotyp vor sich hin«; Frau O.: »unruhig«, »zerreißt alles«, »desorientiert«, »unsauber«; Frau R.: »hochgradig depressiv, besorgt nicht viel«, »unverändert stumpf«, »beschäftigt sich kaum«; Frau S.: »voller politischer Wahnvorstellungen«, »kühl«, »Affektleere«, aber auch »beschäftigt sich regelmäßig«.

Die Verlegungsdiagnosen der Langenhorner Ärzteschaft sind für alle sechs Transporte bekannt. Sie untermauern, daß neben Patientinnen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis besonders viele alte Menschen mit psychischen Auffälligkeiten verlegt wurden. Sie machen zwei Drittel bis drei Viertel aller Diagnosen aus; davon weicht nur der August-Transport etwas ab, wo fast ein Fünftel mit der Diagnose »bombengeschädigt« ausgesondert wurde (vgl. Tabelle 8).



## Verlegungen in Tötungsanstalten

Tabelle 8: Verlegungsdiagnosen der Langenhorner Ärzte

Transporte vom	22.6.43		29.6.43		6.7.43		14.7.43		21.7.43		7.8.43		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
Schwachsinn	2	4,1	4	8,0	4	8,0	2	3,9					12	3,5
Hirnerkrankungen psych.St.	2	4,1	1	2,0			1	2,0	1	2,0	1	1,0	6	1,7 bei
Lues cerebn/PP Psych.	2	4,1	4	8,0	2	4,0	4	7,8	1	2,0	3	3,1	16	4,6
Alterser- krankungen	11	22,4	9	18,0	19	38,0	16	31,3	15	30,0	24	24,7	94	27,1
Chorea Huntington					1	2,0							1	0,3
Alkoholismus									2	4,0			2	0,6
Epilepsie	3	6,1	3	6,0	2	4,0	1	2,0					9	2,6
Schiz. FK	21	42,9	24	48,0	18	36,0	24	47,0	25	50,0	35	36,1	147	42,4
Man.depr. FK	3	6,1	1	2,0	1	2,0	1	2,0	4	8,0	7	7,2	17	4,9
Psychopathien	1	2,0	1	2,0	2	4,0			2	4,0	1	1,0	7	2,0
Körperl. Erkr bombengeschädigt							1	2,0					1	0,3
unbekannt	4	8,2	3	6,0	1	2,0	1	2,0			18	18,6	18	5,2
											8	8,3	17	4,9
Gesamt	49	100,0	50	100,0	50	100,0	51	100,0	50	100,0	97	100,0	347	100,0

Die Prognose, die Bewertung des Verhaltens und der Arbeitsleistung wie auch die der Pflegeaufwendigkeit sind für die 196 Patientinnen der Transporte vom 22. Juni, 21. Juli und 7. August 1943 bekannt (vgl. Tabelle 9 bis 12).

Mit der ersten Verlegung am 22. Juni 1943 wurden offensichtlich noch die besonders pflegeaufwendigen (33 Fälle, 67,4 %), im Verhalten störenden (31 Fälle, 63,3 %) Frauen und die nur mittelmäßigen bis schlechten Arbeiterinnen (39 Fälle, 79,6 %) abtransportiert. Mit dem Transport vom 21. Juli 1943 kamen dann auch schon gut arbeitende Patientinnen nach Hadamar (17 Fälle, 34 %), die überwiegend als nicht erheblich pflegebedürftig (28 Fälle, 56 %) oder verhaltensauffällig (25 Fälle, 50 %) eingeschätzt wurden. Das läßt sich aber vielleicht daraus erklären, daß 45 Frauen (90 %) eine schlechte Prognose in Form von Beurteilungen wie »Endzustand«, »chronisch«, »ausgebrannt und leer« erhalten hatten. Auffallend ist in diesem Zusammenhang auch, daß dabei der Anteil der Ersterkrankungen bei Aufnahme in

Langenhorn mit 68 % hoch war. Beim Transport vom 7. August 1943 fehlen leider hinsichtlich der Selektionskriterien in 35 bis 45 Fällen die Angaben, so daß er nicht so gut mit den beiden anderen zu vergleichen ist. Es fällt auf, daß etwa die Hälfte der 97 Patientinnen nicht »produktiv« arbeiten konnte (47 Fälle, 48,5 %); sie sollen häufig pflegebedürftig gewesen sein (36 Fälle, 37,1 %) und wurden in ihrem Verhalten negativ beurteilt (ebenfalls mindestens 36 Fälle). Die prognostische Einschätzung ist hingegen bei diesem Transport nicht so ungünstig (schlechte Prognose für 49 Frauen, 50,5 %). Trotz der vielen fehlenden Angaben kann wohl davon ausgegangen werden, daß bei diesem Transport nicht unbedingt die negative Beurteilung der Frauen für den Abtransport maßgeblich gewesen sein muß, vielmehr deutet

## Transporte nach Hadamar

die kurze durchschnittliche Liegezeit eher daraufhin, daß Langenhorn unter erheblichem Aufnahmepressur gerade in dieser Zeit stand und Betten psychisch Kranker immer schneller räumte.

*Tabelle 9: Prognose*

Transport	gut		ungünstig		unbekannt		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
22.6.43	2	4,1	42	85,7	5	10,2	49	100,0
21.7.43	1	2,0	45	90,0	4	8,0	50	100,0
7. 8.43	6	6,2	49	50,5	42	43,3	97	100,0
Gesamt	9	4,6	136	69,4	51	26,0	196	100,0

*Tabelle 10: Beurteilung des Verhaltens*

Transport	gut		mittel		schlecht		unbekannt		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
22.6.43	12	24,5	22	44,9	9	18,4	6	12,2	49	100,0
21.7.43	25	50,0			25	50,0			50	100,0
7. 8.43	27	27,8	29	29,9	7	7,2	34	35,1	97	100,0
Gesamt	64	32,7	51	26,0	41	20,9	40	20,4	196	100,0

*Tabelle 11: Beurteilung der Pflegebedürftigkeit*

Transport	keine		leicht-mittel		erheblich		unbekannt		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
22.6.43	10	20,4	17	34,7	16	32,7	6	12,2	49	100,0
21.7.43	28	56,0	18	36,0	3	6,0	1	2,0	50	100,0
7. 8.43	27	27,8	31	31,9	5	5,2	34	35,1	97	100,0
Gesamt	65	33,2	66	33,7	24	12,2	41	20,9	196	100,0

*Tabelle 12: Beurteilung der Arbeitsleistung:*

Transport	gut		mittel		schlecht		unbekannt		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
22.6.43	1	2,0	10	20,4	29	59,2	9	18,4	49	100,0
21.7.43	17	34,0	3	6,0	28	56,0	2	4,0	50	100,0
7. 8.43	6	6,2	12	12,4	35	36,1	44	45,3	97	100,0
Gesamt	24	12,2	25	12,8	92	46,9	55	28,1	196	100,0

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

Vergleichend erscheinen damit Pflegeaufwendigkeit, negative Verhaltensbewertungen und unproduktive Arbeitsleistungen nur noch anfänglich beim Transport vom 22. Juni 1943 wirklich relevant gewesen zu sein, sie sind aber nicht als durchgängig geltende Selektionskriterien für den Sommer 1943 anzusehen. Die prognostische Einschätzung, die sich aus entsprechenden schriftlichen Beurteilungen des Zustandes und des Alters der Patientinnen ergab, ist als subjektiv geprägt anzunehmen. Es entstand bei Akteneinsicht auch der Eindruck, daß unter dem Druck der Verlegungsnotwendigkeit der Aussondernde durchaus eher negative Formulierungen fand, um vielleicht auch sich selbst bei der Entscheidung unbewußt zu entlasten.

Bezüglich der nun folgenden Daten konnten alle sechs Hadamar-Transporte ausgewertet werden. Insgesamt 40 der 347 (11,5 %) Patientinnen wurden sterilisiert. In 103 Fällen (29,7 %) waren Meldebögen ausgestellt; zehn der Bögen wurden noch nach dem offiziellen Stopp der Tötungsaktion T4 ausgefüllt.

Zwei Drittel aller nach Hadamar direkt verlegten Patientinnen zählten bei ihrer letzten Einweisung nach Langenhorn nachweislich zu den Ersterkrankten; beim Abtransport nach Hadamar war aber bereits die Hälfte den Langzeitpatientinnen mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Jahren zuzurechnen (vgl. Tabelle 13 und 14). Nur der letzte Transport vom August 1943 wich davon ab. In ihm befanden sich die mit deutlichem Abstand wenigsten Langzeitpatientinnen (22 Frauen, 22,7 %), aber die meisten Ersterkrankten (mindestens 41 Frauen, 42,3 %). In 28 Fällen konnte nicht festgestellt werden, zu welcher Gruppe die Patientinnen gehörten, auffällig ist aber, daß 13 von ihnen »bombengeschädigt« und drei mit anderen Diagnosen zur Zeit der heftigen Luftangriffe nach Langenhorn kamen. Es ist durchaus anzunehmen, daß es sich zumindest bei den 13 Frauen um Ersterkrankte handelte, die überbelastet durch die Kriegswirren eingewiesen und schnell abtransportiert wurden. Aber auch insgesamt war eine lange psychiatrische Behandlungszeit im Sommer 1943 nicht mehr maßgebend für die Selektion.

In Hadamar starben von allen sechs Transporten nachweislich 311 Frauen (89,6 %), davon im ersten Monat bereits 164 Patientinnen (47,3 %) (vgl. Tabelle 15 und 16). Davon waren die Patientinnen des ersten Transportes am 22. Juni 1943 besonders betroffen, welcher einen auffällig hohen Anteil an als störend, pflegeaufwendig und schlecht arbeitend bewerteten Frauen aufzuweisen hatte. Hier starben mit 35 Frauen 70,1 % bereits im ersten Monat ihres Aufenthaltes in Hadamar.

Innerhalb von mehr als einem bis sechs Monaten kamen weitere 81 (23,3 %) der 347 Patientinnen zu Tode, wovon die Frauen des Transportes vom 6. Juli 1943 stärker betroffen waren als alle übrigen. 48 Frauen (13,8 %) starben nach einem Aufenthalt von mehr als sechs bis zwölf Monaten, hier war besonders die Klientel der Transporte vom 29. Juni, 14. und 21. Juli 1943 betroffen (jeweils 10 Patienten). Im Transport vom 21. Juli 1943, der

## Transporte nach Hadamar

anhand dieser Kriterien untersucht wurde, befanden sich viele selbständige, arbeitsame und unauffällige Frauen; offensichtlich wurden diese Menschen erst später getötet. Länger als ein Jahr überlebten von allen sechs Transporten nur 16 der 347 Frauen (4,6 %). Auch hier entfiel ein höherer Anteil auf die Transporte vom 29. Juni und 14. Juli 1943.

*Tabelle 13: Mindestaufenthalt vor letzter Einweisung nach Langenhorn*

Transport	Langzeit- Patientinnen		Zwischen- gruppe		Ersterkrankte		unbe- kannt	Gesamt
	>5 Jahre	>2 bis 5 Jahre	>1 bis 2 Jahre	>1/2 bis 1 Jahr	bis 1/2 Jahr	0 Jahre		
22.6.1943 49 Frauen	8 16,3%	2 4,1%	3 6,1%	8 16,3%	17 34,7%	5 10,2%	6 12,3%	49 100 %
29.6.1943 50 Frauen	5 10 %	4 8 %	3 6 %	6 12 %	17 34 %	9 18 %	6 12 %	50 100 %
6.7.1943 50 Frauen	8 16,0%	5 10,0%	2 4,0%	2 4,0%	20 40,0%	10 20,0%	3 6,0%	50 100 %
14.7.1943 51 Frauen	7 13,7%	5 9,8%	3 5,9%	2 3,9%	21 41,2%	13 25,5%		51 100 %
21.7.1943 50 Frauen	2 4 %	5 10 %	7 14 %	4 8 %	15 30 %	15 30 %	2 4 %	50 100 %
7.8.1943 97 Frauen	5 5,2%	2 2,1%	7 7,2%	3 3,1%	26 26,8%	23 23,7%	31 31,9%	97 100 %
Gesamt	35 10,1%	23 6,6%	25 7,2%	25 7,2%	116 33,4%	75 21,6%	48 13,9%	347 100%

Die Sterberaten waren für den Transport vom 29. Juni mit 49 Fällen (98 %), gefolgt von den Transporten vom 6. Juli mit 48 Fällen (96 %) und vom 14. Juli 1943 mit 46 Todesfällen (90,2 %) am höchsten, die »niedrigste« hatte mit 81 Todesfällen (83,5 %) der Transport vom 7. August 1943; hier gab es auf Betreiben empörter Angehöriger, die ihre Familienmitglieder nach den Bombenangriffen auf Hamburg in Hadamar wiedergefunden hatten, die meisten Entlassungen.

## Verlegungen in Tötungsanstalten

Tabelle 14: Gesamtaufenthaltsdauer in psychiatrischen Anstalten bei Abtransport

Transport	Langzeitpatientinnen		Zwischengruppe	Erst- erkrankte	un- bekannt	Gesamt
	>5 Jahre	>2 bis 5 Jahre	>1 bis 2 Jahre	0 bis 1 Jahr		
22.6.1943	16 = 26 Pat. (53,1 %)	10	11 (22,4 %)	9 (18,4 %)	3 (6,1%)	49 (100%)
29.6.1943	16 = 28 Pat. (56 %)	12	7 (14 %)	10 (20 %)	5 (10%)	50 (100%)
6. 7.1943	20 = 27 Pat. (54,0 %)	7	6 (12,0%)	15 (30,0%)	2 (6,0%)	50 (100%)
14.7.1943	19 = 31 Pat. (60,8 %)	12	8 (15,7 %)	12 (23,5%)		51 (100%)
21.7.1943	16 = 27 Pat. (54 %)	11	6 (12 %)	17 (34 %)		50 (100%)
7. 8.1943	12 = 22 Pat. (22,7 %)	10	6 (6,2%)	41 (42,3%)	28* (28,8%)	97 (100%)
Gesamt	99 = 161 Pat. (46,4%)	62	44 (12,7%)	104 (30,0%)	38 (10,9%)	347 (100%)

\* davon z.Zt. der Bombenangriffe 16 Patienten (13 mit der Diagnose »bombengeschädigt«).

Tabelle 15: Sterberate

Transport	Sterberaten	
	Fälle	%
2.6.43	44	89,8
29.6.43	49	98,0
6.7.43	48	96,0
14.7.43	46	90,2
21.7.43	43	86,0
7.8.43	81	83,5
Gesamt von 347 Pat.	311	89,6

Tabelle 16: Überlebensdauer in Hadamar

Transport vom	22.6.43		29.6.43		6.7.43		14.7.43		21.7.43		7.8.43		Gesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
bis 1 Monat	35	71,4	23	46,0	25	50,0	18	35,3	24	48,0	39	40,2	164	47,3
>1 – 6 Monate	5	10,2	11	22,0	18	36,0	13	25,5	8	16,0	26	26,8	81	23,3
>6 -12 Monate	2	4,1	10	20,0	3	6,0	10	19,6	10	20,0	13	13,4	48	13,8
>12 Monate	2	4,1	4	8,0	1	2,0	5	9,8	1	2,0	3	3,1	16	4,6
unbekannte Überlebenszeit														
aber in H.gest.			1	2,0	1	2,0							2	0,6
überlebt	2	4,1	1	2,0	1*	2,0	5	9,8	7	14,0	14	14,4	31	8,7
Schicksal unbekannt	3	6,1			1	2,0					2	2,1	6	1,7
Gesamt	49	100,0	50	100,0	50	100,0	51	100,0	50	100,0	97	100,0	347	100,0

\* Diese Patientin wurde von Hadamar aus offensichtlich weiterverlegt: Sie starb jedoch am 4.2.1945 in Sachsenberg/Schwerin und überlebte somit 19 Monate.

Insgesamt überlebten nur 30 (8,7 %) der 347 Frauen die Tötungsanstalt Hadamar. Bei sechs Patientinnen (1,7 %) blieb unbekannt, ob sie überlebten oder in Hadamar starben.

Die Untersuchung aller Direkttransporte aus Langenhorn nach Hadamar verdeutlicht noch einmal – auch mit den vielfach hervorgehobenen Abweichungen für die Verlegung vom 7. August 1943 –, wie die Gruppe der psychisch Kranken unter den katastrophopolitischen Planungen und unter dem Druck der Bombenkatastrophe selbst anderen Gruppen »geopfert« wurde, wie dabei Selektionskriterien an Trennschärfe und Bedeutung verloren, wie sich schließlich in Langenhorn Ärzte in dieser Zeit vielfach für die Abschiebung in einen geradezu sicheren Tod entschieden. Denn die Untersuchung des Sterbeverhaltens für alle Transporte hat gezeigt: Es wurde in Hadamar unerbittlich und schnell gestorben. Gleich um welchen Transport es sich auch handelte, die meisten Todesfälle ereigneten sich schon im ersten Monat, nach einem halben Jahr waren fast zwei Drittel der jeweils abtransportierten Frauen tot. Und dieses Sterben war völlig unabhängig von der altersmäßigen Zusammensetzung der Transporte. Der Transport vom 22. Juni 1943 mit dem jüngsten Durchschnittsalter weist nahezu die gleiche Sterberate auf wie die aller Transporte zusammen, und der Transport vom 29. Juni 1943, den ein kaum älteres Durchschnittsalter kennzeichnet, stellte mit 98 % sogar die höchste Sterberate.

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

### **Anmerkungen**

- 1 Bei dem nachfolgenden Aufsatz handelt es sich um einen Auszug aus meiner Dissertation von 1993, vorgelegt der Universität Heidelberg unter dem Titel: »Die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in Hamburg und ihre Rolle bei den Abtransporten psychisch Kranker in Tötungsanstalten im Jahre 1943«.
- 2 Vgl. Teil I, Die Entwicklung der Anstalt Langenhorn in der Zeit des Nationalsozialismus.
- 3 Vgl. Roer, Dorothee und Dieter Henkel (Hrsg.), *Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945*, Bonn 1986, S. 84.
- 4 Vgl. Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 419.
- 5 Vgl. Roer, Dorothee und Dieter Henkel (Hrsg.), a.a.O., S. 85.
- 6 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Anklageschrift, S. 274 sowie Roer, Dorothee und Dieter Henkel (Hrsg.), a.a.O., S. 52-54.
- 7 Vgl. Roer, Dorothee und Dieter Henkel (Hrsg.), a.a.O., S. 92.
- 8 Ebda., S. 93.
- 9 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift, S. 277.
- 10 Ebda., S. 188.
- 11 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Bd. 1, Bl. 204, Vermerk Struves v. 11.6.1943 über die Abtransporte in die Tötungsanstalt Hadamar.
- 12 Die Prozentangaben beziehen sich hier wie im folgenden auf die jeweilige Gesamtzahl der Patienten. Rundungsfehler wurden ausgeglichen.

Michael Wunder

## 2. Die Transporte in die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde<sup>1</sup>

### Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde

Die Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz wurde in den Jahren 1901 bis 1904 als eine von vier Anstalten der damaligen preußischen Provinz Posen errichtet.<sup>2</sup> Sie liegt im heutigen Territorium von Polen. Sie wurde zunächst für 700 Patienten errichtet, wenig später für 1200 Patienten und dann für 2000 ausgebaut. Die Anstalt ist in der Pavillonbauweise errichtet, wobei besondere Häuser für ruhige Kranke und für unruhige Kranke errichtet wurden. Die Anstalt wurde von vornherein als autarke Wirtschaftsgemeinschaft konzipiert, wozu eine größere Anzahl Mitarbeiterwohnungen, eigene Guts- und Wirtschaftsbetriebe und ein Bahnanschluß für eigene Wirtschaftszwecke gehörten.<sup>3</sup> Die ländliche Lage und Abgeschlossenheit der Anlage sowie die gute Erreichbarkeit durch die Reichsbahn hatten sie für die Durchführung der Massenmorde im Rahmen der Euthanasie prädestiniert.

Bis 1938 hatte die Anstalt rein psychiatrische Funktionen. Von 1938 bis 1941 gab es auch einige allgemein medizinische Abteilungen, unter anderem eine Frauenklinik, ein Säuglingsheim und eine Lungenheilstätte. Ende 1939 setzten die ersten Deportationen der Meseritzer Patienten ein, insbesondere nach Koscian im annektierten sogenannten Warthegau, von wo aus sie aber mit hoher Wahrscheinlichkeit sofort nach Neustadt/Westpreußen weiterverlegt und dort durch Erschießung getötet wurden.<sup>4</sup> Im Jahre 1941 wurden die Anstalten Lauenburg/Pommern, Stralsund und Treptow/Rega von der Wehrmacht beschlagnahmt und die dort noch befindlichen Patienten samt Personal nach Meseritz überstellt. Eine hohe Überbelegung von Meseritz war die Folge und der Ausgangspunkt der nun einsetzenden Umorganisation in eine Vernichtungsanstalt.

Die Umorganisation der Heil- und Pflegeanstalt Obrawalde zur Vernichtungsanstalt geschah ab Herbst 1941 und damit wenige Monate nach dem offiziellen Stopp der Euthanasie. Äußeres Zeichen dieser Umorganisation war die Einsetzung Walter Ferdinand Grabowskis, eines NSDAP-Aktivisten und ehemaligen Steuerbüro-Angestellten,<sup>5</sup> als Anstaltsleiter. Der bisherige ärztliche Direktor, Dr. Johannes Banse, wurde damit auf seine ärztlichen Aufgaben zurückverwiesen und wenig später durch den Grabowski genehmen Arzt Dr. Theophil Mootz ersetzt.



## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

Ab 1942 trafen in Meseritz Transporte aus dem gesamten Reichsgebiet ein.<sup>6</sup> Der erste Transport umfaßte 700 Patienten. Die späteren, immer häufiger eintreffenden Transporte umfaßten jeweils zwischen 50-200 Patienten, zum Teil sogar 300 Patienten. Die bis heute festgestellten 26 Herkunftsanstalten der Transporte waren unter anderem Wittenau/Berlin (heute Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik), Galkhausen/Rheinland (heute Landeskrankenhaus Langenfeld), Bedburg-Hau/Kleve, Waldniel/Niederrhein und Langenhorn-Hamburg, aber auch polnische Anstalten wie Dziekanka/ Gnesen oder Owinska/Posen.

Die Transporte wurden so organisiert, daß sie, um wenig Aufsehen zu erregen, zwischen 23.00 und 24.00 Uhr eintrafen. Die ersten Selektionen begannen meist auf dem Bahnhof, wo besonders kranke, gebrechliche oder alte Patienten ausgesucht und sofort in die Tötungshäuser gebracht wurden. Die übrigen wurden auf die verschiedenen Pavillons der Anstalt verteilt und zur Kolonnenarbeit eingeteilt. Die Selektionen auf den Stationen erfolgten durch die Anstaltsärztin Dr. Hilde Wernicke und den bereits erwähnten Anstaltsarzt Dr. Mootz, der die Opfer bei seinem täglichen Rundgang mit entsprechenden Fingerzeichen bestimmte.<sup>7</sup>

Von unfaßbaren Zuständen ist in den meisten Zeugenaussagen die Rede: Unterernährung, Mißhandlung bei geringfügigsten Anlässen und Schwerstarbeit. Viele Patienten überlebten nur, weil sie sich notdürftig von den Abfällen ernährten und das Glück hatten, nicht krank zu werden und als Arbeitskraft verwendbar zu sein. Ähnlich wie die Kalfaktoren oder Funktionshäftlinge in den KZs wurden einige, oft ältere Patienten, die Handwerker oder Ärzte von Beruf waren, im »Prominentenhaus« untergebracht, für die Versorgung in erster Linie des Personals eingeteilt und von den Selektionen verschont.

Die Selektionskriterien in Meseritz selbst waren laut späteren Zeugenaussagen körperliche Erkrankungen und Schwäche, Persönlichkeitsverfall und nachlassende Arbeitsleistung. Darüber hinaus spielten störendes Verhalten und fehlende Unterordnungsbereitschaft eine wichtige Rolle, wie durch viele Zeugenaussagen belegt ist.<sup>8</sup> Die Tötungen erfolgten in sogenannten Isolierkammern der Häuser 18 und 19 für die Männerseite und der Häuser 6,8 und 9 für die Frauenseite.<sup>9</sup> Ausgeführt wurden die Tötungen durch das Pflegepersonal. Tötungsmittel waren Morphium, Skopolamin, Luminal, Veronal und andere Mittel. Sie wurden meist gespritzt, z.T. aber auch in Wasser aufgelöst und per Magensonde oder Darmeinlauf eingefloßt. Um Widerstand und Unruhe zu vermeiden, wurden teilweise geringere Dosen der Medikamente auch der Nahrung beigemischt, bevor die Opfer in den Isolierraum gebracht wurden. Fehlten Medikamente, wurde auch durch Lufteinspritzungen getötet. Als Todesursachen wurden stereotyp Bronchopneumonie, Herzschwäche, Marasmus oder ähnliches angegeben. Aus den Aussagen der überlebenden Patienten geht hervor, daß fast alle

Patienten in Angst lebten und die Bedeutung der Isolierkammern kannten. Eine mit Pistolen und Knüppeln ausgerüstete Wachmannschaft sorgte dafür, daß die Patienten keinen Kontakt mit Personen außerhalb oder auch innerhalb der Anstalt von Haus zu Haus aufnehmen konnten.<sup>10</sup> Besucher wurden nur in Begleitung von Vertrauenspersonen auf das Anstaltsgelände gelassen. Patienten, die sich beschwerten oder gar versuchten, Briefe mit Informationen über die tatsächlichen Geschehnisse nach draußen zu schaffen, wurden sofort in die Isolierräume gebracht. Auch das Pflegepersonal unterstand einer streng kontrollierten Schweigepflicht. Die polnischen Beschäftigten hatten untereinander ein Sprechverbot.

Die Toten wurden jeden Morgen mit Handkarren aus den Häusern abgeholt und in die Leichenhalle gebracht.<sup>11</sup> Hier wurden ihnen die Goldzähne gezogen. Sie wurden in Verdunklungspapier gewickelt und in Massengräbern auf dem nahen Anstaltsfriedhof verscharrt. Auf die Massengräber kam zu Tarnungszwecken jeweils nur eine Nummer. Als am 16. Februar 1945 die erste Untersuchungskommission der russischen Armee in Meseritz-Obrawalde eintraf, fand sie in der Leichenhalle tausende Urnen vor und eine Ofentür, die der des Vernichtungslagers Majdanek ähnlich war.<sup>12</sup> Der Bau eines Krematoriums stand offensichtlich unmittelbar bevor. Eine wenig später eintreffende weitere Untersuchungskommission unter Führung gerichtsmedizinischer Experten stellte auf Grund der Exhumierung einiger Leichen und der vorgefundenen Sterberegister fest: »Es [das Krankenhaus Meseritz] unterschied sich von den genannten Konzentrationslagern – Todesfabriken – nur durch seine Arbeitsmethode. In Majdanek (Polen) wurden täglich bis zu 300 Menschen vernichtet und in Öfen und Scheiterhaufen verbrannt, während es im Krankenhaus Obrawalde im Schnitt täglich 20 bis 50 Menschen waren. [...] In den Konzentrationslagern wurden große Gaskammern mit Gift – Zyklon A und Zyklon B -(Blausäurepräparate) verwendet, während es sich in dem Krankenhaus von Obrawalde um Morphium, Skopolamin, Veronal und Evipan handelte. Dort waren es Kammern, hier waren es Spritzen. In den Konzentrationslagern wie hier im Krankenhaus handelte es sich um die Massenvernichtung von Menschen.«<sup>13</sup>

Die an den Massenmorden beteiligte und 1945 zum Tode verurteilte Oberpflegerin Amanda Ratajczak gab in ihrer Aussage im April 1945 vor einem russischen Militärtribunal die Zahl der in Meseritz getöteten Patienten mit 18.000 an.<sup>14</sup> Die unter gerichtsmedizinischer Leitung stehende Untersuchungskommission der russischen Armee erwähnte in ihrem Berichtsprotokoll für das Jahr 1942 700 Todesfälle. Für das Jahr 1943 2.260 und für das Jahr 1944 3.814. Diese Zahlen gehen auf die vorgefundenen Register zurück.<sup>15</sup>

Der Gerichtsmediziner Jozef Radzicki kam in seinem für die Staatsanwaltschaft Hamburg 1960 angefertigten Gutachten mit Hilfe der von

ihm noch vorgefundenen, nicht vollständigen Sterberegister, die er z.T. an Hand von alphabetischen Hilfsregistern ergänzen konnte, zu Ergebnissen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:<sup>16</sup> Die genaue Zahl der Getöteten ist auf Grund der Unvollständigkeit der Unterlagen nicht feststellbar; sie ist aber sicherlich höher als die Zahl der in den Sterberegistern Verzeichneten. Im Jahr 1942 ergibt sich der erste deutliche Sprung in der Sterblichkeit. Im ersten Halbjahr sterben 158 Patienten, im zweiten Halbjahr über 500. Neben dieser ungleichen Verteilung fallen in der zweiten Jahreshälfte erstmals die stereotypen Todesursachen auf, die Häufung jüngerer Patienten und die Häufung von Todesdaten an bestimmten Tagen. Daraus ist auf den Beginn der Tötungsmaßnahmen Mitte 1942 zu schließen. Die Häufungen an bestimmten Wochentagen spiegeln die praktische Seite des Tötungsgeschehens wider. Diese Häufungen werden erst ab 1943 durch ein Nivellierungssystem des Standesamtes Meseritz bereinigt und damit getarnt. Im Jahr 1943 und in der ersten Hälfte 1944 ist eine weitere erhebliche Steigerung der Sterbefälle zu verzeichnen. Die tägliche Sterbezahl steigt bis auf 29 Tote an. Ein Absinken der Sterbefallzahlen ab Mitte 1944 ist durch die geringer werdende Transportzahl bedingt. Diese ist mit den wachsenden Transportproblemen im Fortgang des Krieges zu erklären. Im Jahr 1944 steht der Zahl von 3.814 Todesfällen die Zahl von 3.948 Neuaufnahmen gegenüber, so daß zumindest für dieses Jahr die Zahl der getöteten Patienten ungefähr der Zahl der neu antransportierten Patienten entspricht und das Vorhandensein einer Kernbelegung mit arbeitsfähigen Patienten vermutet werden kann. Im selben Jahr ist eine erhebliche Steigerung der Sterbefälle von Ausländern zu verzeichnen, die Folge der zu diesem Zeitpunkt nicht mehr praktizierten Rückführung erkrankter Zwangsarbeiter in ihre Heimatländer ist. Durch Namensanalysen in den Sterberegistern ist der Mord an vollständigen Familien innerhalb kurzer Zeiträume belegbar.

Als die erste Untersuchungskommission der russischen Armee im Februar 1945 in Meseritz eintraf, befanden sich nach ihrer Schätzung 500 bis 600 Patienten in der Anstalt, die von ihr zwar alle als »wirklich krank«<sup>17</sup> bezeichnet wurden, die aber möglicherweise zum größten Teil die arbeitsfähige Kernbelegschaft darstellten. Die überwiegende Zahl der in den Massentransporten nach Meseritz gekommenen Patienten war zu diesem Zeitpunkt tot.

### **Die Langenhorner Transporte nach Meseritz-Obrwalde**

Die Verlegungs-Aktivität von Langenhorn nach Meseritz war beschränkt auf die Zeit von Anfang 1943 bis Mitte 1944. Ab Mitte 1944 wurden die Verkehrsverbindungen kriegsbedingt so schlecht, daß zumindest zwei bereits für Meseritz bestimmte Transporte nach dem näher gelegenen Sach-

## Transporte nach Meseritz-Obrwalde

senberg/Schwerin umgeleitet werden mußten. Mit den insgesamt zehn Transporten von Langenhorn nach Meseritz-Obrwalde wurden 507 Patienten verlegt.

Der Prozentsatz der während des Krieges in Meseritz gestorbenen Patienten schwankt für die einzelnen Transporte zwischen 58 % und 88 %.<sup>18</sup> Diese Prozentsätze beziehen sich aber nur auf die in den Akten auffindbaren Todesdaten. Es gibt jeweils eine Reihe von Patienten, deren Verbleib nicht aufgeklärt werden konnte und von denen damit unbekannt ist, ob sie in Meseritz getötet wurden oder überlebten. Nur von 24 von Hamburg nach Meseritz abtransportierten Personen ist aktenmäßig belegbar, daß sie zum Zeitpunkt der Befreiung durch die russische Armee noch gelebt haben.

*Tabelle 1: Sterberate und Überlebenszeit/lalle Transporte von Langenhorn nach Meseritz-Obrwalde*

Tr. Nr.	Transport-Datum	Pat. Anzahl		gestorben in Meseritz bis Febr. 1945	Sterberate bis Febr. 1945	mittlere Überlebenszeit in Monaten
		w	m			
1	25. 3.1943		50	31	62 %	7,55
2	2. 4.1943		50	33	66 %	5,19
3	9. 4.1943	50		44	88 %	2,10
4	10. 4.1943		50	29	58 %	7,52
5	19. 8.1943	39	18	42	74 %	0,73
6	22.10.1943		50	43	86 %	0,82
7	2.11.1943	50		44	88 %	0,23
8	25. 1.1944	50		44	88 %	0,41
9	1. 2. 1944		50	38	76 %	0,98
10	9. 5.1944	50		40	80 %	0,44
Gesamt		239	268	388	77 %	

Die durchschnittliche Überlebenszeit verringert sich im Laufe der Zeit dramatisch. Sie sinkt, bezogen auf diejenigen Patienten, deren Todesdatum in den Akten festgehalten ist, von 7,5 Monaten beim ersten Langenhorn Transport (März 1943) auf 0,4 Monate (das sind rund zwölf Tage) beim letzten Transport (Mai 1944).

Bei einer Auswertung der Diagnosen fällt auf, daß die Diagnose »Schizophrenie« in der Regel die am häufigsten genannte ist. In den Transporten nach den Bombennächten im Juli und August 1943 steigen auch die Nennungen der »psychischen Erkrankungen des Seniums und Präseniums« sprunghaft an und verdrängen die Diagnose »Schizophrenie« von der Position der meist genannten Diagnose. Erst ab Anfang 1944 sinken die »psychischen Erkrankungen des Seniums und Präseniums«

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

wieder ab. Auffallend ist, daß im Transport vom August 1943 ein erheblicher Teil von Patienten mit der Diagnose »Verwirrtheit nach Bombenangriff« verlegt wurde. Es handelte sich hier vorwiegend um Frauen, die auf Grund der Bombennächte und des Chaos in der gesamten Stadt verwirrt aufgegriffen, nach Langenhorn gebracht und hier meist, so schnell es ging, direkt in die Abtransporte gegeben wurden. Insgesamt kann von einem relativ stabilen Diagnosenprofil über den Zeitraum 1943 bis 1944 gesprochen werden, bei dem lediglich die durch die äußeren Umstände erklärbaren Schwankungen der psychischen Alterserkrankungen herausfallen.

Bei der Auswertung der Alterszusammensetzung der Transporte kann nur eine leichte Altersgeneigtheit im Sinne einer Verlagerung von »eher jünger« zu »eher älter« im Laufe der Zeit festgestellt werden. Die Transporte, die in den Monaten nach den Bombennächten liegen, weisen die meisten über 65jährigen auf. Dies erklärt auch das Ansteigen der Diagnose »psychische Erkrankungen des Seniums und Präseniums« in diesen Transporten.

Während sich das Durchschnittsalter im Laufe der Zeit nur leicht ändert, nehmen die Verweilzeiten der verlegten Patienten in Langenhorn vor dem Abtransport dramatisch ab. Sieht man von einigen Schwankungen ab, nimmt die durchschnittliche Verweilzeit von 62,4 Monaten beim ersten Meseritz-Transport (März 1943) auf 6,6 Monate beim letzten Meseritz-Transport (Mai 1944) ab. Die ersten Meseritz-Transporte entsprechen somit noch eher dem Selektionskriterium »Verweilzeiten über 5 Jahre« der Meldebogen-Euthanasie. Bei den späteren Transporten wird dieses Kriterium vollkommen bedeutungslos. Der Transport vom August 1943 fällt aus diesem Trend heraus. Hier weisen über die Hälfte der Abtransportierten eine Verweilzeit von weniger als einem Monat in Langenhorn auf. Die durchschnittliche Verweilzeit liegt bei 0,5 Monaten. Als Erklärung ist auch hier darauf zu verweisen, daß es sich um den Transport unmittelbar nach den Bombennächten handelt. Offensichtlich wurden die aufgegriffenen Personen sofort weiterverlegt.

Die Auswertung der Voraufenthaltszeiten in der Psychiatrie vor der Aufnahme in Langenhorn zeigt bei der überwiegenden Zahl der Transporte einen Prozentsatz von rund 50 % Patienten, die entweder keine oder nur sehr kurze Voraufenthaltszeiten in der Psychiatrie vor der Aufnahme in Langenhorn haben. Die Zahl der Patienten mit längeren Voraufenthaltszeiten nimmt beständig ab. Der Trend bei den nach Meseritz abtransportierten Patienten zu immer kürzeren Verweilzeiten in der Psychiatrie zum Kriegsende hin wird damit bestätigt. Der Transport vom August 1943, bei dem man auf Grund des hohen Anteils Bombengeschädigter einen hohen Prozentsatz ohne Voraufenthalte annehmen könnte, weist allerdings nur einen geringen Prozentsatz ohne Voraufenthalt auf.

Allerdings sind bei mehr als der Hälfte dieses Transportes überhaupt keine anamnestischen Daten eingetragen. Dies ist ein Hinweis darauf, daß die Akten der nach den Bombennächten aufgenommenen Patienten nur unzureichend geführt sind. Die denkbare Hypothese, die sogenannten Bombengeschädigten seien gar keine »Frischfälle«, sondern entlassene Psychiatrie-Patienten, die auf Grund der äußeren Umstände wieder erneut psychotisch geworden waren, kann deshalb nicht bestätigt werden.

Die Geschichte des 63jährigen »bombengeschädigten« Rentners Wilhelm R., der im Oktober 1943 von seinem Hausarzt nach Langenhorn eingewiesen wird, läßt sich als eine der wenigen dieser Patientengruppe dokumentieren. Herr R. ist im Sommer 1943 ausgebombt worden und leidet seither an starken Depressionen. Er ist bei Verwandten untergebracht. Seine Schwester begleitet ihn zur Aufnahme. Die Einweisungsdiagnose lautet: »Depressionszustände mit Suicidverdacht nach Bombenschaden«, die spätere Diagnose »Depression im Praesensium«. In Langenhorn wird er als »körperlich hilflos« und »vollkommen pflegeabhängig« beschrieben. Die letzte Eintragung am 22. Januar 1944 lautet: »immer in gedrückter Stimmung, drängt gelegentlich auf Entlassung«. Dr. Knigge verlegt ihn am 1. Februar 1944 nach Meseritz, wo er am 15. April 1944 stirbt. Eingetragene Todesursache »akuter Kräfteverfall«. <sup>19</sup>

Vom Krieg entwurzelt wird auch der 35jährige Herbert L., der bis Mitte Januar 1944 trotz seiner Epilepsie zu Hause lebt. Die Eltern geben bei dem Aufnahmegespräch an, daß sie nach einem Bombenschaden in einer Notwohnung in Altona leben. Herbert sei seither sehr schwierig und reizbar, er bekomme Erregungszustände und sei tätlich geworden, weshalb er auch nach Langenhorn müsse. In Langenhorn wird er als »träge, gehemmt in seinem Denken und antriebsarm« geschildert. »Steht nur in den Ecken herum« wird vermerkt. Ein Arbeitsversuch wird gar nicht erst unternommen. Ähnlich wie Herrn R. verlegt man Herbert, so schnell es geht, weiter nach Meseritz. Hier stirbt er zwei Wochen später am 14. Februar 1944 an »Krampfanfällen«.

Betrachtet man die Einweiser, ergibt sich ein bemerkenswerter Umbau im Laufe der Zeit. Friedrichsberg verliert als wichtigster Einweiser an Bedeutung. Dabei sind unter den Patienten, deren Einweiser Friedrichsberg ist, sowohl die im Rahmen des Friedrichsberg-Langenhorn-Planes 1934/35 verlegten (Langzeit-)Patienten der alten Staatsirrenanstalt Friedrichsberg, als auch die nach 1935 verlegten Patienten der Psychiatrischen und Nervenlinik, die bis 1942 provisorisch noch in Friedrichsberg untergebracht war. <sup>20</sup> Die ab 1942 auf dem Gelände des Universitätsklinikums Eppendorf eingerichtete Psychiatrische und Nervenlinik, die hier als »Einweiser UKE« erscheint, übernimmt nur in geringem Maße die bisherige Einweisungsfunktion Friedrichsbergs für die nach Meseritz weiterverlegten Patienten. Immerhin ist dieser Einweisungsstrom aber von Bedeutung, da er über die bisherigen Hinweise in der Literatur hinaus bestätigt, daß entgegen früheren Darstellungen, die universitäre Psychiatrie durchaus an den Selektionen zur Euthanasie beteiligt war. <sup>21</sup>

Im Gegensatz zu den großen herkömmlichen psychiatrischen Institutionen bekommen die niedergelassenen Ärzte zum Ende des Krieges eine immer wichtigere Einweisungsfunktion. Die niedergelassenen Ärzte

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

erreichen bei den späten Abtransporten Einweisungsraten bis zu fast 30 %. Je mehr die Bedeutung von Friedrichsberg zurückgeht und Eppendorf nicht entsprechend aufholt, desto mehr tritt die alte ordnungspolitische und gesundheitspolizeiliche Aufgabe der niedergelassenen Ärzte durch Direkteinweisungen nach Langenhorn in den Vordergrund. Damit kommen auch Patienten nach Langenhorn und in den Strudel der Euthanasie-Maßnahmen, die trotz Kriegsgeschehen noch relativ lange zu Hause gehalten werden konnten, dann aber schließlich unter den ungeheuer harten Bedingungen, unter denen die Zivilbevölkerung zu leiden hatte, enturzelt wurden und nicht mehr tragbar erschienen.

Marie K., 70 Jahre alt, wird Ende Dezember 1943 von einem niedergelassenen Nervenarzt in Langenhorn eingewiesen, weil sie bei einem Alarm nicht dazu zu bewegen war, in den Luftschutzbunker zu gehen. Frau K. hat Zeit ihres Lebens in ihrer Familie gelebt. Sie gilt als Minderbegabte. Aus der Akte geht nicht hervor, ob ihre Schwester der Einweisung widersprochen oder sie gar betrieben hat. Der einweisende Arzt gibt an, daß Marie K. mit ihrer Weigerung und Uneinsichtigkeit die Nachbarn gefährde. Die Langenhorner Ärzte wissen mit ihr wenig anzufangen. Sie beschreiben hilflos ihren körperlichen Zustand: »fast Zwergenwuchs, an den Hüften stark ausgeprägte, teigige Schwellungen, Hände kurz, guter Ernährungszustand.« Sie notieren einen »blöden Gesichtsausdruck« und stellen ihr kleine Rechenaufgaben, die sie lösen kann. Dr. Saupe trägt als Diagnose »schwachsinnige Euphorie« ein. Zwei Wochen später verlegt er sie »unverändert« innerhalb Langenhorns. Am 25. Januar 1944 vermerkt Dr. Saupe »wegen Platzmangel nach Meseritz verlegt«. Bereits am 1. Februar stirbt sie in Meseritz an »Altersschwäche«.

Die Einweisungsquoten der Alsterdorfer Anstalten, der Versorgungsheimen oder der Psychiatrien außerhalb Hamburgs sind im einzelnen nicht hoch, zusammengenommen zeigen sie aber, daß Langenhorn für diese Einrichtungen bis in die Spätzeit hinein Abschiebe- und Zwischenanstaltsfunktion hat. Die relativ hohen Einweisungsraten von Gefängnis, Zuchthaus oder KZ brechen mit dem Transport vom April 1943 abrupt ab. Der Hintergrund ist eine Vereinbarung zwischen den Reichsministerien der Justiz und des Inneren.<sup>22</sup> Interessant ist auch der Prozentsatz von 10 % Einweisungen durch die sogenannten Rettungsstellen bei dem Transport von August 1943. Wie oben erwähnt, weist dieser Transport einen hohen Prozentsatz der Diagnose »Verwirrtheit nach Bombenangriff« auf. Menschen, die nach den Bombennächten verwirrt aufgegriffen werden, werden zum großen Teil direkt von den Sicherheitskräften der in den Stadtteilen errichteten Rettungsstellen, also unter Umgehung der üblichen Einweisungswege, nach Langenhorn gebracht und von hier abtransportiert.

Ein Blick auf den Anteil der Zwangssterilisierten zeigt eine Abnahme von 34,1 % beim ersten Transport auf 13,2 % beim letzten, bei denen eine Zwangssterilisation in den Akten vermerkt ist. Eine Ausnahme stellt nur der Transport vom August 1943 mit nur 5 % Zwangssterilisierten dar. Die Erklärung ergibt sich aus der bereits beschriebenen Zu-

sammensetzung des Transportes, dem viele ältere, bombengeschädigte Frauen mit kürzesten Verweilzeiten angehören, also Menschen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit davor nicht in das Raster der negativen Eugenik gefallen waren. Die Rate der Zwangssterilisierten bei allen Transporten liegt deutlich unter der der Nicht-Zwangssterilisierten und der Personen, von denen die Sterilisation nicht bekannt ist. Da die Aktenführung gewöhnlich das Merkmal sterilisiert besonders vermerkt, andernfalls der Eintrag einer nicht erfolgten Sterilisation vom jeweiligen persönlichen Dokumentationsstil des Arztes abhängig war, können die Kategorien nein und unbekannt in der Bewertung zusammengefasst werden.

Bei den besonderen Einweisungsgründen lassen sich nur bei der Gruppe der nach § 42 StGB Sicherungsverwahrten (entspricht dem heutigen Maßregelvollzug) deutliche Entwicklungen feststellen. Die Sicherungsverwahrten werden bis zum Übereinkommen zwischen Reichsjustiz- und Reichsinnenministerium im August 1943 häufig für den Abtransport nach Meseritz selektiert. Ab Mitte 1943 brechen die Verlegungen Sicherungsverwahrter nach Meseritz ab. Offensichtlich sind zu diesem Zeitpunkt die nicht arbeitsfähigen oder den Anstaltsablauf anderweitig störenden Sicherungsverwahrten bereits abtransportiert, so daß es in der darauffolgenden Zeit nur noch vereinzelt zu Verlegungen aus dieser Patientengruppe kommt. Die Zahl der nach § 22 Hamburger Verhältnissgesetz polizeilich Untergebrachten (entspricht den heutigen Zwangseinweisungen) ist dagegen über die Zeit gleichbleibend. Die anderen besonderen Einweisungsgründe, wie § 51 StGB (Unzurechnungsfähigkeit) oder § 175 StGB (Bestrafung wg. Homosexualität) spielen eine untergeordnete Rolle.

Betrachtet man die Rückkehrer nach Langenhorn von vorausgegangenen Abtransporten, so fallen die ab Transport 6 (Oktober 1943) einsetzenden hohen Rückkehrer-Zahlen auf. Dies läßt sich mit der Rückverlegung von 247 Langenhorner Patienten aus Lüneburg im Spätsommer 1943 erklären. In Lüneburg sollte damit Platz für Insassen von ausgebombten Hamburger Altenpflegeheimen geschaffen werden. Diese Patienten unterliegen in Langenhorn einem erhöhten Selektionsdruck. Allein 103 aus Lüneburg rückverlegte Patienten, das sind rund 40 % aller aus Lüneburg Rückverlegten, werden nach Meseritz weiterverlegt und damit ein zweites Mal deportiert.<sup>23</sup>

### **Die Transporte nach Meseritz-Obrawalde vom Januar und Februar 1944**

Die Transporte vom 25. Januar 1944 (Transport 8) und vom 1. Februar 1944 (Transport 9), die 50 Frauen und 50 Männer umfaßten, sollen für die Untersuchung über die Euthanasie-Maßnahmen der letzten Kriegs-



## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

jahre einer weitergehenden Betrachtung unterzogen werden.<sup>24</sup> Dabei wurden insbesondere die Urteile der Ärzte und des Pflegepersonals in den Krankenblattunterlagen ausgewertet. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

Die Pflegeaufwendigkeit der mit diesen Transporten nach Meseritz verlegten Patienten wird nur bei 36 % als hoch bewertet. Bei einem Viertel wird sie als gering eingestuft, bei 30 % als mittelgradig (vgl. Teil VII, Tabelle 6). Es ist erschreckend, daß gerade auch behandlungsbedürftige körperlich Kranke und pflegeabhängige Patienten nach Meseritz verlegt werden, damit ihr Tod direkt herbeigeführt wird.

Der an Multipler Sklerose erkrankte Richard E. wird von seinem Hausarzt am 5. Januar 1944 in Langenhorn eingewiesen. Der diensthabende Oberpfleger in der Aufnahme vermerkt: »52jähriger Mann in körperlich hilflosen Zustand, spricht mit etwas schmierender Sprache, ist kontaktfähig, gibt Auskunft, ist gut orientiert«. Dr. Knigge hält die Diagnose Multiple Sklerose in der Akte fest. Die Anamnese ergibt, daß Herr E. seit 1936 Lähmungserscheinungen hat, seinen Beruf als Schlosser aufgeben mußte und jetzt verrentet ist. Seither lebt er bei seiner Schwester im Haus, die die Pflege nun nicht mehr gewährleisten kann. Die Pfleger beschreiben ihn als »reinen Pflegefall«, aber ansonsten ruhigen und zufriedenen Patienten. Statt Herrn E. in ein Pflegeheim zu überweisen, entledigt sich Dr. Knigge seiner am 1. Februar 1944 durch den Abtransport nach Meseritz. Dort stirbt Herr E. zwei Wochen später.

Elsa F., 45 Jahre, Diagnose »Epilepsie und Schizophrenie«, wird mit einer Blinddarmentzündung nach Meseritz verlegt. Sie ist in Langenhorn keine Unbekannte. Sie hat hier von 1931 bis 1938 gelebt, ist aber auf Grund ihrer Arbeitsfähigkeit nach Farmsen, später zum Eichenkamp verlegt worden. Von hier kommt sie im Januar 1944 nach Langenhorn zurück, wird aber nur vorübergehend auf einer medizinischen Station behandelt, um dann mit der Diagnose »Appendicitis, chronische Epilepsie« in Haus 11 zu kommen, von wo aus sie Dr. Schlippe wenige Tage später am 25. Januar 1944 »unverändert nach Meseritz« verlegt. Am 28. Januar 1944 stirbt sie in Meseritz an »Herzschwäche bei Gangrän«.

Bezüglich der Verhaltensbewertung gibt es einen deutlichen Trend zur negativen Einschätzung. In mehr als der Hälfte der Fälle werden die Betroffenen als störend und schwierig beschrieben, in einem Viertel als gewalttätig. Bei nur 16 % wird das Verhalten als positiv eingeschätzt (vgl. Teil VII, Tabelle 7).

Bei dem 54jährigen Arbeiter Willi K. steht das als schwierig und lästig empfundene Verhalten im Vordergrund der Akteneintragungen. Er kommt im Mai 1943 aus Eppendorf mit der Diagnose »Paralyse«. Dr. Lange vermerkt bei der Aufnahme: »Äußerlich ruhig, aber spricht viel.« Der Ehefrau sagt er in der Sprechstunde, daß die Prognose »zweifelhaft« sei, ihr Mann zur Zeit nicht entlassen werden könne und sie sich ruhig eine kleinere Wohnung nehmen könne. Währenddessen arbeitet Herr K. »fleißig unter Aufsicht«, wie es in der Akte heißt. Anfang Januar schreibt Dr. Lange aber in die Akte: »Ziemlich erregt und faselig. Verlangt eine Brille. Äußert Vergiftungsideen. Dreht im Alarm das Licht an. Kaum noch tragbar für M 13« [d.i. Haus 13, Männerstation]. Dr. Lange verlegt Herrn K. nach Haus 19. Der einzige Eintrag von Dr. Lua im Haus 19 lautet: »Beklagt sich darüber, daß er vergiftet wurde. Verworren.« Dr. Lua verlegt Herrn K. am 1. Februar 1944 nach Meseritz, wo er am 17. Februar an »Paralyse« stirbt.

Die Beurteilung der Arbeitsleistung fällt am stärksten negativ aus. Eine gute, den Betrieb aufrecht erhaltende Arbeitsleistung wird aber immerhin noch in rund 7 % der Fälle angegeben, eine mittlere Arbeitsleistung in 13 % der Fälle. Die Arbeitsleistung aller anderen wird als schlecht, ausfallend oder nicht verwertbar angegeben (vgl. Teil VII, Tabelle 8). Patienten mit verwertbaren guten Arbeitsleistungen werden dagegen nur selten und, wie das folgende Beispiel zeigt, zur Bestrafung nach Meseritz abtransportiert.

Otto M. wird zu Anfang des Krieges im Alter von 19 Jahren mit der Diagnose »Debität und Schizophrenie« aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Friedrichsberg nach Langenhorn verlegt. Er gilt immer als guter Arbeiter, allerdings mit verschrobenen, teils aggressivem Verhalten. Die Akte ist voll von Vorfällen, bei denen Herr M. entweder Essensgegenstände entwendet hat, worauf große Auseinandersetzungen folgen, oder Geschichten in Umlauf setzt, die die Station in Atem halten. Seine Mutter, die ihn öfters besucht, stellt sich zum Ärger der Pfleger meist auf die Seite ihres Sohnes. Als er, wie Dr. Lua in der Akte vermerkt, »unbegründet« die Arbeit in der Kolonne niederlegt, verlegt man ihn im März 1941 nach Neustadt, von wo aus er im Mai 1941 bereits wieder zurückkommt, um aber gleich wieder nach Lüneburg weiterverlegt zu werden. Herr M. gehört zu denjenigen Patienten, die im September 1943 aus Lüneburg zurückkehren, weil hier Platz für Altersheiminsassen geschaffen werden soll. Dr. Lange zählt nach seiner Rückkehr eine ganze Kette negativer Beurteilungen in der Akte auf: »erregt, unruhig, treibt Unfug, stiehlt, stört, ungeeignet für M 13, verlegt nach M 9.« In Haus 9 wird er zu Reinigungsarbeiten des Wachsaaes herangezogen. Zunächst wird vermerkt, er mache seine Sache ganz gut, wenn auch wenig ausdauernd. Wenig später wird er bei einem Diebstahl erwischt. Er hat einem anderen Patienten Frikadellen und Tabak gestohlen. »Wegen seines diebischen Verhaltens bedarf er ständiger Beaufsichtigung bei der Arbeit«, vermerkt Dr. Lua. Unter solchen Bedingungen ist auch die ansonsten als brauchbar eingeschätzte Arbeitskraft von Herr M. verzichtbar. Dr. Knigge unterzeichnet seine Verlegung nach Meseritz. Aus den spärlichen Eintragungen von Meseritz geht hervor, daß er dort in den ersten Monaten durch fleißiges Arbeiten in der Kolonne überlebt. Am 28. Juli 1944 versucht er während der Arbeit bei der Außenkolonne zu fliehen. Er wird wieder eingefangen. Der Akteneintrag zwei Tage später am 30. Juli 1944 lautet: »fiebert, hustet: Pneumonie«. Am 31. Juli 1944 ist eingetragen »Exitus letalis, Herzschwäche bei Pneumonie«.

Negative Verhaltensbewertungen, wie insbesondere Fluchtgefahr oder Arbeitsverweigerung führen meist auch bei vorhandener Arbeitsfähigkeit zur Selektion.

Adelheid J. wird im Februar 1943 wegen »Verstimmungszuständen« als 16jährige in die Psychiatrische und Nervenlinik Eppendorf eingeliefert. Nach wenigen Monaten wird sie mit einem Sammeltransport nach Langenhorn gebracht. »Als erregbare Psychopathin nicht mehr tragbar« schreiben die Eppendorfer Ärzte in die Akte. Die Langenhorner Ärzte diagnostizieren eine Hebephrenie, stellen fest, daß sie mit Nährarbeiten zu beschäftigen ist, und verlegen sie in die Arbeitsanstalt Farmsen. In Farmsen erlebt Adelheid J. die Bombennächte und entweicht kurze Zeit später aus der Anstalt. Nachdem sie von der Polizei wieder zurückgebracht worden ist, wird sie von den Ärzten in Farmsen nur noch als »affektlabil, zornig erregt und trotzig« beschrieben. Im November überstellen sie sie erneut nach Langenhorn. »Für Farmsen nicht geeignet« heißt es in der Akte. Die Langenhorner Ärzte stellen jetzt die Dia-

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

gnose »debile Psychopathie«. In einem Eintrag Mitte Dezember heißt es: »willig, fleißig, ist gerne zu Hilfeleistungen bereit«. Wenig später, Mitte Januar, trägt Dr. Saupe aber in die Akte ein: »In der letzten Zeit widersetzlich, mürrisch und unzufrieden. Äußert die Absicht, zu entweichen. Ist sehr gereizt, wird aggressiv, muß isoliert werden.« Die Rückverlegung aus Farmsen, gleichbedeutend mit der Nicht-Bewährung als Arbeitskraft, und die negative Verhaltensbewertung, insbesondere die Fluchtgefahr, kommen zusammen. Adelheit J. wird am 25. Januar 1944 nach Meseritz verlegt, wo sie am 31. Januar 1944 stirbt. Eingetragene Todesursache: »Herz-tod in Erregung«.

Bei Olga S., 40 Jahre, Diagnose »Schizophrenie«, wird auch die Fluchtgefahr in der Akte besonders hervorgehoben, aber auch Arbeitsverweigerung. Auch sie kommt mit einem Sammeltransport aus Eppendorf nach Langenhorn, wird hier aber über ein Jahr als »ruhige und freundliche Schizophrene« in der Akte geführt. Gelobt wird insbesondere, daß sie »fleißig bei der Arbeit« sei. Sie wird deshalb mit Stopfarbeiten, später in der Plättstube beschäftigt. Aus einem Eintrag im November 1943 geht hervor, daß sie seit zwei Monaten die Arbeit verweigere. Sie dränge seit einem Besuch ihres Ehemannes »uncinsichtig auf ihre Entlassung«, schreibt Dr. Saupe in die Akte und verlegt sie hausintern in das besser gesicherte Haus 4. Am 13. Januar 1944 vermerkt er in der Akte: »Immer sehr gereizt und widerstrebend, läßt sich nichts sagen, sehr fluchtverdächtig«. Das Urteil ist damit gesprochen. Auch sie wird am 25. Januar 1944 nach Meseritz verlegt, wo sie am 21. August 1944 an »Herzschwäche bei Darmkatarrh« stirbt.

Auch der langsame Verfall der vormalis ausgenutzten Arbeitskraft führt meist zur Selektion.

Adele H. kommt 1928 in die Staatsirrenstalt Friedrichsberg, nach dem sie nach der Geburt ihres zweiten Kindes zu Hause Erregungszustände und Wahnideen hatte. 1933 diagnostiziert Prof. Dr. Körtke in Langenhorn »Schizophrenie« und bejaht in einem Gutachten die Ehescheidung. Frau H. durchläuft in Langenhorn in den Jahren eine Reihe von Stationen und Häusern. Ihr Verhalten wird häufig als schwierig, ihre Erkrankung als gravierend beschrieben. Sie kann aber zur Arbeit eingesetzt werden. Dr. Saupe beschreibt sie noch im Januar 1942 als Patientin, die unter dem Einfluß von Wahnideen und Sinnestäuschungen stehe, aber selbständig und sauber sei und in der Arbeit willig und fleißig. Ende 1943 verschlechtert sich ihr Zustand. Sie wird innerhalb kurzer Zeit mehrmals innerhalb Langenhorns verlegt. Dr. Schlippe, der zuletzt für sie zuständig ist, vermerkt Ende Januar 1944: »Völlig zerfahrende Kranke, erkennt Personen, queruliert. Keine Beschäftigung mehr möglich. Nach Meseritz verlegt«. Einen Monat später ist Frau H. tot. »Exitus letalis durch Schlaganfall« lautet die Akteneintragung wenig später in Meseritz.

Die zeitweise Bevorzugung von ehemaligen Kriegsteilnehmern, wie sie noch in der ersten Phase der Euthanasie praktiziert wurde, wird bei Verfall der Arbeitsfähigkeit in der Spätzeit 1944/1945 aufgegeben.

Gerhard H. wird im Oktober 1941 mit einer Kriegspsychose nach Langenhorn eingewiesen. Er kommt aus der Nervenabteilung eines Reservelazarets. Er habe, so steht in seinem Bericht, beim Polenfeldzug, die Glieder nicht mehr vorwärts gebracht und das Gewehr nicht mehr richtig halten können. Der Truppenarzt begründet die Verlegung nach Langenhorn damit, daß Herr H. in letzter Zeit rastlos, ängstlich und voller Schuldgefühle sei. In Langenhorn wird Gerhard H. als antriebsarm, depressiv und schwierig beschrieben. Im Gegensatz zu anderen Patienten geben sich die Ärzte im Falle des ehemaligen Frontsoldaten aber sichtbar Mühe. Mehrere Arbeitsversuche werden unternommen, scheitern aber. Herr H. entweicht kurz vor Weihnachten 1941, wird aber über die Polizei wieder eingeliefert. Er wird zunächst nicht zum Ab-

## *Transporte nach Meseritz-Obrawalde*

transport ausgesucht. Neue Arbeitsversuche erfolgen. Nach einer längeren Phase der Essensverweigerung wird er mit der Sonde zwangsernährt. Dr. Lua spricht regelmäßig mit ihm und verlegt ihn erst Anfang 1943 nach Lüneburg, von wo aus er im August 1943 mit den anderen Langenhorner Patienten zurückkehrt. Danach wird er so wie die anderen Rückkehrer nur noch negativ beurteilt und nur noch bis zur ersten Abtransportmöglichkeit verwahrt. Die letzten Akteneintragungen Dr. Luas lauten: »Steht untätig herum. Drängt nach der Türe. Antwortet nicht auf Fragen« und »steht in steifer Haltung unbeteiligt da«. Am 1. Februar 1944 wird Herr H. nach Meseritz verlegt, erkrankt dort am 19. Februar an »Durchfall« und stirbt am selben Tag an »Hirnerweichung«.

Bei der Feststellung des Kontakts auf Grund eingetragener Angehörigen-Besuche und Briefe fällt auf, daß solche Eintragungen für fast die Hälfte der Betroffenen in den Akten fehlen. Unabhängig von der Frage, ob in diesen Fällen eher ein Dokumentationsdefizit besteht, nichts über Kontakte bekannt war oder tatsächlich keine Kontakte bestanden, kann davon ausgegangen werden, daß fehlende Eintragungen, sofern sie überhaupt selektionsbeeinflussend sind, ähnlich in ihrer Wirkung auf die Selektionsentscheidung sind wie die explizite Eintragung »kein Kontakt«. Zieht man die Kategorien »kein Kontakt« und »Kontakt unbekannt« ebenso zusammen wie die Kategorien »viel Kontakt« und »wenig Kontakt« ergibt sich, daß nur ein Viertel der abtransportierten Patienten überhaupt Kontakte hat, während bei drei Viertel Kontakte ausdrücklich verneint oder nicht erwähnt werden (vgl. Teil VII, Tabelle 9).

Bei der Untersuchung der Frage, aus welchen Häusern und durch wessen ärztliche Letztentscheidung die Betroffenen nach Meseritz abtransportiert werden, fällt die Konzentration auf bestimmte wenige Ärzte und Häuser auf. So selektiert Dr. Schlippe hauptsächlich in dem Frauenhaus 11, Dr. Saupe in den Frauenhäusern 3 und 4, Dr. Knigge in dem Männerhaus 9 und Dr. Lua in dem Männerhaus 19. Aber auch die nicht direkt selektierenden Ärzte und Ärztinnen sind beteiligt. Etwa 60 % der verlegten Patienten haben einen Verlegungsweg innerhalb von Langenhorn hinter sich und werden durch einen vorbehandelnden Arzt zu dem letztlich selektierenden Arzt überwiesen. Während sich die Selektionsentscheidungen auf wenige Ärzte und Häuser konzentriert, sind bei den Vorentscheidungen zur Selektion so gut wie alle Häuser einbezogen und alle Ärzte beteiligt.

Die Überlebenszeiten in Meseritz sind äußerst gering. Innerhalb eines halben Jahres sterben 78 Patienten. Das sind 86,7 % der dieser Untersuchung zugrunde liegenden 90 Anfang 1944 aus Langenhorn abtransportierten Patienten (vgl. Teil VII, Graphik 1). Bis zum Kriegsende sind es 82 Patienten (entspricht 91 %). Nur von zwei Personen ist sicher bekannt, daß sie überlebt haben .

Bei dieser enorm hohen und schnellen Sterblichkeit verwundert es nicht, daß die eingetragenen Todesursachen häufig die aus der Literatur bekannten stereotypen Diagnosen sind. An erster Stelle steht Pneumonie

oder Bronchopneumonie (13mal), gefolgt von Herztod/Herzschwäche (10 mal), Marasmus (9 mal) und Tod im Anfall (8 mal). Auch Schlaganfall, Darmgrippe und Altersschwäche sind häufiger genannt.

### **Erinnerungen eines Überlebenden – ein Gespräch mit Fritz Niemand<sup>25</sup>**

Fritz Niemand ist einer der wenigen überlebenden Opfer der Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde und wahrscheinlich der einzige heute noch lebende ehemalige Langenhorner Patient, der nach Meseritz deportiert wurde. Seine Geschichte ist die eines in jungen Jahren auffällig werdenden Mannes, der dann unausweichlich in die Mühlen der NS-Psychiatrie gerät: Zwangssterilisation, Zwangsunterbringung, Fluchtversuch aus der Anstalt, dann wieder Arbeitsversuche draußen, schließlich 1943 Einweisung ins Universitätskrankenhaus Eppendorf über einen niedergelassenen Nervenarzt, den er selbst aufsucht, von dort Verlegung nach Langenhorn und von hier Abtransport nach Meseritz-Obrawalde.

Fritz Niemand belegt mit seinen Erinnerungen eindrucksvoll, wie brutal der Alltag in der Universitätsklinik und später in Langenhorn von der ständig drohenden Selektion geprägt war. Wer nicht für die Wissenschaft interessant war oder nicht schnell wieder gesund wurde, kam von Eppendorf nach Langenhorn. Und wer hier krank oder schwach wurde oder nicht ausreichend arbeitete, kam nach Meseritz.

Fritz Niemand schildert offen und mit einfachen Worten, durch welchen Kampf, mit welchen häufigen Verzweiflungsgefühlen und auch durch welche glücklichen Zufälle er das Inferno von Meseritz überleben konnte. Die Arbeitsfähigkeit um jeden Preis und die Angst, nicht mehr ausreichende Arbeitsleistungen zu erbringen, beherrschten auch hier sein Leben. Fritz Niemand's Geschichte steht hier stellvertretend für die Geschichte aller Opfer, die von Langenhorn nach Meseritz verlegt wurden und die sich heute nicht mehr äußern können.

Fritz Niemand wurde 1915 in Kiel geboren. Sein Vater fiel im Ersten Weltkrieg. Er wuchs mit seinen beiden jüngeren Schwestern bei seiner Mutter in Rendsburg auf. Die Realschule absolvierte er erfolgreich. Eine Lehre als Einzelhandelskaufmann brach er ab, ebenso zwei weitere Lehren und eine Heuer auf einem Handelsschiff. Seine anschließende Rekrutenausbildung bei der Reichsmarine verlief zunächst positiv. Er sei dann aber auffällig geworden, berichtet er von dieser Zeit, was zunächst zur nervenärztlichen Untersuchung, dann 1935 zur Entlassung aus dem Wehrdienst führte.

Zu Hause in Rendsburg sorgte alsbald eine Fürsorgerin des Gesundheitsamtes für seine Einweisung in die Heil- und Pflegeanstalt Schleswig, wo die Diagnose »Schizophrenie« gestellt wurde. Nach einem

Fluchtversuch von dort wurde er in einem »festen Haus« untergebracht. In der Schleswiger Anstalt wurde er auch einem Erbgesundheitsgericht vorgestellt, das seine Sterilisation veranlaßte. An diese Situation erinnert er sich auch heute noch genau. Unzählige Male hat er diese nach dem Krieg dargestellt, da er nach 1945 bis heute aktiv um seine Anerkennung als Opfer der Zwangssterilisation kämpfte. Er habe damals das Gefühl gehabt, erzählt er, das Gericht davon überzeugt zu haben, daß bei ihm keine Sterilisation notwendig sei. Trotzdem wurde er wenig später im Juni 1936 gewaltsam in ein Krankenhaus in Schleswig gebracht und dort gegen seinen Willen sterilisiert. Widerstand sei unmöglich und sinnlos gewesen und hätte nur seine Situation verschlimmert. Wenig Trost habe ihm auch das Versprechen gegeben, danach aus der Anstalt entlassen zu werden. »Mit der Sterilisation ist mir ein Stück meiner Persönlichkeit entrisen worden«, stellt er im Gespräch fest. »Ich bin heute noch nicht darüber weg, daß ich keine Kinder zeugen kann.«

Die versprochene Entlassung blieb aus. Fritz Niemand wurde wegen angeblicher Gemeingefährlichkeit bis 1940 in der Schleswiger Anstalt festgehalten. Seine Mutter holte ihn 1940 gegen Revers heraus. Er arbeitete anfangs als Lagerarbeiter, dann als Kraftfahrer im Lebensmittelgroßhandel, schließlich auf einer Kieler Werft. Von dort wurde er zur Montage nach Norwegen versetzt. Im Mai 1943 wuchs ihm die Arbeit erneut über den Kopf. Er meldete sich krank, wurde zurück nach Deutschland geschickt und von Rendsburg aus sofort in die Universitätsklinik Kiel eingewiesen. Als es ihm besser ging, wurde er nach acht Wochen entlassen und begann wieder eine Arbeit im Hamburger Hafen. Auf Grund seiner erneut auftretenden Stimmungsschwankungen suchte er von sich aus einen niedergelassenen Nervenarzt auf, der ihn 20. November 1943 in die Universitätsklinik Eppendorf einwies.

Mit der Einweisung in Eppendorf geriet Fritz Niemand in eine Falle, aus der es keinen Ausweg mehr gab. Er berichtet: »Ich bin hier nicht behandelt worden. Wir wurden nur verwahrt. Arbeit gab es keine. Wir wurden nur immer wieder geröntgt. Davor hatten wir unheimliche Angst. Es ging unter den Patienten das Gerücht, daß bei einem Befund eine Operation mit tödlichen Ausgang vorgenommen wurde.« Er erzählt, die Patienten hätten gewußt, daß nur wenige entlassen wurden und die meisten nach Langenhorn kamen und ihnen die Euthanasie drohte. Nach seiner Erinnerung gab es kaum Patienten, die längere Zeit in Eppendorf waren. Die meisten waren wie er nur kurz in Eppendorf und warteten auf die ärztliche Entscheidung. »Für mich war es eine aussichtslose Situation, da ich ja eine Vergangenheit hatte in der Psychiatrie. Ich ahnte, daß ich ein hoffnungsloser Fall war, der das Schlimmste zu befürchten hatte und nicht mehr entlassen wurde. Ich hatte Depressionen und starke Angstgefühle, vor allem davor, nach Langenhorn eingeliefert zu werden.«

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

Einmal wurde Fritz Niemand in einer Vorlesung von Prof. Bürger-Prinz, dem ärztlichen Leiter der Psychiatrischen und Nervenklinik, vorgeführt. Er mußte von seinen Ängsten erzählen. Er habe keine Kraft gehabt, sich irgendwie zu wehren. Kurz vor Weihnachten 1944 kam die Nachricht, daß er nach Langenhorn kommen sollte. Er sei daraufhin noch tiefer in die Depression geraten. Mit seiner Mutter hatte er zu diesem Zeitpunkt keinen Kontakt mehr. »Ich wollte mich ja auch von zu Hause lösen«, erklärt er. Heute wisse er, daß er damit den Ärzten seine Abschiebung nach Langenhorn erleichtert habe.

In Langenhorn traf Fritz Niemand auf einige Patienten, die hier schon längere Zeit waren und geschützter waren als er. Von diesen erfuhr er, daß die meisten Neuankömmlinge nach Osten kämen. Dort würden die Patienten von Pflegern mit Gewehr bei Fuß bei der Arbeit bewacht und später getötet, sei ihm von seinem vorarbeitenden Mitpatienten eröffnet worden. »Mit diesem Wissen lebten wir in Langenhorn«, sagt er. Er habe in Langenhorn zwar in der Plättstube gearbeitet, er habe aber als »Schlappmacher« gegolten, weil er ja draußen bei der Arbeit mehrmals versagt habe. Er sei gehemmt gewesen und habe sich gar nicht richtig artikulieren können. Eine Artikulation der Patienten sei aber auch gar nicht erwünscht oder gefragt gewesen. Ihm habe immer angehängen, daß er ja schon mal aus der Psychiatrie in Schleswig geflohen sei. Er sei deshalb in einem geschlossenen Haus untergebracht gewesen und in einem Massenschlafsaal, den er als Verlies empfunden habe.

An die näheren Lebensumstände in Langenhorn erinnert sich Fritz Niemand so: »Laufend waren Patienten in Zellen, besonders die Gebrechlichen und Kranken, aber auch solche, die nicht arbeiten wollten. Es hieß aber immer, die hätten ansteckende Krankheiten und wir dürften das Essen, was da herausgetragen wurde, nicht anrühren. Das fiel uns schwer, weil wir haben gehungert, daß die Schwarte knackt. Die Toten aus den Zellen wurden in Zinksärge herausgetragen und wir hatten alle große Angst, auch krank zu werden oder aufzufallen, so daß wir da in die Zellen kamen.«

In Langenhorn verfiel Fritz Niemand erneut in Angstzustände. »Das ganze Milieu war so gehalten«, berichtet er, »daß man sich minderwertig vorkommen mußte, lebensunwert, überflüssig. Ich hatte gar kein Wertgefühl mehr. Ich habe natürlich versucht, mich von der besten Seite zu zeigen und nicht aufzufallen. Aber das nützte nichts. Ich wußte genau, daß sie mich für einen Simulanten hielten und für ›faulkrank‹. Ich war abgeschrieben.«

Eine Behandlung fand in dem Haus, in dem er untergebracht war, überhaupt nicht statt. Bisweilen kamen Ärzte ins Haus, die er nur von weitem sah und die ihn gar nicht kannten. Als er Ende Januar 1944 Bescheid bekam, daß er in Kürze nach Osten abtransportiert würde, habe

ihn das doch wie ein Schlag getroffen, obwohl er seit Wochen damit gerechnet hatte. Er verfiel in Apathie. »Ich bekam eine Nummer auf den Rücken. Busse fuhren vor, aber ich war so geistesabwesend, daß ich mich nicht mehr an alles erinnere. Auf dem Hauptbahnhof stand ein Zug für uns bereit. Ich war so geschwächt und gelähmt. Es war eine trostlose Fahrt. Wir bekamen Brote von den Pflegern, die von Langenhorn mitgekommen waren. Die Brote waren so dünn, daß man das Vaterunser durchbeten konnte.«

Von Meseritz berichtet Fritz Niemand so: »In Meseritz wurden wir im Massenlager untergebracht. In Haus 1. Das war fürchterlich. Man mußte sich melden zur Arbeit. Ich habe gleich im Trupp gearbeitet. Das war Straßenbau, in der Landwirtschaft und auf dem Güterbahnhof. Ich wußte, daß es darauf ankam, zu arbeiten. Die gearbeitet haben, bekamen in der Suppe etwas weniger Wasser und vor allem keine Kartoffelschalen darin. Gehungert haben wir aber alle.« Im Sommer 1944 verbesserte sich seine Lage. Er wurde in die Küche versetzt, was eine klare Bevorzugung war. Des weiteren kam er in ein anderes Haus, in Haus 2, in dem zwar auch selektiert wurde, aber die hygienischen Bedingungen etwas besser waren.

Die meisten, mit denen Fritz Niemand nach Meseritz kam, hat er nicht wiedergesehen. »Die haben gleich die Spritze bekommen«, sagt er. Er erinnert sich nur noch an einen Hamburger Mitpatienten, der vorher auch in Langenhorn war und mit dem er einige Gespräche hatte. Dieser sei krank geworden und an völliger Entkräftung gestorben. Erinnerungen hat er auch noch an einen Schleswiger Transport, der im Sommer 1944 eintraf und dem viele alte Bekannte von ihm angehörten. Die meisten seien in den nächsten Wochen umgebracht worden. Die Selektionen seien durch eine Kommission der Oberpfleger erfolgt. »Die kamen ins Haus und suchten diejenigen aus, die apathisch waren, abgemagert oder schwach. Am anderen Tag ging es ins Haus 18. Vorher bekamen die noch ein Beruhigungsmittel. Dann wurden sie in Haus 18 abgespritzt. Aus Selbsterhaltungstrieb hat man aber nicht darüber gesprochen. Aber Bescheid wußten alle.«

Überlebende wie Fritz Niemand wurden unwillkürlich zu Mitwissern. So mußte er miterleben, wie ein anderer Patient »abgespritzt« wurde. Dieser, ein ehemaliger Major, hatte Briefe herausgeschmuggelt. Fritz Niemand war gerade damit beschäftigt, die Fenster in dem Zimmer des betreffenden Patienten zu reinigen. Dr. Mootz habe die Schwester gefragt, wer er sei. Als diese den Arzt beruhigt hatte, habe dieser den Major »abgespritzt«. Fritz Niemand berichtet, daß er auch Leichen in die Leichenhalle habe transportieren müssen, wobei er jedesmal einen Schock bekam, da die Leichenhalle vollgestopft gewesen sei mit Leichen.

Als Fritz Niemand eine Hauterkrankung bekam, konnte er nicht weiter in der Küche arbeiten. Eine Pflegerin, mit der er auch einige religiöse Gespräche geführt hatte, rettete ihn vor der Krankenstation, die sei-



nen Tod bedeutet hätte. »Nur nicht krank werden und nicht mehr arbeiten können«, sei die Devise gewesen. Die Pflegerin gab ihm ein Mittel, das ihm ermöglichte, seine Hauterkrankung auf seiner Station auszuheilen, währenddessen er Hausarbeiten verrichtete, um nicht selektiert zu werden. Er habe in dieser Zeit wieder beten gelernt, sagt er.

Die letzten Wochen bis zur Befreiung arbeitete Fritz Niemand in dem Tierzuchtbetrieb des Leiters Grabowski. Hier wurden Angorakaninchen und Meerschweinchen für medizinische Versuchsanstalten gezogen. Als man schon die Schüsse der Roten Armee hörte, wurde in Meseritz bekannt, daß Grabowski bereits das Weite gesucht habe. In dieser Situation gelang Fritz Niemand die Flucht, nachdem ihm die Pflegerin, die ihm schon vorher geholfen hatte, den Schlüssel zur Kleiderkammer gegeben hatte und er sich Zivilkleidung besorgen konnte. Er schloß sich dem allgemeinen Flüchtlingstreck an, der nahe an der Anstalt vorbeizog.

Fritz Niemand, der sich in Langenhorn zu den »aufgegeben Fällen« zählte und nur bedingt arbeitsfähig war, überlebte Meseritz, weil er hier als gute Arbeitskraft gebraucht wurde. Die Frage, wie er sich diesen Wandel erklärt, beantwortet er so: »Wir wußten, daß der Krieg verloren war. Wir wußten, daß der Nationalsozialismus am Ende war. In Meseritz wurde ich nicht mehr als psychisch Kranker angesehen. Da wurde nur noch gefragt, kann der noch arbeiten. Damit fiel auch die ganze Belastung von vorher von mir. Hier tat sich plötzlich ein Tor auf. Das gab mir Kraft. Vielleicht war es auch ein Trotz. Der Staat, der uns ja wie Dreck behandelte und zum Mord freigegeben hatte, war ja kurz vor dem Ende. Das Näherrücken der sowjetischen Armee erlebte ich ganz beglückend. Ich empfand große Freude, daß ich damit ja auch die Psychiatrie abschütteln konnte und einen Neuanfang beginnen konnte«.

Der Neuanfang nach 1945 war für Fritz Niemand durch seinen Kampf um die Anerkennung als Opfer des Nationalsozialismus gekennzeichnet, der allerdings bis heute andauert und noch nicht beendet ist. 1946 stellte er erstmals einen Antrag auf Entschädigung als politisch Verfolgter. Dieser wurde abgelehnt, da sein Schicksal keine politische Verfolgung gewesen sei. Spätere Anträge wurden auf der Grundlage des Bundes-Entschädigungsgesetzes abgelehnt, das gerade die beiden Verfolgungstatbestände, die für Fritz Niemand zutreffen, Zwangssterilisation und Unterbringung in einer Tötungsanstalt, von der Anerkennung und Entschädigung ausschließt. Prozesse gegen seine Rentenversicherung, die Zeiten, die er in Meseritz verbracht hat, als Beitragszeiten anzuerkennen, wie es bei anderen Opfergruppen der Fall ist, waren bisher erfolglos. Seit 1980 kam er lediglich in den Genuß der Härtefondszahlungen nach dem Allgemeinen Kriegsfolgen-Gesetz. Seine volle Rehabilitation und Anerkennung als Opfere des Nationalsozialismus stehen für ihn wie für die anderen Opfer der Zwangssterilisationen und für die Überlebenden der Euthanasie bis heute aus.

## Anmerkungen

- 1 Vgl. dazu die entsprechenden Ausführungen in meiner Dissertation »Euthanasie in den letzten Kriegsjahren -Die Jahre 1944 und 1945 in der Heil- und Pflegeanstalt Hamburg-Langenhorn«, Husum 1992.
- 2 Die Darstellung der Anstaltsgeschichte folgt im wesentlichen: Bresler, Johannes, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz, in: ders. (Hrsg.), Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke in Wort und Bild, Halle 1910, S. 257 ff., und Radzicki, Jozef, Gutachten 1960, in: StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Beiakten zum Verfahren gegen Lensch und Dr. Struve.
- 3 Vgl. Bresler, Johannes, a.a.O., S. 257.
- 4 Vgl. Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (Hrsg.), »Totgeschwiegen« 1933-1945. Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Berlin 1988, S. 192.
- 5 Vgl. Klee, Ernst, Was sie taten – Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt/Main 1986, S. 333.
- 6 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Radzicki-Gutachten, Bl. 3329 ff.
- 7 Vgl. Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, a.a.O., S. 203.
- 8 Vgl. Thom, Achim, Die Entwicklung der Psychiatrie und die Schicksale psychisch Kranker sowie geistig Behinderter unter den Bedingungen der faschistischen Diktatur, S. 151, in: ders. und Genadij Ivanovic Caregorodcev (Hrsg.), Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin/DDR 1989, S. 127 ff.
- 9 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Radzicki-Gutachten, Bl. 3334 ff.
- 10 Ebd., Bl. 3351 f.
- 11 Ebd., Bl. 3353 ff.
- 12 Vgl. Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 403 ff.
- 13 Vgl., Klee, Ernst (Hrsg.), Dokumente zur »Euthanasie«, Frankfurt/Main 1985, S. 321 f.
- 14 Vgl. Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat, a.a.O., S. 405.
- 15 Ebd., S. 403.
- 16 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Radzicki-Gutachten, Bl. 3358 ff.
- 17 Vgl. Klee, Ernst (Hrsg.), Dokumente zur »Euthanasie«, a.a.O., S. 310.
- 18 Diese und die folgenden statistischen Angaben basieren auf der Auswertung von 459 Krankenakten und Karteikarten des Krankenhausarchivs von 507 Patienten, die 1943/1944 von Langenhorn nach Meseritz-Obrawalde verlegt wurden.
- 19 Die Angaben dieser und der nachfolgenden Patientenbiographien sind den Krankenblatt-Unterlagen entnommen, die sich sämtlich im Archiv des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll befinden.
- 20 Vgl. Wunder, Michael, Die Auflösung von Friedrichsberg. Hintergründe und Folgen, in: Hamburger Ärzteblatt, Jg. 44 (1990), Heft 4, S. 128 ff.
- 21 Vgl. Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflein und Herbert Rüb, Die Psychiatrische und Nervenklinik und ihre Patienten, in: van den Bussche, Hendrick (Hrsg.), Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«. Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät, Berlin-Hamburg 1989, S. 289 ff., hier S. 315 ff.
- 22 Um die Gruppe der psychisch kranken Rechtsbrecher, die nach § 42 StGB von der Staatsanwaltschaft in den Anstalten als sog. Sicherungsverwahrte Untergebracht, kam es Mitte 1943 zu einem Streit zwischen Reichsjustizministerium und Reichsinnenministerium. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Teile der arbeitsfähigen Sicherungsverwahrten auf Geheiß der Justizbehörden in die KZs überstellt worden, die arbeitsfähigen in die Tötungsanstalten der Euthanasie. Mitte 1943 setzte sich das Reichsinnenministerium durch, so daß die verbliebenen arbeitsfähigen Sicherungsverwahrten als dringend erforderliche Arbeitskräfte in den Anstalten verbleiben konnten. Langenhorn profitierte sehr von dieser Regelung. Langenhorn hatte bis Kriegsende eine größere Gruppe arbeitsfähiger Sicherungsverwahrter, ohne die der Anstaltsbetrieb nicht aufrecht zu erhalten gewesen wäre und die deshalb auch vor der Selektion bewahrt war.
- 23 Vgl. Teil III, Kapitel 3, Die Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg.
- 24 Der Untersuchung liegen die 90 vollständig erhaltenen Krankenakten von insgesamt 100 von diesen beiden Transporten betroffenen Patienten zugrunde. Die Krankenakten befinden sich im Archiv des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll.

## *Verlegungen in Tötungsanstalten*

- 25 Die Angaben basieren auf einem Gespräch, das ich mit Fritz Niemand am 17.8.1990 in dessen Haus in Rendsburg geführt habe. Interviews über seine Lebensgeschichte, insbesondere seinen Kampf um die Anerkennung als Opfer des Faschismus, befinden sich auch in: Romey, Stefan, Fritz Niemand. Ich war in der Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde – Erinnerungen, Erfahrungen, Dokumente, in: Behinderten-Pädagogik, Heft 4 (1984), S. 367 ff., und in: Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (Hrsg.), a.a.O., S. 177 ff.

Michael Wunder

## VII. DIE SPÄTZEIT DER EUTHANASIE<sup>1</sup>

### 1. »Wilde Euthanasie« oder systematische Aktion im Rahmen der Katastrophenmedizin – die Euthanasie-Maßnahmen nach dem Stopp 1941

Die Beschreibung der Psychiatriemorde nach dem offiziellen Stopp der Euthanasie im August 1941 ist bis vor wenigen Jahren in der Literatur nicht nur unzureichend erfolgt, sondern auch in Verkennung ihres Ausmaßes und ihrer Systematik. Dies gilt insbesondere für die späten Kriegsjahre 1944 und 1945. Erst in den neueren Arbeiten wird ein anderes Bild der Euthanasie-Maßnahmen nach dem offiziellen Stopp gezeichnet.<sup>2</sup> Auch durch die zahlreichen neueren Veröffentlichungen zur Geschichte einzelner Psychiatrischer Krankenhäuser und Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie z.B. Kaufbeuren-Irsee,<sup>3</sup> Hadamar,<sup>4</sup> Langenfeld/Rheinland,<sup>5</sup> Karl-Bonhoeffer Klinik/Berlin<sup>6</sup> oder Alsterdorfer Anstalten/Hamburg,<sup>7</sup> ist vielfach und detailreich belegt, daß die Selektionen und Tötungen nach dem Stopp von 1941 weitergingen und quantitativ und qualitativ ausgeweitet wurden. Gleichwohl fehlt es an genauen Arbeiten über die Selektionsmechanismen dieser zweiten Phase der Euthanasie auf der Basis der Auswertung von Krankengeschichten. Der zweiten Phase der Euthanasie haftet in besonderem Maße das Bild des Zusammenbruchs, des Durcheinanders und des Chaos an, – ein Bild, das korrigiert werden muß.

Ausgangspunkt für die verkennende Darstellung der Durchführung und auch des Ausmaßes der Euthanasie-Maßnahmen nach 1941 sind Aussagen im Nürnberger Ärzteprozeß und die Berichterstattung darüber. Die Aussage Karl Brandts, Hitlers Leibarzt, den Hitler 1939 neben Reichsleiter Philipp Bouhler zur Euthanasie ermächtigt hatte, war hierfür entscheidend. Alexander Mitscherlich und Fred Mielke faßten die Brandt-Aussage bezüglich der Zeit nach dem Stopp so zusammen, daß nach der programmgemäßen Gnadentodaktion die Tötung Geisteskranker in einzelnen Anstalten durch letale Gaben von Morphium und Barbituraten

zwar weiterging, aber unabhängig vom Reichsministerium des Inneren verlief.<sup>8</sup> Brandt hatte zu seiner Verteidigung in seiner Aussage betont, daß seine amtliche Verantwortlichkeit für die Euthanasie mit dem Ende des Sommers 1941 aufgehört habe. Er sei als Generalbevollmächtigter des Gesundheits- und Sanitätswesens für die weiteren Tötungen nicht mehr zuständig gewesen.<sup>9</sup>

Unstrittig war im Nürnberger Ärzteprozeß, daß die Euthanasie-Maßnahmen auch nach dem offiziellen Stopp vom August 1941 weiterliefen. Zu den Tatsachen, die in der Beweisaufnahme hierzu benannt wurden, gehörten die Ausweitung der sogenannten Kinder-Euthanasie auf höhere Altersgruppen und die Durchführung der »Aktion 14 f 13«, bei der psychisch Kranke, Leistungsgeschwächte oder auch körperlich Kranke und »rassisch Minderwertige« aus Konzentrationslagern in die Euthanasie-Anstalten überstellt wurden. Bemerkenswerterweise wurde aber auch schon in damaligen Zeugenaussagen der für das heutige Verständnis dieser Phase so zentrale Zusammenhang zwischen Luftkrieg, Evakuierungen und Krankentötungen hergestellt. So sagte der Bremer Medizinalrat Hellmut Wex aus, daß er nach einem Luftangriff auf Bremen im November 1943 an Ministerialdirigent Herbert Linden vom Reichsinnenministerium herangetreten sei, um Patienten zu evakuieren. 341 Patienten seien nach Meseritz-Obrawalde gekommen, von denen 242 bis zum 2. Februar 1944 dort verstorben seien.<sup>10</sup> Dieser Zusammenhang spielte aber weder in der Urteilsbegründung des Gerichtes, noch bei der Bewertung der Ereignisse durch Mitscherlich und Mielke eine Rolle.

Die Verurteilung Brandts zum Tode erfolgte wegen seiner Verantwortlichkeit für das T4-Programm bis zum August 1941, insbesondere, wie das Gericht hervorhob, wegen der pflichtverletzenden Übertragung der Durchführung auf andere und der somit auch voll zu verantwortenden Ausdehnung auf Juden, Häftlinge von Konzentrationslagern und Menschen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit schon »kurz nach dem Beginn«.<sup>11</sup>

Das Urteil muß vor dem Hintergrund des Völkerrechts und dem besonderen Charakter der Nürnberger Kriegsverbrecher-Prozesse verstanden und nicht als abschließende Behandlung der Euthanasie-Frage durch die Justiz gewertet werden. Es ist aber bemerkenswert, daß fast die gesamte nachfolgende Literatur die systematische Weiterführung der Euthanasie nach dem Stopp ausgeblendet hat und ebenso, analog zur Urteilsbegründung, einen deutlichen Unterschied zwischen dem Grundgedanken der Euthanasie und der Durchführung im NS-Regime macht. Hier muß der Ursprung dafür gesehen werden, daß sich alle späteren Euthanasie-Befürworter auf die Denkfigur des Mißbrauchs der Euthanasie durch die Nationalsozialisten berufen konnten.

Der nur groben Rezeption des Nürnberger Urteils in der nachfolgenden Literatur ist es auch geschuldet, daß sich für die zweite Phase der

Euthanasie das Bild der nunmehr vollkommen entfesselten, aus dem Ruder laufenden und unkontrollierten Aktion verfestigen konnte. Dieses Bild wurde insbesondere auch durch die Aussage Dr. Friedrich Mennekes, des Direktors der Landesheil- und Pflegeanstalt Eichberg und »14 f 13«-Gutachters unterstützt. In seiner Aussage 1946 zur Fortführung der Arbeit des »Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden«, dem Entscheidungsgremium der Kinder-Euthanasie, bewertet er die Ausweitung auf Jugendliche bis zu 17 Jahren nach dem Stopp als »Ersatz für das ausgefallene Programm«. Damit hätten Ärzte »ohne jede Norm und ohne jedes Verfahren« einen Patienten töten können, »wenn...[sie] von dessen Auslöschung überzeugt« gewesen seien.<sup>12</sup> Ohne eine Bewertung dieser Aussage vor dem heutigen Wissenshintergrund vornehmen zu wollen, ist doch hervorzuheben, daß hier frühzeitig das Bild einer ungezügelten, norm- und verfahrenslosen Tötungspraxis entworfen wurde, bei der nur noch der einzelne Arzt individuell und willkürlich entschied.

Ähnlich wie die wenig beachtete Aussage des Bremer Medizinalrates Wex im Nürnberger Prozeß, gab es schon frühzeitig Zeugenaussagen oder Einlassungen von Angeklagten, die ein ganz anderes Bild der Euthanasie-Maßnahmen nach dem offiziellen Stopp malten. Der Hadamarer Tötungsarzt Dr. Hans Bodo Gorgaß schilderte in einer seiner Einlassungen 1947 in dem gegen ihn geführten Prozeß in Frankfurt eine Konferenz Ende November 1942 in Sonnenstein/Pirna. Victor Brack habe dort erklärt, »daß die ›Aktion‹ durch den eingetretenen Stopp im August 1941 nicht beendet sei, sondern weitergehen werde«.<sup>13</sup>

Trotzdem wurde das Gedankenmuster des ungeplanten, zügellosen Agierens fortan mit dem unreflektiert übernommenen Begriff der »wilden Euthanasie« in die Geschichtsschreibung übernommen, ohne die Herkunft dieses Begriffes genauer zu untersuchen. Auch Alice Platen-Hallermund nahm dieses Bild der »wilden Euthanasie« in ihrer frühen und verdienstvollen Beschreibung der Euthanasie auf. Dies verwundert um so mehr, als ihre philosophisch-ethische Betrachtung des Themas von großer Schärfe und von Weitblick gekennzeichnet war. Zur Euthanasie nach dem Stopp 1941 schrieb sie allerdings: »Die öffentlichen Meinung, der es gelungen war, die noch relativ geordneten Tötungen der Vergasungsanstalten zu unterbinden, war nicht imstande, das Töten zu verhindern, das nun überall unkontrolliert anfangen konnte«.<sup>14</sup> Auch Hans-Josef Wollasch, der für die katholischen Einrichtungen der Caritas wegweisende Arbeiten geschrieben hat, schrieb noch 1980, daß in der »wilden Euthanasie« »fanatische Ärzte und Pfleger ungestraft ihre Schützlinge durch systematisches Verhungernlassen, durch Verabreichung von Spritzen und Tabletten zu Tode pflegen« konnten.<sup>15</sup>

Nach dem von Hitler im August 1941 verfügten Stopp lief nicht nur die

Kinder-Euthanasie ungebremst und auf höhere Altersgruppen ausgeweitet weiter. Auch einige Tötungseinrichtungen der Aktion T4 wurden für die Aktion 14 f 13 genutzt und das Personal der anderen Tötungsanlagen in die Ostgebiete abgezogen, um dort den Völkermord an den europäischen Juden vorzubereiten. Vor allem wurde aber der Apparat der Euthanasie-Durchführung umorganisiert, auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und auf seine wesentlichen Zukunftsaufgaben eingestellt.

Hervorzuheben ist zum einen die Benennung des bis dahin in der Medizinalabteilung des Reichsinnenministeriums tätigen Herbert Linden am 23. Oktober 1941 zum »Reichsbeauftragten für die Heil- und Pfleganstalten« und zum anderen die Berufung Brandts am 28. Juli 1942 zum »Generalbevollmächtigten für das Sanitäts- und Gesundheitswesen«. Mit der Benennung Lindens wurden entgegen der Bewertung Mitscherlichs und Mielkes die gesamte weitere Euthanasie-Durchführung in eine direkte Abhängigkeit vom Reichsinnenministerium gebracht. Die »Zentrale Verrechnungsstelle« und die »Gemeinnützige Krankentransport Gesellschaft« (Gekrat), wurden Hilfsorganisationen der Abteilung IV des Ministeriums. Per Verordnung bekam der neue Reichsbeauftragte nun den Auftrag, planwirtschaftliche Aufgaben auf dem Gebiet der Heil- und Pflegenanstalten durchzuführen.<sup>16</sup> Der Reichsbeauftragte wurde darin verpflichtet, seine Maßnahmen im Einvernehmen mit dem Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft durchzuführen. Damit bekamen diese bisherigen Tarnorganisationen, die für den Tod von 70.000 Anstaltsinsassen verantwortlich waren, erstmals einen legalen Anstrich. »Von diesem Zeitpunkt an«, urteilt Götz Aly, »übernahm das Reichsinnenministerium nicht mehr auf der Basis einer vagen Führer-Ermächtigung, sondern auf der Basis eines veröffentlichten Gesetzes die Federführung bei der Vernichtung unbrauchbarer Deutscher«.<sup>17</sup>

Waren damit prinzipiell die Voraussetzungen für den Fortgang der Tötungsaktionen geschaffen, so nahmen diese allerdings erst unter dem Eindruck des sich verstärkenden Luftkrieges ab 1942 und des sich dann durchsetzenden katastrophenmedizinischen Verdrängungskonzept Brandts konkrete Formen an. Die nicht mehr Arbeitsfähigen sollten solange in den Anstalten als »Platzhalter«<sup>18</sup> und Verschiebemasse verbleiben, bis die Betten anderweitig für Aufgaben des Gesundheitswesens gebraucht wurden. Brandt gab dazu als Bevollmächtigter für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der wiedererstarkten, neu organisierten Euthanasie-Zentrale, die wesentliche Rückendeckung, so daß die ganze Aktion als »Aktion Brandt« bezeichnet wurde.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß die Planer in Berlin ganz offensichtlich die ungezielte Tötung durch Hungerrationen ablehnten und somit auch den diesbezüglichen Beschluß vom 17. November 1942 im bayrischen Innenministerium für die bayrischen Anstalten. Das

sogenannte »Luminal-Schema« des T4-Obergutachters Professor Nitsches von 1940 basierte zwar auch auf Töten durch Unterernähren, verstand sich aber als gezielte Tötungsmethode. Nitsche hatte darin die jeweils tödlichen Dosierungen von Luminal für bestimmte Körpergewichte errechnet.<sup>19</sup> Die Ablehnungsgründe ungezielter Hungertötungen bestanden nicht nur darin, daß diese der zentralen Anleitung und der Verfügungsplanung über die »Platzhalter« für den Luftkriegsfall zuwiderliefen. Die Berliner Zentrale befürchtete auch, daß diese das Ansehen der Psychiatrie gefährden könnten, allzu leicht an die 70.000 Hungertoten in den Heil- und Pflegeanstalten während des Ersten Weltkrieges erinnern und damit den Modernisierungsbestrebungen entgegenarbeiten könnten. In diesem Zusammenhang führten die Euthanasie-Planer 1942 auch selbst den Begriff der »wilden Euthanasie« ein, der in der späteren Geschichtsschreibung dann fälschlicher Weise für die gesamte zweite Phase der Euthanasie verwendet wurde.

Diese zweite Phase der Euthanasie ist nach den vorliegenden Darstellungen und Dokumenten gekennzeichnet durch verschiedene Bestrebungen, die sich keineswegs widerspruchlos durchsetzten, aber insbesondere für den hier zu betrachtenden Zeitraum der Spätzeit 1944 und 1945 wichtig sind:

- a) zentrale Anleitung bei dezentralem Vollzug
- b) Ausweitung auf weitere Menschengruppen
- c) ungebrochener therapeutischer Aktivismus und Modernisierungsbestrebungen
- d) Differenzierung zwischen den Funktionen verschiedener Anstalten
- e) Primat der Planungsebene vor der ärztlichen Kompetenz.

Diese Punkte sind vor dem Hintergrund der Einbeziehung in ein katastrophenmedizinisches Umstrukturierungskonzept auch für die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn nachweisbar.<sup>20</sup>

Die Differenziertheit und Systematik der Patienten-Selektionen auch noch in den letzten Kriegsjahren läßt sich für Langenhorn ebenfalls belegen. Auf der Basis der Auswertung von Krankenakten habe ich dafür sowohl Patientengruppen untersucht, die im Jahre 1944 zu verschiedenen Zielanstalten transportiert wurden, als auch solche, die im gleichen Zeitraum in Langenhorn blieben. Um den Rahmen der vorliegenden Dokumentation nicht zu sprengen, werden hier lediglich die Ergebnisse des Vergleichs der Zielanstalten Rickling/Meseritz-Obrawalde und des Vergleichs Abtransport nach Meseritz-Obrawalde/Verbleib in Langenhorn dargestellt. Beide Untersuchungen beschränken sich auf das erste Halbjahr 1944.



## 2. Vergleich der Selektionskriterien am Beispiel von Transporten in die Umlandanstalt Rickling und in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde

Aus den Beschreibungen der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde und der Ricklinger Anstalten geht die Unterschiedlichkeit beider Ziellanstalten von Langenhorner Abtransporten hervor.<sup>21</sup> Meseritz war eine weitabgelegene Tötungsanstalt mit Vernichtungsfunktion für Patienten aus dem gesamten Reichsgebiets, in der über 10.000 Menschen aktiv durch Medikamente getötet wurden. Rickling war dagegen eine Verwahranstalt im Hamburger Umland mit Entlastungsfunktion für Hamburg. In ihr herrschten schlimmste Lebensbedingungen für die Patienten mit der Folge einer hohen Sterblichkeit. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, ein zielorientiertes differenziertes Selektionsmuster für Anstalten wie Meseritz und Rickling anzunehmen.

Folgt man allerdings den Zeugenaussagen der Ärzte Langenhorns, die alle an den Selektionen oder den Zurarbeiten dazu beteiligt waren, so war es für diese unerheblich, wohin sie Patienten » evakuierten«. Sie waren, ihren Aussagen zufolge, nur froh über jede Entlastung der überfüllten Anstalt zugunsten somatischer Betten und der Erfüllung der Hilfskrankenhausaufgaben. Was die Langenhorner Ärzte tatsächlich über die Funktionen und Geschehnisse in den verschiedenen Ziellanstalten gewußt haben, wird man nie exakt erfassen können. Gleichwohl sprechen viele historische und empirische Belege für ihre Informiertheit.

So kann ihnen beispielsweise nicht entgangen sein, daß für den Abtransport der Patienten ab Mitte 1943 wieder die Busse der Gemeinnützigen Krankentransport Gesellschaft verwendet wurden, mit denen schon die Transporte zur Zeit der Meldebogen-Euthanasie durchgeführt wurden. Teilweise wurde auch ganz offen an die erste Euthanasie-Phase angeknüpft, deren Sinn und Ziel Gesundheitssenator Ofterdinger Mitte 1941 in der Langenhorner Ärzterunde deutlich angesprochen hatte.<sup>22</sup> Anfang 1943 schlug, offensichtlich daran anknüpfend, Verwaltungsleiter Freese der Ärztekonferenz vor, für die anstehenden »Evakuierungen« die alten T4-Meldebogen-Kriterien »länger als fünf Jahre in Langenhorn«, »keine schnelle Heilung in Aussicht« oder »keine Angehörigen-Kontakte« wieder zu verwenden.<sup>23</sup> Hinzu kommen die in Langenhorn Aufsehen erregenden Berichte aus Meseritz geflohener und nach Langenhorn zurückgekehrter Patienten.<sup>24</sup>

Für die Informiertheit der Langenhorner Ärzte spricht allerdings auch das zielortorientierte Selektionsmuster, das sich bei einem Vergleich der Transporte nach Meseritz vom 25. Januar und 1. Februar 1944 mit den Transporten nach Rickling vom 28. April und 23. Juni 1944 ergibt.

Das Diagnosenprofil für die beiden Zielorte unterscheidet sich, wenn auch nicht statistisch signifikant.<sup>25</sup> Die »psychischen Erkrankungen des Seniums und Präseniums« sind bei Rickling stärker vertreten als bei Meseritz, ebenfalls die »hirnorganischen Syndrome«. Umgekehrt ist die Diagnose »Schizophrenie« bei Meseritz häufiger als bei Rickling. Bei den Transporten nach Rickling ist damit eine deutliche Entwicklung hin zu einem geriatrisch ausgerichteten Diagnosenprofil zu erkennen. Bei den Transporten nach Meseritz bleibt dabei eher eine Diagnosenstruktur erhalten, bei der die »Schizophrenie«-Diagnose vorherrschend ist und Diagnosen wie »Schwachsinn«, »Lues« und »psychische Erkrankungen des Alters« mit Prozentsätzen zwischen 5 % und 15 % vertreten sind.

Die Alterszusammensetzung der hier untersuchten Transporte nach Meseritz und nach Rickling unterscheidet sich dagegen statistisch signifikant. Insbesondere ist ein großer Unterschied bei den über 65 Jahre alten Personen zu erkennen: hier liegen die Zahlen für Rickling deutlich über denen für Meseritz (vgl. Tabelle 1).

Auch bei der Verweildauer zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Die nach Rickling abtransportierten Patienten weisen noch kürzere Verweilzeiten auf als die nach Meseritz abtransportierten. In beiden Gruppen überwiegen allerdings kürzere Verweilzeiten von bis zu sechs Monaten. Prozentuiert man die absoluten Fallzahlen, so ergibt sich für die Meseritz-Gruppe ein Prozentsatz von 55 %, für die Rickling-Gruppe von 66 % Patienten, die nur bis zu sechs Monaten in Langenhorn sind. Ein deutlicher Unterschied ergibt sich bei den Langzeitpatienten, die eine Verweildauer von über zwei Jahren haben: Während nach Meseritz auch 30 Patienten dieser Gruppe mitgegeben werden, sind dies bei Rickling nur zwei Patienten.

Tabelle 1: Altersvergleich<sup>26</sup> – Meseritz und Rickling\*

Alter	Meseritz		Rickling	
	N	%	N	%
bis 26 Jahre jung	11	12,2	5	5,5
26 -65 Jahre mittel	64	71,1	39	58,2
über 65 Jahre alt	15	16,7	23	34,3
Gesamt	90		67	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Rickling-Transporte vom 28.4./23.6.1944

## Spätzeit der Euthanasie

Tabelle 2: Verweildauervergleich – Meseritz und Rickling\*

Verweildauer in Langenhorn vor dem Abtransport	Meseritz		Rickling	
	N	%	N	%
bis 1 Monat	14	15,6	10	14,9
>1-3 Monate	17	18,9	16	23,9
>3-6 Monate	17	18,9	18	26,9
>6-12 Monate	3	3,3	14	20,9
>12-24 Monate	3	3,3	4	6,0
>24-60 Monate	23	25,6	2	3,0
>60-120 Monate	7	7,8		
>120 Monate	4	4,4	2	3,0
Gesamt	88		66	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Rickling-Transporte vom 28.4./23.6.1944

Dieses Bild bestätigt sich auch bei den Voraufenthalten vor der Aufnahme in Langenhorn. Bei der Rickling-Gruppe gibt es signifikant mehr Patienten ohne Voraufenthalte oder mit nur kurzen Voraufenthalten, also Menschen, die vorher noch nichts mit der Psychiatrie zu tun hatten oder die nur sehr kurz psychiatrisiert sind. Prozentuiert man die Fallzahlen, so ergibt sich für die Rickling-Gruppe ein Prozentsatz von 43%, für die Meseritz-Gruppe ein Prozentsatz von 25% Patienten ohne Voraufenthalte.

Tabelle 3: Voraufenthaltsvergleich – Meseritz und Rickling\*

Verweildauer in der Psychiatrie vor der Aufnahme in Langenhorn	Meseritz		Rickling	
	N	%	N	%
keine Vorauf.	23	25,6	29	43,3
bis 6 Monate	31	34,4	26	38,8
>6-12 Monate	1	1,1	2	3,0
>12-24 Monate	6	6,7		
>24-60 Monate	7	7,8	3	4,5
>60 Monate	6	6,7	2	3,0
nicht beantw.	16	17,8	5	7,5
Gesamt	90		67	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Rickling-Transporte vom 28.4./23.6.1944

Zur Verweildauer und den Voraufenthalten läßt sich zusammenfassend feststellen: Die 1944 für Rickling selektierten Patienten haben niedrigste Verweilzeiten und keine oder nur äußerst kurze Voraufenthalte in der Psychiatrie. Es handelt sich damit in hohem Ausmaß um Neuerkrankte oder um neue Patienten, die bisher noch nicht und unter anderen Umständen wahrscheinlich gar nicht in die Psychiatrie gekommen wären. Für die für Meseritz Selektierten sind beide Aspekte ebenfalls vorhanden, aber abgeschwächt. Hier gibt es trotz des späten Zeitpunktes immer noch eine Gruppe von Langzeitpatienten entweder mit längerer Verweildauer oder mit längeren Voraufenthaltszeiten in der Psychiatrie.

Bei einem Vergleich der Einweiser zeigt sich, daß die zunächst in Friedrichsberg untergebrachte Psychiatrische und Nervenlinik in dem hier interessierenden Zeitraum stark an Bedeutung verliert. Bei den für Meseritz selektierten Patienten beträgt die Quote der aus Friedrichsberg eingewiesenen allerdings immer noch etwa ein Fünftel, während sich bei Rickling die Einweisungen aus Friedrichsberg auf wenige Einzelfälle beschränken. Umgekehrt ist bei der Rickling-Gruppe das Universitätsklinikum Eppendorf deutlich der häufigste Einweiser. Dieser Unterschied steht in Zusammenhang mit den oben beschriebenen Verweildauerdifferenzen. Die immer noch relativ hohe Einweiserquote Friedrichsbergs bei den Meseritz-Transporten betrifft Patienten mit längeren Verweilzeiten, während die schnell durchgeschobenen Patienten bei der Rickling-Gruppe auf Grund der endgültigen Aufgabe Friedrichsbergs 1942 gar nicht aus Friedrichsberg überwiesen sein können, sondern nur, sofern sie überhaupt aus der Psychiatrischen und Nervenlinik kommen, aus Eppendorf. Gleichermaßen stark sind in beiden Gruppen aber die niedergelassenen Ärzte mit je ungefähr einem Viertel als Einweiser vertreten. Vor dem Hintergrund der in beiden Gruppen vorherrschenden niedrigen Verweildauer ist dies ein deutlicher Beleg für die wachsende Bedeutung der niedergelassenen Ärzte als Direkteinweiser zum Kriegsende hin.

Bezüglich des Anteils Zwangssterilisierter unterscheiden sich die für Meseritz und für Rickling Selektierten nicht wesentlich. Der Anteil der Patienten, bei denen eine Zwangssterilisation in den Akten angegeben ist, liegt bei beiden Gruppen zwischen 10 % und 15 %. Vor dem Hintergrund meist kurzer Verweilzeiten in beiden Gruppen und dem starken Rückgang der Sterilisationen in den Kriegsjahren ist dieser Anteil aber immer noch erstaunlich hoch.

Bei den besonderen Einweisungsgründen gibt es für die hier untersuchten späten Transporte zunächst keine besonders ins Auge springenden Unterschiede. In der Gruppe der für Meseritz selektierten Patienten befinden sich zwei Sicherungsverwahrte nach § 42 StGB und sieben polizeilich Untergebrachte nach § 22 Hamburger Verhältnisgesetz. In der Gruppe der für Rickling selektierten Patienten gibt es keinen sicherungs-

verwahrten Patienten und acht polizeilich Untergebrachte. Die Zahl der selektierten Sicherungsverwahrten sinkt im Vergleich zum Zeitraum vor Mitte 1943 auf Einzelfälle ab. Gleichgeblieben ist dagegen die klare Zielortdifferenzierung. Sicherungsverwahrte werden von Langenhorn aus nur in die Tötungsanstalt Meseritz verlegt, nicht in die Verwahranstalt Rickling. Die mögliche Erklärung, daß die kirchliche Anstalt Rickling nicht genügend gesichert war für Patienten, die nach § 42 StGB eingewiesen wurden, muß verworfen werden, da es sich bei den Abtransportierten meist um entkräftete, sehr kranke Personen handelte. Hinzu kommt, daß polizeilich Untergebrachte nach § 22 Verhältnisgesetz durchaus nach Rickling verlegt wurden.

Die Quote der Rückkehrer nach Langenhorn, die in vorausgegangenen Abtransporten beispielsweise nach Lüneburg verlegt worden waren, ist bei der Meseritz-Gruppe höher als bei der Rickling-Gruppe. Prozentuiert man die Fallzahlen, so ergibt sich für die hier untersuchten späten Meseritz-Transporte ein Prozentsatz von 36 % Rückkehrern von vorangegangenen Abtransporten, für die Rickling-Transporte ein Prozentsatz von 28 %. Ein Vergleich der gesamten Meseritz- und Rickling-Transporte zeigt noch deutlichere Unterschiede. Von den 246 im September 1943 aus Lüneburg zurückverlegten Patienten werden 105 in den nachfolgenden Monaten nach Meseritz weiterverlegt und nur 37 nach Rickling.

Ein Vergleich der Bewertung der Pflegeaufwendigkeit ergibt Unterschiede, die allerdings statistisch nicht signifikant sind. In der Rickling-Gruppe gibt es mehr Patienten, deren Pflegeaufwendigkeit als mittelgradig eingeschätzt wird. In der Meseritz-Gruppe ist eine Massierung schwerer Pflegefälle feststellbar, aber auch eine Anzahl von Patienten, deren Pflege als leicht eingestuft wird. Trotzdem kann die Bewertung der Pflegeaufwendigkeit nicht als zielortentscheidend angesehen werden.

Auch in der Verhaltensbewertung unterscheiden sich die beiden Selektionsgruppen nicht signifikant. Trotzdem lassen sich auch hier Unterschiede feststellen. Bei den als störend oder schwierig eingeschätzten Patienten liegt die Zahl bei der Meseritz-Gruppe niedriger. Umgekehrt gehören der Meseritz-Gruppe mehr als gewalttätig eingestufte Patienten an als der Rickling-Gruppe. Beide Gruppen weisen gleichermaßen nur eine geringe Zahl von Patienten auf, deren Verhalten als positiv bewertet wird. Zielortentscheidend waren die Verhaltensbewertungen aber nicht.

Bei der Bewertung der Arbeitsleistung besteht ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden selektierten Patientengruppen. Die Arbeitskraft des überwiegenden Teils aller Selektierten wird als schlecht, nicht verwertbar oder nicht vorhanden eingestuft. Es fällt allerdings auf, daß bei der Rickling-Gruppe eine noch größere Häufung von als schlecht oder nicht verwertbar eingestufte Arbeitsleistung vorliegt.

Dies steht im Einklang mit der Tatsache, daß für Rickling häufiger ältere Patienten ausgesucht wurden. Umgekehrt fallen bei der Meseritz-Gruppe durchaus auch sechs Personen auf, deren Arbeitsleistung als gut eingestuft wird.

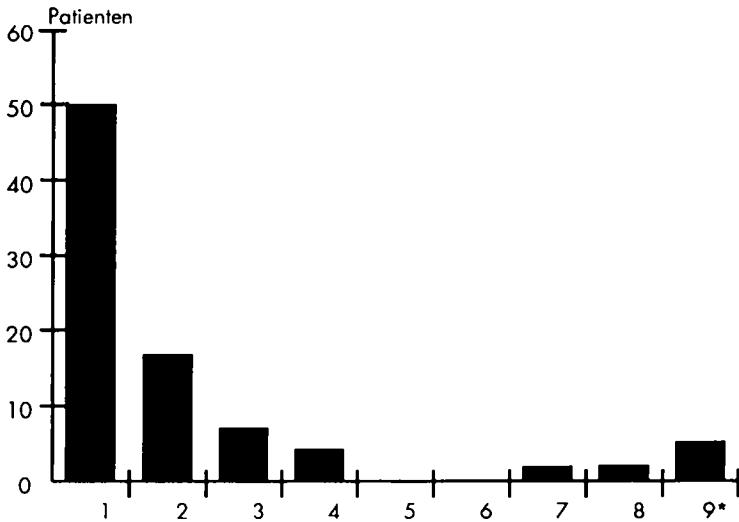
Beide Gruppe zeichnen sich dadurch aus, daß die überwiegende Zahl der Patienten entweder keinen Kontakt hat oder von Kontakten nichts bekannt ist. Vorhandene oder fehlende Kontakte spielen bei der Zielortdifferenzierung der Selektion keine Rolle.

Beim Vergleich der Entscheidungswege innerhalb Langenhorns weisen beide Gruppen große Ähnlichkeiten auf. Es sind dieselben Ärzte in meist denselben Häusern, die die Selektionsentscheidungen für die Tötungsanstalt Meseritz und die Verwahranstalt Rickling treffen. In den Frauenhäusern 4, 8 und 11 sind dies die Ärzte Dr. Saupe und Dr. Schlippe, bei Rickling gelegentlich noch Frau Dr. Steinbömer, in den Männerhäusern 9 und 19 sind es die Ärzte Dr. Knigge und Dr. Lua, bei Rickling gelegentlich noch Dr. Kerl. Für beide Gruppen läßt sich ein dichtes Netz von Zuarbeit und hausinternen Überweisungen feststellen, an dem alle Langenhorner Ärzte beteiligt sind und das alle Langenhorner Häuser umfaßt. Einen Unterschied gibt es lediglich hinsichtlich der Quote derjenigen, die keinen hausinternen Verlegungsweg vor ihrer Deportation durchlaufen. Diese Quote beträgt bei der Meseritz-Gruppe 54 %, bei der Rickling-Gruppe 76 %. Dieser Unterschied ist zum größten Teil mit der noch geringeren Verweildauer der Patienten zu erklären, die für Rickling selektiert wurden.

Die Überlebenszeiten und der Verlauf der Sterblichkeit in Meseritz und in Rickling unterscheiden sich dramatisch. Die Sterblichkeit in Meseritz ist enorm hoch und setzt sofort nach der Ankunft massiv ein. Sie ist im ersten Monat am höchsten und schwächt sich dann ab. In Rickling hingegen verläuft die Sterblichkeit im ersten Monat niedriger und steigt langsam an. Ihr Verlauf ist im Vergleich zu Meseritz verlangsamt und insgesamt nicht so hoch. In Meseritz sterben bis Kriegsende 82 von 90 Personen, das sind 91 %. In Rickling sterben bis Ende 1945 34 von 67 Personen, das sind 51 %.

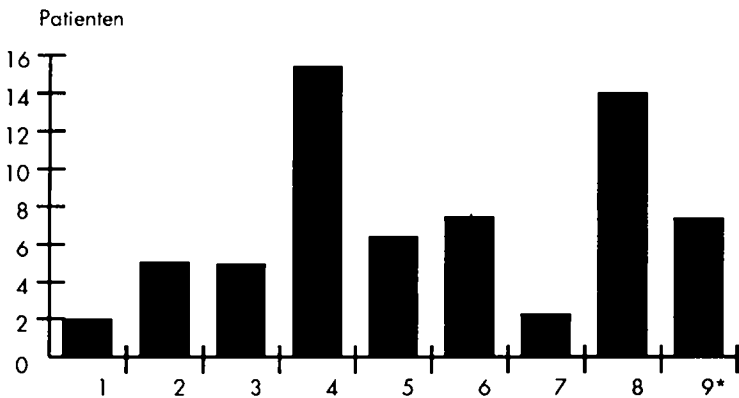
## Spätzeit der Euthanasie

**Graphik 1: Überlebenszeit in Meseritz**  
(Patienten aus den Transporten vom 25.1. und 1.2.1944)



- \*) 1 bis 1 Monat
- 2 über 1-3 Monate
- 3 über 3-6 Monate
- 4 über 6-12 Monate
- 5 über 12-18 Monate
- 6 über 18-24 Monate
- 7 über 24 Monate
- 8 überlebt (ohne genaues Todesdatum)
- 9 unbekannt

**Graphik 2: Überlebenszeit in Rickling**  
(Patienten aus den Transporten vom 28.4. und 23.6.1944)



Kategorien wie bei Graphik 1

Diese beiden Verlaufsformen scheinen typisch für den jeweiligen Anstaltstyp zu sein. In der Tötungsanstalt werden, sofort nach der Ankunft einsetzend, alle nicht arbeitsfähigen Patienten getötet (1. Monat), einige erst nach einer Beobachtungszeit (2.-3. Monat), die wenigen restlichen, eher arbeitsfähigen Patienten erst später, je nach der Entwicklung ihrer Arbeitsfähigkeit, ihres Verhaltens oder ihres Gesundheitszustandes. In der Verwahranstalt mit härtesten Lebens- und Arbeitsbedingungen, Unterernährung und fehlender Behandlung von Krankheiten setzt das Sterben dagegen später ein, ist nicht massiert auf die erste Zeit nach der Ankunft, sondern erfolgt eher nach Auszehrung und abhängig von äußeren Umständen. Die Kategorie »Überlebenszeit über 6-12 Monate« fällt für die nach Rickling Transportierten in die Wintermonate 1944/45 und die Zeit danach, in der in Rickling trotz Befreiung eine schlimme Hungersnot herrschte. Auch die Tatsache, daß in Meseritz eher die wenigen, typischen stereotypen Todesursachen in die Akten eingetragen werden, in Rickling dagegen breiter gestreute, eher plausibel wirkende Todesursachen, paßt ins Bild. In Rickling hatte man bei dem langsamen Verlauf der Sterblichkeit mehr Zeit zur Aktenführung und bei dem pseudonatürlichen Sterben durch Kräfteauszehrung auch tatsächlich eine breitere Streuung von Todesursachen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß für die hier untersuchten Transporte in die Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde und die Verwahranstalt Rickling ein deutlich zielortorientiertes Selektionsmuster besteht.



### 3. Vergleich der Selektionskriterien für den Abtransport nach Meseritz-Obrwalde und den Verbleib in Langenhorn

Zur Erfassung typischer Selektions- bzw. Bleibekriterien werden im folgenden die beiden Meseritz-Transporte vom Januar und Februar 1944 mit einer Gruppe nichtabtransportierter Langenhorner Patienten verglichen (Kontrollgruppe), die zum Zeitpunkt der Abtransporte ebenfalls in Langenhorn aufgenommen waren.<sup>27</sup>

Bei den Diagnosen lassen sich zwischen beiden Gruppen Unterschiede beschreiben, wenngleich diese auch statistisch nicht signifikant sind. Die Diagnosen »Schwachsinn«, »psychische Erkrankungen des Alters« und »Psychopathie« sind in der Kontrollgruppe stärker vertreten, die Diagnosen »Paralyse« und »Epilepsie« schwächer als bei der Meseritz-Gruppe. Bei den in beiden Gruppen am häufigsten genannten Diagnose »Schizophrenie« gibt es nur unerhebliche Unterschiede. Die Diagnose ist somit kein eindeutiges Selektionskriterium.

*Tabelle 4: Diagnosen-Vergleich Reichsirrenstatistik Meseritz/Langenhorn\**

Diagnosen	RIStat. 1934 %	RIStat. 1935 %	Meseritz %	Langen- horn %
Schwachsinn	22,50	21,55	10,0	16,7
Hirnverletzung	1,99	2,18	3,3	-
Paralyse	4,47	4,63	13,3	7,8
Alterserkrankung	5,44	5,58	16,7	22,2
Huntington	0,14	0,14	-	-
Alkoholismus	1,64	1,62	1,1	1,1
Epilepsie	9,89	9,61	10,0	3,3
Schizophrenie	46,11	46,64	34,4	30,0
Man.Depres.	3,34	3,15	-	3,3
Psychopathie	4,04	3,93	4,4	11,1

RIStat. 1934 = Reichsirrenstatistik 1934; RIStat. 1935 = Reichsirrenstatistik 1935

Die Reichsirrenstatistik wurde für zwei Kategorien von Anstalten geführt: einmal für die Psychiatrischen Kliniken und die Psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern [auf der Basis von rd. 5.000 Betten] und zum anderen für Landes- und Provinzialanstalten sowie private und karitative Anstalten [auf der Basis von rund 155.000 Betten]. Hier wurden die Angaben der letzten Kategorie verwendet.

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Patienten, die zeitgleich in Langenhorn waren.

Deutliche Unterschiede bestehen für beide Gruppen zum »klassischen« Diagnosen-Profil der Vorkriegszeit. Zieht man die Diagnosen-Verteilung der Reichsirrenstatistik aus dem Jahre 1935 heran, so zeigt sich eine Reduzierung der beiden häufigsten Diagnosen der Vorkriegszeit, »Schizophrenie« und »Schwachsinn«, um jeweils rund 40 %, während sich die »psychischen Erkrankungen des Alters« fast vervierfachen und damit gleich hinter der »Schizophrenie« zur zweithäufigsten Diagnose werden. Mit dieser Veränderung der Diagnosenstruktur in der Spätzeit von 1944 wird die Veränderung der Patientenzusammensetzung und der Funktionswandel der Psychiatrie zum Kriegsende deutlich. Die vorangegangenen Euthanasie-Maßnahmen betrafen in hohem Maße die chronischen Schizophrenie-Kranken und die schwerer behinderten, arbeitsunfähigen Schwachsinnigen. Die dadurch freiwerdenden Betten wurden mit der bis dahin weniger vertretenen Gruppe der alten Menschen mit psychischen Schwierigkeiten neu belegt, sofern sie nicht in Hilfskrankenhaus-Betten umgewandelt wurden. Dieser »Umbau im Abbau« in Langenhorn dürfte auch durch die Situation in den Hamburger Alten- und Pflegeheimen selbst bedingt gewesen sein. Platznot, Überfüllung, Personalmangel und der 1943 erfolgte Selektions-Zugriff der Sozialbehörde auf die Insassen der Pflegeheime führten dort zu einer Situation, in der alte Menschen schon bei geringfügiger Abweichung oder psychischer Auffälligkeit abgeschoben wurden.<sup>28</sup>

Betrachtet man die Voraufenthaltszeiten in der Psychiatrie vor der Aufnahme in Langenhorn, so ergeben sich beträchtliche Unterschiede zwischen Abtransportierten und Nicht-Abtransportierten. Diese Unterschiede sind auch statistisch signifikant.

Tabelle 5: Voraufenthalts-Vergleich Meseritz/Langenhorn \*

Verweildauer in der Psychiatrie vor der Aufnahme in Langenhorn	N	Meseritz		Langenhorn	
		N	%	N	%
keine Vorauf.	23	45	25,6	50,0	
bis 6 Monate	31	24	34,4	26,7	
>6-12 Monate	1	12	1,1	13,3	
>12-24 Monate	6	0	6,7		
>24-60 Monate	7	3	7,8	3,3	
>60 Monate	6	5	6,7	5,6	
nicht beantw.	16	1	17,8	1,1	
Gesamt	90	90			

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Patienten, die zeitgleich in Langenhorn waren.

Während die Hälfte der Patienten der Kontrollgruppe keine Voraufenthaltszeiten aufweisen, sind es bei den nach Meseritz Abtransportierten nur rund ein Viertel. Die Abtransportierten haben in der Regel häufiger und dann auch längere Voraufenthaltszeiten als die Nicht-Abtransportierten. Diesem Befund kommt vor dem Hintergrund der Parallelisierung der Verweilzeiten besondere Bedeutung zu. Er belegt, daß die nach Meseritz Abtransportierten signifikant häufiger Vorkarrieren in der Psychiatrie hatten als die Nicht-Abtransportierten.

Der Vergleich der Einweiser ergibt eine ganze Reihe wichtiger Hinweise. Bei dem Einweiser Gefängnis/KZ besteht der deutlichste Unterschied: 1,1 % bzw. einer Person bei der Meseritz-Gruppe stehen 18,9 % bzw. 17 Personen bei der Gruppe der Nicht-Abtransportierten gegenüber. Die Personen mit diesem Einweiser waren meist Sicherungsverwahrte nach § 42 StGB. Die Gruppe der Nicht-Abtransportierten weist 15 Patienten auf, bei denen die Sicherungsverwahrung in der Krankenakte verzeichnet ist. Bei den im Januar und Februar 1944 nach Meseritz Abtransportierten gibt es nur noch zwei sicherungsverwahrte Patienten. Die vom Gefängnis oder dem KZ überwiesenen Sicherungsverwahrten stellen ab Mitte 1943 eine bedeutsame Gruppe der in den Anstalten verbleibenden Patienten dar, da sie meist als wichtige Arbeitskräfte einsetzbar sind und nur dann von Selektion bedroht sind, wenn ihre Arbeitskraft verloren geht. Die Psychiatrische und Nervenklinik in Friedrichsberg ist als Einweiser in beiden Gruppen häufig, wenn auch bei der Kontrollgruppe noch häufiger. In beiden Gruppen weisen die von Friedrichsberg Eingewiesenen überwiegend längere Verweilzeiten auf. Die wenigsten haben allerdings so lange Verweilzeiten, daß sie noch zu der Gruppe der 1935 mit der Auflösung der Staatsirrenanstalt nach Langenhorn gekommenen Patienten gehören. Die niedergelassenen Ärzte gehören bei beiden Gruppen neben Friedrichsberg zu den wichtigsten Einweisern. Damit bestätigt sich, daß die niedergelassenen Ärzte ganz allgemein in der Spätzeit 1944/45 nach dem Zusammenbruch der herkömmlichen institutionellen Psychiatrie zur wichtigen Einweisungsinstanz werden. Das Universitätsklinikum Eppendorf nimmt mit zehn und sieben Fällen als Einweiser in beiden Gruppen eine mittlere Position ein. Die von ihr Eingewiesenen weisen in beiden Gruppen kurze Verweilzeiten auf. Acht von zehn Fällen bzw. sechs von sieben Fällen weisen Verweilzeiten unter einem Jahr auf. Erwähnenswert ist, daß die Alsterdorfer Anstalten und die Rettungsstellen als Einweiser lediglich in der Meseritz-Gruppe vertreten sind. Patienten aus Alsterdorf sind so stark behindert, daß sie in Alsterdorf als nicht mehr »tragbar« gelten<sup>29</sup> und auch in Langenhorn schnell weiterverlegt werden. Menschen, die von den Rettungsstellen eingeliefert werden, gelten als so entwurzelt, daß man sich ihrer schnell entledigen will. Beide Gruppen sind hoch gefährdet und warten in Langenhorn lediglich auf ihre Zuteilung zu einem Transport.

Bei der Zahl der Rückkehrer von früheren Transporten ergeben sich deutliche Unterschiede. Während die Meseritz-Gruppe mit 32 Rückkehrern von vorausgegangenen Transporten eine »Rückkehrer-Quote« von 35,5 % aufweist, gibt es in der Langenhorn-Gruppe keine einzige Person, die von einem vorherigen Transport zurückgekehrt ist. Dieser Befund belegt, daß Patienten, die schon einmal für einen Transport selektiert waren, aber zurückkehrten, erneut deportiert wurden. Diese Patienten hatten keine Chance mehr.

Bei der Zahl der Zwangssterilisierten ergeben sich Unterschiede zwischen den nach Meseritz Abtransportierten und den in Langenhorn gebliebenen Patienten. Einer Quote von 13 % Patienten, bei denen eine Zwangssterilisation in der Akte vermerkt ist, steht in der Meseritz-Gruppe eine Quote von 19 % bei der Langenhorn-Gruppe gegenüber. Statistisch ist dieser Unterschied aber nicht signifikant. Eine erfolgte Zwangssterilisation war somit kein Selektionskriterium, allerdings auch kein Bleibekriterium.

Erwartungsgemäß bestehen die bedeutsamsten Unterschiede zwischen Abtransportierten und Nicht-Abtransportierten bei der Pflegeaufwendigkeit, der Verhaltensbewertung, der Arbeitsleistung und dem Kontakt zu Angehörigen.

Bei der Beurteilung der Pflegeaufwendigkeit unterscheiden sich beide Gruppen signifikant. Die nach Meseritz abtransportierten Patienten werden signifikant häufiger als pflegeaufwendiger eingestuft als die Nicht-Abtransportierten.

Tabelle 6: Vergleich der Pflegeaufwendigkeit – Meseritz/Langenhorn\*

Pflegeaufwendigkeit	Meseritz		Langenhorn	
	N	%	N	%
gering	23	25,6	62	68,9
mittel	27	30,0	20	22,2
hoch	32	35,6	8	8,9
nicht beantw.	8	8,9	0	
Gesamt	90		90	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Patienten, die zeitgleich in Langenhorn waren.

Die Beurteilung der Patienten verläuft genau gegenläufig. Bei der Meseritz-Gruppe werden die wenigsten Patienten als selbständig und pflegeleicht eingestuft und die meisten als hoch pflegeaufwendig. Bei der Gruppe der Nicht-Abtransportierten werden dagegen die meisten, fast zwei Drittel, als selbständig und pflegeleicht eingestuft und die wenigsten als hochgradig pflegeaufwendig. Trotzdem ist die Pflegeaufwendigkeit, für sich allein genommen, kein Selektionskriterium. In der Gruppe der nach

## Spätzeit der Euthanasie

Meseritz Abtransportierten gibt es 23 Patienten, also rund ein Viertel, mit geringer Pflegeaufwendigkeit und in der Gruppe der Nicht-Abtransportierten immerhin acht Patienten mit hoher Pflegeaufwendigkeit.

Tabelle 7: Vergleich der Verhaltensbewertung – Meseritz/Langenhorn\*

Verhaltens- bewertung	Meseritz		Langenhorn	
	N	%	N	%
positiv	14	15,6	34	37,8
störend/schwierig	47	52,2	51	56,7
gewalttätig	22	24,4	5	5,6
nicht beantw.	7	7,8	0	
Gesamt	90		90	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Patienten, die zeitgleich in Langenhorn waren.

Auch bei der Verhaltensbewertung unterscheidet sich die nach Meseritz abtransportierte Patientengruppe signifikant von der Gruppe der Nicht-Abtransportierten. Die nach Meseritz abtransportierten Patienten werden signifikant häufiger als gewalttätig und signifikant seltener positiv im Verhalten beurteilt als die Nicht-Abtransportierten. Bei beiden Gruppen werden jeweils mehr als die Hälfte der Patienten als störend oder schwierig eingestuft. Dieser Befund spricht dafür, daß die meisten Psychiatrie-Patienten in dieser Zeit, unabhängig von Selektion oder Nicht-Selektion, negativ und abwertend in den Akten beschrieben werden. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch in den beiden anderen Kategorien. Während 34 Patienten der Gruppe der Nicht-Abtransportierten eine positive Verhaltensbewertung aufweisen und nur fünf als gewalttätig beschrieben werden, sind es bei der Meseritz-Gruppe nur 14 positiv Beurteilte, aber 22 als gewalttätig eingestufte Patienten. Trotz der signifikanten Unterschiede in der Verhaltensbewertung ist diese wie die Pflegeaufwendigkeit für sich allein genommen kein Selektionskriterium. In der Gruppe der nach Meseritz Abtransportierten gibt es mit 14 im Verhalten positiv beurteilten Patienten immerhin eine beachtliche Gruppe, die nicht in dem festgestellten Trend liegt. Ebenso fallen die fünf als gewalttätig eingestufenen Patienten aus der Gruppe der Nicht-Abtransportierten ins Auge.

Bei der Beurteilung der Arbeitsleistung unterscheidet sich die nach Meseritz abtransportierte Patientengruppe am deutlichsten von der Gruppe der Nicht-Abtransportierten. Die Arbeitsleistung der nach Meseritz abtransportierten Patienten wird signifikant häufiger als schlecht, nicht verwertbar oder nicht vorhanden beurteilt als bei den Nicht-Abtransportierten.

Tabelle 8: Vergleich der Arbeitsleistung – Meseritz/Langenhorn\*

Arbeitsleistung	Meseritz		Langenhorn	
	N	%	N	%
gut	6	6,7	45	50,0
mittel	2	13,3	14	15,6
schlecht/keine	64	71,1	31	34,4
nicht beantw.	8	8,9	0	
Gesamt	90		90	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Patienten, die zugleich in Langenhorn waren.

Bei der Meseritz-Gruppe wird die Arbeitsleistung der wenigsten Patienten als gut und verwertbar eingestuft, während dies bei der Gruppe der Nicht-Abtransportierten die häufigste Bewertung ist. Hier wird die Arbeitsleistung von 45 Patienten bzw. 50 % der Betroffenen als gut und den Betrieb aufrechterhaltend eingestuft, während es bei der Meseritz-Gruppe sechs Patienten sind. Umgekehrt wird bei den nach Meseritz Abtransportierten die Arbeitsleistung bei 64 Patienten bzw. 71 % als schlecht oder nicht vorhanden eingestuft, während es bei der Gruppe der Nicht-Abtransportierten mit 31 Patienten nur 34 % sind. Bemerkenswert ist, daß eine mittlere Arbeitsleistungs-Bewertung bei beiden Gruppen nur bei einem Prozentsatz von rund 15 % vorgenommen wird. Die Bewertung der Arbeitsleistung wird offensichtlich einer groben Logik folgend und anders als beispielsweise die Beurteilung der Pflegeaufwendigkeit entweder mit gut oder mit schlecht vorgenommen. Mittlere Leistungen, nur teilweise verwertbare Arbeitsproduktion und schwankende Arbeitsleistungen werden zu diesem späten Zeitpunkt offensichtlich gleich als negative oder nicht brauchbare Arbeitsleistung eingestuft. Auch wenn die Verteilung der Arbeitsleistung bei der Meseritz-Gruppe diese vor der Pflegeaufwendigkeit und der Verhaltensbeurteilung als trennschärfstes Selektionskriterium ausweist, muß auch hier festgestellt werden, daß sie für sich allein genommen nicht über Abtransport oder Nicht-Abtransport entscheidet. Dafür gibt es auch hier zu viele Patienten, die nicht in den Trend passen. Bei der Meseritz-Gruppe sind es immerhin sechs Personen, deren Arbeitsleistungen als gut und den Anstaltsbetrieb aufrechterhaltend eingestuft werden. Bei der Gruppe der Nicht-Abtransportierten gibt es mit den erwähnten 31 Personen, deren Arbeitsleistungen als schlecht oder nicht vorhanden eingestuft werden, eine bedeutende Gruppe, die nicht ins Bild zu passen scheint.

Auch bei dem Kontakt zu Angehörigen läßt sich ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen feststellen. Es gibt in der Gruppe der Nicht-Abtransportierten signifikant mehr Patienten mit guten Kontakten und signifikant weniger Patienten ohne Kontakte als in der Mese-

## Spätzeit der Euthanasie

ritz-Gruppe. Vorhandener Kontakt führt somit eher zum Verbleib in Langenhorn. Das Fehlen von Kontakten führt eher zur Selektion. Kontakt ist allerdings kein ausschließliches Selektionskriterium. Dazu gibt es zu viele Patienten mit guten Kontakten, die abtransportiert werden, und zu viele Patienten ohne Kontakte, die nicht abtransportiert werden.

Tabelle 9: Vergleich des Kontakts – Meseritz/Langenhorn\*

Kontakt	Meseritz		Langenhorn	
	N	%	N	%
ja	22	24,4	43	47,8
nein	68	75,6	47	52,2
Gesamt	90		90	

\* Meseritz-Transporte vom 25.1./1.2.1944; Patienten, die zeitgleich in Langenhorn waren.

Betrachtet man Pflegeaufwendigkeit, Verhaltensbewertung, Arbeitsleistung und Kontakt zusammen, so ergibt sich für die untersuchten Gruppen folgendes Bild:<sup>30</sup> In der für Meseritz selektierten Patienten-Gruppe haben erwartungsgemäß die meisten Patienten nicht verwertbare oder nicht vorhandene Arbeitsleistungen bei gleichzeitiger hoher oder mittlerer Pflegeaufwendigkeit, zusätzlich eine Bewertung des Verhaltens als schwierig oder gewalttätig und fehlende oder nicht bekannte Angehörigen-Kontakte. Eine kleinere Gruppe von Patienten, bei denen eine geringe Pflegeaufwendigkeit vorliegt, eine gute Verhaltensbeurteilung und/oder Kontakte, weist ebenfalls schlechte oder nicht vorhandene Arbeitsleistungen auf. Die Arbeitsleistung erweist sich somit als das entscheidende Selektionskriterium.

Um so wichtiger ist die Frage, wie die erwähnten sechs Fälle von Abtransportierten mit guter Arbeitsleistung zu erklären sind. Ein Rückgriff auf die einzelnen Krankenblatt-Unterlagen zeigt einen Sonderfall und fünf Fälle extrem negativer Verhaltensbewertung. Bei dem Sonderfall handelt es sich um die Patientin »Mutter Engelke«, wie sie in den Akten genannt wird. Ihre Arbeitsleistung als Näherin wird positiv beurteilt, ebenso ihr Verhalten. Sie wird als völlig selbständig und pflegeunabhängig beschrieben. Zu ihrer Schwester bestehen gute Kontakte. Laut Eintrag von Dr. Lua wird sie auf eigenen Wunsch nach Meseritz verlegt. Die aus Posen gebürtige Patientin und auch ihre leibliche Schwester, die den Verlegungswunsch unterstützt, meinen offensichtlich, daß sie damit in ihre Heimat zurückkehre. Die Ärzte setzen diesem Drängen nichts entgegen, sondern lassen die Patientin in ihr Verderben rennen. In den übrigen fünf Fällen positiver Arbeitsleistung handelt es sich um extrem negative Verhaltensbewertungen, zweimal in Verbindung mit vorhandenen Kontak-

ten, zweimal kombiniert mit dem Negativstempel »zurückgekehrt aus Lüneburg«. Die Eintragungen lauten: – »Exhibitionist.... untragbar... § 42 abgelaufen«; »hier nicht zu tragen... kommt aus Lüneburg... klaut«; »Fluchtgefahr... hält große Reden... Gefahr für Mitpatienten«; »droht zu entweichen... schlägt um sich... kommt aus Lüneburg«; »äußert Absicht zu entweiche... zerriß Schutzjacke«.

In der Regel sind nicht verwertbare oder nicht vorhandene Arbeitsleistungen bei den hier untersuchten Patienten selektionsentscheidend für den Abtransport nach Meseritz, auch dann noch, wenn die Pflegeaufwendigkeit gering ist, das Verhalten positiv und Kontakte vorhanden sind. Auf gute Arbeitsleistungen wird nur dann verzichtet, wenn es sich um extrem schwierige, fluchtverdächtige Patienten handelt. In diesen Fällen ist es ebenfalls unerheblich, ob die Pflegeaufwendigkeit gering ist oder Kontakte bestehen. Vorhandene Kontakte retten bei schlechter Arbeitsleistung oder extrem schwierigem Verhalten nicht vor der Selektion.

Innerhalb der nicht selektierten, in Langenhorn verbliebenen Patientengruppe kommen gute Arbeitsleistungen im Zusammenhang mit geringer Pflegeaufwendigkeit erwartungsgemäß am häufigsten vor. Eine positive Arbeitsleistung erweist sich bei dieser Patientengruppe somit als wichtiges Bleibekriterium, wenn auch nicht als einziges. Eine Einzelauswertung ergibt, daß bei nicht verwertbarer oder fehlender Arbeitsleistung in der Mehrheit der Fälle das Verhalten positiv bewertet, die Pflegeaufwendigkeit niedrig eingeschätzt wird oder Angehörigen-Kontakte bestehen. Patienten, deren Pflegeaufwendigkeit zusätzlich hoch eingeschätzt wird, sind, wie eine weitere Analyse der Krankenblatt-Unterlagen zeigt, meist »dem Tode nahe« und werden deshalb nicht mehr abtransportiert. Kommen schlechte oder nicht verwertbare Arbeitsleistung mit Verhaltensschwierigkeiten zusammen, so bestehen die Bleibegründe, wie die Aktenunterlagen zeigen, meist darin, daß die Patienten einer besonderen Überwachung durch andere staatliche Stellen unterliegen, zur Begutachtung in Langenhorn sind oder besonders hervorgehobene Angehörigen-Kontakte haben.

Wertet man die in den Akten befindlichen Prognosen aus, so ergibt sich, daß bei den Abtransportierten zwar nicht durchgehend, aber immerhin bei 34 Personen (37 %) eine schlechte Prognose eingetragen ist, bei den Nicht-Abtransportierten nur bei 13 Personen (15 %). Bei diesen 13 in Langenhorn gebliebenen Patienten, die eine schlechte Prognose in den Akten haben, ist bei sieben eine gute Arbeitsleistung in den Akten vermerkt, bei den übrigen der Eintrag »dem Tode nahe« vorhanden oder besonders guter Angehörigen-Kontakt vermerkt. Positive Prognosen finden sich dagegen bei 20 in Langenhorn gebliebenen Patienten. Sie stechen vor den sonst in den Akten fast stereotyp sich wiederholenden Negativbewertungen, Abwertungen und Aburteilungen der Patienten besonders ins



Auge. Positive Prognosen fehlen bei den Abtransportierten gänzlich. Ein Rest von therapeutischem Optimismus findet sich somit noch in der Spätzeit bei einem Teil der Nicht-Selektierten arbeitsfähigen, in Langenhorn verbleibenden Patienten.

Interessant ist eine Auswertung der Verlegungswege innerhalb Langenhorns und der letzten behandelnden Ärzte. Fällt bei den nach Meseritz Abtransportierten eine Konzentration auf bestimmte Häuser und bestimmte Ärzte auf, so zeigt sich bei den Nicht-Abtransportierten eine größere Streuung über die verschiedenen Häuser und behandelnden Ärzte. Allerdings ergeben sich in beiden Gruppen Häufungen, die sich zum Teil überschneiden. So werden auf der »Frauseite« in den Häusern 4 und 11 besonders häufig Selektions-, aber auch Bleibeentscheidungen getroffen. Für die »Männerseite« ist dies für die Häuser 9 und 19 festzustellen. Bei den Ärzten treffen auf der »Frauseite« die Ärzte Dr. Schlippe und Dr. Saupe die meisten Selektions- und die meisten Bleibeentscheidungen. Auf der »Männerseite« hat der Arzt Dr. Lua diese Funktion, wohingegen Dr. Knigge deutlich mehr Selektions- als Bleibeentscheidungen trifft. Als Ergebnis läßt sich somit festhalten, daß trotz Konzentration der Selektionsentscheidungen auf wenige bestimmte Häuser und Ärzte sowie Streuung der Bleibeentscheidung auf mehr Häuser und Ärzte, diejenigen Ärzte, die die Selektionsentscheidungen treffen, auch die meisten Bleibeentscheidungen treffen. Als Ausnahme kann hier nur Dr. Quickert gelten, der zu dem hier untersuchten späten Zeitpunkt als Verantwortlicher für die Sicherungsverwahrten keine Selektionsentscheidungen mehr trifft. Eine Kreuztabellierung zwischen vorletztem und letztem behandelnden Arzt und vorletztem und letztem Haus zeigt für beide Gruppen eine enge, wechselseitige Überweisungspraxis. Jeder Arzt überweist jedem anderen Arzt. Es ist somit von einer Beteiligung aller Ärzte an den Selektionsentscheidungen auszugehen, wenn auch einige nur indirekt durch hausinterne Verlegungen in die Hauptselektionshäuser beteiligt sind.

Ein Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht allerdings bezüglich der Quote derjenigen, die keinen hausinternen Verlegungsweg vor dem Abtransport bzw. bis zum Zeitpunkt des Abtransportes durchlaufen haben. Bei den nach Meseritz Abtransportierten sind dies 41 %, bei den in Langenhorn gebliebenen nur 32 %. Diesem Befund kommt insofern besondere Bedeutung zu, als die naheliegende Hypothese, hausinterne Verlegungen führten als Ausdruck von Unbeliebtheit und Entwurzelung eher zur Selektion, verworfen werden muß. Der Unterschied kann nur so erklärt werden, daß ein Verbleiben in dem Haus, in das die erste Aufnahme erfolgte, eher ein Indiz für Verwahrung und Verharren in Warteposition bis zum Abtransport ist. Hausinterne Verlegungswege können dagegen eher als aktiver Versuch gewertet werden, den Einsatz und die Einpassung von Patienten in verschiedene Stationen auszuprobieren.

Gravierende Unterschiede bestehen bezüglich der Überlebenszeit und der Sterblichkeit. Innerhalb des ersten halben Jahres sterben in Meseritz 87 % der Patienten, bis zum Kriegsende 91 %. In Langenhorn versterben im ersten halben Jahr 16 %, bis zum Kriegsende rund 21 %. Damit bestätigt sich für die Kontrollgruppe eine Sterberate von 17,74 % für das Jahr 1944.<sup>31</sup> Es kann damit auch hier noch einmal festgestellt werden, daß die Sterberate in Langenhorn 1944 stark überhöht war, gemessen an der in der Literatur für durchschnittlich oder normal gehaltenen Sterblichkeit von 8 % in psychiatrischen Anstalten unter Kriegsbedingungen.<sup>32</sup>

Eine Auswertung der Todesursachen der in Langenhorn bis Ende 1945 gestorbenen Patienten ergibt eine Mischung aus den aus Tötungsanstalten bekannten stereotypen Todesursachen und differenzierten, plausibel klingenden Todesursachen. So findet sich achtmal die Nennung Marasmus und fünfmal Herztod, allerdings auch fünfmal Krebs, fünfmal TBC, was unter den damaligen Zuständen durchaus auch plausibel ist, und nur einmal Altersschwäche.

Die Akteneintragungen ergeben damit keinen Beleg für gezielte Tötungen in Langenhorn. Allerdings legt die hohe Sterblichkeit die Schlußfolgerung nahe, daß auch in Langenhorn durch Unterernährung, fehlende Betreuung, Nicht-Behandlung von Krankheiten sowie schwere Arbeit der Tod von nicht abtransportierten Patienten herbeigeführt oder zumindest billigend in Kauf genommen wurde.

## 4. Zusammenfassende Bewertung der Selektionsmuster

Der Selektionsprozess 1944 in Langenhorn war effektiv, hoch differenziert und rational ausgerichtet auf Zweckdienlichkeitserwägungen und die Ausnutzung der Arbeitskraft.

Die Meldebogen-Indikationen der ersten Euthanasie-Phase, insbesondere der Bezug auf Erbkrankheiten und Rassenhygiene in Gestalt bestimmter Diagnosen und Chronizität, spielten in der Spätzeit keine Rolle mehr. Selektionsentscheidend war nur noch die Vernutzbarkeit der Arbeitskraft. Diese wurde zwar auch schon in der ersten Phase abgefragt und stand konzeptionell hinter den diagnostischen Indikationen, war aber für den einzelnen Mittäter nicht so einfach im Rang der absoluten Priorität erkennbar.

Menschen, deren Arbeitsleistungen nicht oder nicht mehr verwertbar waren oder nur bei Bereitstellung hohen Pflege- oder Betreuungsaufwandes ausbeutbar waren, wurden in der Spätzeit systematisch selektiert. Eine schlechte oder nicht verwertbare Arbeitsleistung war auch dann noch selektionsentscheidend, wenn eine geringe Pflegeaufwendigkeit vorlag, ein positives Verhalten oder nicht besonders hervorgehobene Angehörigen-Kontakte. Patienten mit guten Arbeitsleistungen wurden nur in Ausnahmefällen selektiert, insbesondere wenn ihr Verhalten gewalttätig war oder Fluchtgefahr bestand. Wurden Patienten mit schlechter Arbeitsleistung und hoher Pflegeaufwendigkeit in Langenhorn behalten, so waren es Sterbende oder Menschen, deren Tod absehbar war, Patienten mit besonders hervorgehobenen und guten Angehörigen-Kontakten, Patienten, die der Überwachung durch andere staatliche Stellen wie Staatsanwaltschaft, Wehrüberwachung oder Arbeitsverwaltung unterlagen, oder Patienten, die nur zur Begutachtung in Langenhorn waren. Die Selektion verlief somit im Sinne einer Wertbestimmung des Menschen an Hand seiner Arbeitsleistung und einer radikalen Kosten-Nutzen-Abwägung. Rückstellungen erfolgten nur dann, wenn sich der Aufwand des Transportes nicht mehr lohnte, weil die betreffenden Patienten sowieso dem Tode nahe eingeschätzt wurden, oder wenn Schwierigkeiten mit aktiven Angehörigen oder anderen überwachenden staatlichen Stellen zu erwarten waren.

Voraussetzung für diese systematische Selektion der Spätzeit war ein eingespielter Apparat von Ärzten, Pflegepersonal und Verwaltung. Die direkte Unterstellung Langenhorns unter die Gesundheitsbehörde war da-

bei ebenso eine Voraussetzung wie die frühe Einbeziehung der Langenhorner Ärzteschaft durch die vollständige Zieldarstellung der Maßnahmen im Sinne einer Korruption durch Information. Die Beteiligung der Langenhorner Ärzte war somit durch die organisatorische wie informelle Einbindung gesichert. Die Erfüllung der behördlichen Vorgaben, d.h. die selbsttätige Selektion von Patienten in der Größenordnung der behördlich vorgegebenen Kontingenzahlen, geschah dabei reibungslos und informiert.

Die Diagnose war in der Spätzeit 1944 nicht mehr selektionsentscheidend. Das Diagnosenprofil von 1944 unterscheidet sich wesentlich von dem der Vorkriegszeit, bedingt durch die vorangegangenen Abtransporte und den Funktionswandel der Psychiatrie in den Kriegsjahren. In der Spätzeit gibt es aber keinen wesentlichen Unterschied mehr zwischen dem Diagnosenprofil der Selektierten und der Nicht-Selektierten. Die deutliche Reduzierung der chronischen Patienten, insbesondere der »Schizophrenie«-Kranken, durch die vorangehenden Abtransporte und die Nutzung des sich ständig zugunsten von Hilfskrankenhauszwecken verkleinernden Anstaltsbereichs Langenhorns als Auffang- und Zwischenanstalt, machen die ärztliche Diagnose immer unwichtiger für die Selektion.

Ebenso wenig war eine schlechte Prognose selektionsentscheidend oder eine gute ausschlaggebend für eine Bleibeentscheidung. Schlechte Prognosen wurden bei den Abtransportierten nur in einem Drittel der Fälle vermerkt, sonst fehlen hier Angaben über die Prognose. Schlechte Prognosen bei Nicht-Selektierten spielten keine Rolle, wenn gute Arbeitsleistungen vorhanden waren oder einer der oben genannten besonderen Umstände vorlag wie »dem Tode nahe« oder besonders hervorgehobene Angehörigen-Kontakte. Guten Prognosen bei Nicht-Abtransportierten kommt dagegen eine gewisse Bedeutung zu. Sie finden sich in einer Reihe von Akten und zeigen, daß die ärztlich in Aussicht gestellte Rehabilitierbarkeit selbst in der Spätzeit noch für den kleinen Teil der nicht selektierten, arbeitsfähigen Patienten für wichtig gehalten wurde.

Die hier beschriebenen Selektionsvorgänge von Anfang 1944 in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn lassen das Paradigma von der »Endlösung der sozialen Frage« in hohem Maße brauchbar erscheinen. Damit wird nicht nur der Kern der Selektion als sozial statt medizinisch beschrieben, sondern auch als Radikalisierung in der Aktion und aus dem Prozeß heraus im Sinne einer von Anfang an bestehenden Intention.

Auch wenn sich in der Spätzeit das soziale Selektionsmuster eindeutig gegenüber dem medizinischen durchgesetzt hat, zeigen sich in den Fällen der nicht selektierten, für brauchbar gehaltenen Patienten Reste der alten ärztlichen Heilungs- und Rehabilitationsideen. Das ärztliche Denken in den Kategorien radikalen Heilens und Vernichtens war in der Spätzeit nicht völlig außer Kraft gesetzt. Es findet sich nicht nur in dem Zu-

kunftsentwurf der fünf führenden Reichspsychiatern für die Psychiatrie der »Nach-Endsieg-Gesellschaft«. Diese wollten mit bestmöglicher Behandlung und anschließender ambulanter Versorgung für die rehabilitierbaren Patienten Toleranz für eine in den Alltag integrierte Euthanasie für die Nicht-Rehabilitierbaren schaffen.<sup>33</sup> Ein Teil dieses ärztlichen Denkens in den Kategorien von Heilen und Vernichten findet sich auch in den optimistischen prognostischen Beurteilungen von arbeitsfähigen Patienten in Langenhorn 1944, die vor dem Hintergrund ansonsten vernichtender Patientenbeurteilungen in den Akten besonders hervorstechen. Insofern erscheint auch das ältere forschungsleitende Paradigma vom »Heilen und Vernichten« als brauchbar zur Beschreibung des ärztlichen Handelns und insbesondere zur Erfassung des auch in der Spätzeit vorherrschenden ärztlichen Selbstverständnisses. Ein bloßer Ersatz des einen Paradigmas durch das andere würde diese Möglichkeiten der Annäherung an den komplexen Gegenstand erschweren.

Angemessen erscheint gerade vor dem Hintergrund der hier dargestellten empirischen Durchdringung des Selektionsgeschehens der Spätzeit in einer Anstalt wie Langenhorn die Verwendung beider Paradigmata: das der »Endlösung der sozialen Frage« zur Erfassung der globalen Realität der Menschensortierung und Vernutzung menschlicher Arbeitskraft und das vom »Heilen und Vernichten« zur Erfassung des einzelärztlichen Handelns. Die Systematik der Selektion kann als Ergebnis einer rationalen und kalten Kosten-Nutzen-Strategie gesehen werden, aber auch als Ergebnis einer übersteigerten Heilserwartung auf eine Gesellschaftsreinigung, die durch einen Opfergang eine neue Gesellschaft ermöglicht.<sup>34</sup> Gerade auch die Metapher von der »Endlösung der sozialen Frage« legt die Verwendung des Begriffs der »Endzeit« für die Spätzeit 1944 und 1945 nahe. Nicht nur die assoziative Nähe zum Begriff der »Endlösung«, sondern auch der eschatologische Begriffsgehalt von Erlösung, der Erlösung von allen Schwachen, lassen diesen Begriff angemessen erscheinen für die letzte Phase der Euthanasie.

## Anmerkungen

- 1 Vgl. dazu die entsprechenden Ausführungen in meiner Dissertation »Euthanasie in den letzten Kriegsjahren – Die Jahre 1944 und 1945 in der Heil- und Pflegeanstalt Hamburg-Langenhorn«, Husum 1992.
- 2 Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 1, Berlin 1985, S. 9 ff.; Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985 sowie Schmuhl, Hans-Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens«, 1890-1945, Göttingen 1987.
- 3 Vgl. Mader, Ernst T., Das erzwungene Sterben von Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Isree zwischen 1940 und 1945 nach Dokumenten und Berichten von Augenzeugen, Blöcktach 1982.
- 4 Roer, Dorothee und Dieter Henkel (Hrsg.), Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945, Bonn 1986.
- 5 Leipert, Matthias, Rudolf Styrnal und Winfried Schwarzer, Verlegt nach unbekannt. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen, 1933-1945, Köln 1987.
- 6 Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (Hrsg.), »Totgeschwiegen« 1933-1945. Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, Berlin 1988.
- 7 Wunder, Michael, Ingrid Genkel und Harald Jenner, Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr, Hamburg 1987.
- 8 Vgl. Mitscherlich, Alexander und Fred Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt/Main 1978, S. 210.
- 9 Ebd., S. 209.
- 10 Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 64.
- 11 Vgl. Mitscherlich, Alexander und Fred Mielke, a.a.O., S. 209.
- 12 Ebd., S. 212, sowie Kaul, Friedrich Karl, Die Psychiatrie im Strudel der »Euthanasie«, Frankfurt/Main 1979, S. 148.
- 13 Vgl. Klee, Ernst, a.a.O., S. 418.
- 14 Vgl. Platen-Hallermund, Alice, Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der deutschen Ärztekommision beim amerikanischen Militärgericht, Frankfurt/Main 1948, S. 74.
- 15 Vgl. Wollasch, Hans-Josef, Caritas und Euthanasie im Dritten Reich. Staatliche Lebensvernichtung in katholischen Heil- und Pflegeanstalten 1936 – 1945, in: Dörner, Klaus u.a. (Hrsg.), Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Rehburg-Loccum 1980, S. 129 ff., hier S. 130.
- 16 Vgl. Aly, Götz, Der saubere und der schmutzige Fortschritt, in: Reform und Gewissen, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 2, Berlin 1985, S. 9 ff., hier S. 16.
- 17 Ebd.
- 18 Vgl. Aly, Götz, Medizin gegen Unbrauchbare, a.a.O., S. 57.
- 19 Vgl. Klee, Ernst, a.a.O., S. 433.
- 20 Vgl. hierzu Teil I Die Entwicklung der Anstalt Langenhorn in der Zeit des Nationalsozialismus.
- 21 Vgl. hierzu Teil VI Verlegungen in Tötungsanstalten nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp und Teil III Verlegungen in Umlandanstalten.
- 22 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderbände Langenhorn, Strafsache gegen Quickert u.a., Bd. 1, Bl. 5 ff.
- 23 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve, S. 620.
- 24 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderbände Langenhorn, Strafsache gegen Quickert u.a., Bd. 1, Bl. 46.
- 25 Diese und die folgenden statistischen Angaben basieren auf der Auswertung von 90 vollständig erhaltenen Krankenakten (von 100 am 25.1. und 1.2.1944) von Langenhorn nach Meseritz abtransportieren Patienten und 67 vollständig erhaltene Krankenakten (von 90 am 28.4. und 23.6.1944) von Langenhorn nach Rickling abtransportieren Patienten.
- 26 Die Signifikanz-Überprüfungen bei dieser wie den nachfolgenden Tabellen erfolgten mit dem Chi-Quadrat-Test. Bei der Signifikanz-Überprüfung haben ich mich für das

## Spätzeit der Euthanasie

strenge alpha-Niveau von 95 % entschieden. Damit verwerfe ich die Nullhypothese (gleiche Merkmalsverteilung) erst ab einem Signifikanz-Wert kleiner/gleich 0.05, um dann einen signifikanten Unterschied als erwiesen anzusehen. Das Ergebnis der Signifikanz-Überprüfung wird jeweils im Text erwähnt, ohne dem Leser hier die genauen Werte zu präsentieren. Auf die Angabe der missing values wird in den Tabellen verzichtet, so daß die Spaltensummen manchmal nicht 100 % ergeben oder abweichende Werte vom Umfang der Untersuchungsgruppen annehmen können.

- 27 Die Patienten der Kontrollgruppe wurden aus dem Gesamtbestand der Langenhorner Akten so gezogen, daß sie bezüglich der Merkmale Geschlecht, Alter und Verweildauer eine gleiche Verteilung wie die Gruppe der Abtransportierten aufweisen. Die Suche nach Selektionskriterien konnte somit unabhängig von diesen Merkmalen erfolgen. Untersuchungs- und Kontrollgruppe umfassen jeweils 90 Personen.
- 28 Vgl. Asendorf, Manfred, Als Hamburg in Schutt und Asche fiel und wie der NS-Staat die Krise bewältigte, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 188 ff.
- 29 Vgl. Wunder, Michael, Die Abtransporte von 1941, in: ders., Ingrid Genkel und Harald Jenner, a.a.O., S. 181 ff.
- 30 Die folgenden Aussagen basieren auf der Auswertung einer multivariaten Datenmatrix der Patienten aus den Transporten nach Meseritz vom 25.1. und 1.2.1944. Auf eine statistische Signifikanz-Überprüfung durch eine Konfigurations-Frequenz-Analyse mußte auf Grund des zu geringen Stichprobenumfangs verzichtet werden.
- 31 Vgl. hierzu Teil I, Tabelle 7.
- 32 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Beiakten zum Verfahren gegen Iensch und Struve, Radzicki, Jozef, Gutachten 1960.
- 33 Vgl. Dörner, Klaus (Hrsg.), Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. Wert und Verwertung des Menschen im 20. Jahrhundert, Rehbürg-Loccum 1984.
- 34 Vgl. Wunder, Michael, "Euthanasie" und Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen?, in: Holl, Adolf (Hrsg.), Neues vom Tod, Wien 1990, S. 28 ff.

Peter von Rönn

## VIII. DER TRANSPORT NACH WIEN

### 1. Verlegungsentscheidungen nach der Bombenkatastrophe

Am 16. August 1943 traf in der Anstalt Langenhorn ein vom Vortag datiertes Schreiben der sogenannten Gemeinnützigen Kranken-Transport-G.m.b.H. aus Berlin ein. Hierin wurde die Verlegung weiterer Patienten noch für denselben Tag angekündigt, und es wurden die Modalitäten des Transportes sowie des Umgangs mit den betroffenen Kranken mitgeteilt. »Nunmehr werden am 16.8. aus Ihrer Anstalt mit Sonderzug – wie bereits mit Ihrem Herrn Oberinspektor Freese besprochen – etwa 70 Frauen nach der Wagner von Jauregg Anstalt – Wien – verlegt. Der Antransport der Patienten zur Bahn wird an dem genannten Tage mit Omnibussen zum Bahnhof durchgeführt. Der Abtransport aus Ihrer Anstalt wird ab 6.30 Uhr vorgenommen werden.«<sup>1</sup> Die Transportlisten mit Namen, Geburtstag und Geburtsort der Patienten seien doppelt auszufertigen, bei Kranken, die über ihre Person keine Auskunft geben könnten, sei ein Leukoplaststreifen mit Vor- und Zunamen zwischen die Schulterblätter zu kleben, und ferner sei ausreichend Kleidung und Verpflegung mitzugeben. Tatsächlich waren es dann 72 Frauen, viele von ihnen alt und pflegebedürftig, die von Langenhorn mitten im Krieg ins weit entfernte und für Verwandte und Bekannte kaum erreichbare Wien abgeschoben wurden.

An diesem Transport ist vorab mindestens zweierlei bemerkenswert. Zum einen notierte am darauffolgenden Tage der Senatsdirektor in der Gesundheitsbehörde Dr. Struve: »Für die Abbeförderung von Geisteskranken steht bis auf weiteres eine Transporteinheit von 10 Omnibussen als ›Sondereinsatz Brandt‹ in Lüneburg [...] zur Verfügung. Aus Hamburg sind rund 900-1.000 Geisteskranke abbefördert; den hamburgischen Erfordernissen ist zunächst damit Genüge getan.«<sup>2</sup> Mit der Verlegung nach Wien war also die durch die schweren Bombenangriffe auf Hamburg veranlaßte Räumungsaktion von Anstalten, die explizit mit dem Namen Karl Brandts verbunden war, zu einem gewissen Abschluß gekommen.<sup>3</sup>



## *Der Transport nach Wien*

Auf ihn hatte sich auch der Geschäftsführer der Gekrat Siebert in seinem Schreiben vom 15. August ausdrücklich berufen: »Im Zuge der Räumung von Anstalten in den luftgefährdeten Gebieten habe ich auf Anordnung des Generalkommissars des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Herrn Prof. Dr. med. Brandt, und nach Rücksprache mit Herrn Senator Ofterdinger Geistesranke aus Ihrer Anstalt in andere reichsdeutsche verlegt.«<sup>4</sup>

Zum anderen enthielt die Zahl von 900 bis 1.000 verlegten Patienten auch die 468 Kranken der Transporte aus den evangelischen Alsterdorfer Anstalten. So waren ja schon am 7. August Patienten aus Langenhorn und Alsterdorf gemeinsam auf den Eichberg gekommen, und so umfaßte nun auch der Transport nach Wien zusätzlich 228 geistig behinderte Frauen und Mädchen aus dieser kirchlichen Pflegeanstalt.<sup>5</sup> Daraus ergab sich eine weitere Gemeinsamkeit mit dem größten Teil der in Langenhorn zusammengestellten Patientinnen. 49 von ihnen<sup>6</sup> waren nämlich erst am 6. August aus dem diakonischen Erziehungs- und Pflegeheim Ansharhöhe, wo sie größtenteils viele Jahre lang versorgt worden waren, in Langenhorn eingetroffen. Man kann annehmen, daß schon diese Verlegung indirekt auf die Räumungsaktion Brandt zurückzuführen ist, denn in ihrem Rahmen waren einen Tag zuvor, also am 5. August, 59 Frauen aus Langenhorn nach Uchtspringe und 20 Frauen nach Königslutter abtransportiert worden. Sieht man sich nun die wenigen noch vorhandenen Krankenakten der nach Uchtspringe verlegten Patientinnen an, so fällt auf, daß diese Kranken sich zuletzt in den von Abteilungsarzt Dr. Schlippe betreuten Langenhorner Frauenhäusern 9 und 11 aufgehalten hatten. Und in eben diese geräumten Häuser kamen nun viele der aus Ansharhöhe eingewiesenen Patientinnen.

Im Grunde handelte es sich also um eine angesichts des Bombenchaos erstaunlich durchorganisierte Verlegungskette, die mehrere Maßnahmen miteinander verzahnte und bei der es vor allem darum ging, alte und pflegeaufwendige Kranke zugunsten potentiell leistungsfähiger Insassen loszuwerden. Dies betraf sowohl Langenhorn, dessen schon etablierte Hilfskrankenhausfunktionen nun gegenüber der Geisteskrankenpflege immer dominanter wurden, es betraf aber auch die Ansharhöhe. Dort hatte man nämlich nach den ersten Bombenangriffen die von Hamburger Behörden eingewiesenen Kinder und Jugendlichen evakuiert, wobei aber die älteren Jugendlichen schon nach vier Wochen zurückkehrten, um ein zerstörtes Anstaltsgebäude wieder herzurichten. Sie zogen in eben jenes Haus ein, das Emilienstift, das zuvor von den nach Langenhorn und jetzt auch schon nach Wien verlegten Frauen geräumt worden war.<sup>7</sup>

Nun war ja die Kooperation zwischen den Heimen der Ansharhöhe und der Anstalt Langenhorn an sich nichts Neues. Sie ging zurück auf den

Friedrichsberg-Langenhorn Plan, in dessen Rahmen jener Kranz von Außen- und Umlandanstalten entstanden war, in die Langenhorn seine überzähligen Geisteskranken zu niedrigen Kosten abschob. Auch die Pflinglinge des Emiliienstifts waren aus Langenhorn eingewiesen worden, und es zeigt sich, daß 24 der nach Wien abtransportierten Ansharhöhe-Patientinnen, also etwa die Hälfte, schon zu Beginn dieser Zusammenarbeit im Jahr 1935 in die diakonische Anstalt gekommen waren, sechs weitere in den folgenden zwei Jahren. Nur eine dieser Frauen, die sich schon seit 1932 in der Ansharhöhe aufhielt, war nicht von Langenhorn eingeliefert worden.

Im übrigen war die Pflege Geistesschwacher ein relativ junger und eher aus finanzieller Not geborener Arbeitszweig der seit 1886 bestehenden Ansharhöhe. Als wegen des schlechten Zustandes der Heime die behördliche Einweisung von Fürsorgezöglingen 1928 zurückging, schloß der kurz darauf neu ins Amt gekommene Pastor Rothe einen Vertrag mit der Landesheilanstalt Neustadt/Holstein, der die Übernahme von geistig behinderten Frauen durch die Pflegeanstalt vorsah.<sup>8</sup>

Der Beginn der NS-Herrschaft brachte Umschichtungen im Anstaltswesen, von denen auch die Ansharhöhe nicht unberührt blieb. Für die Hamburger Gesundheitsplaner traf es sich gut, daß der Landeshauptmann Schleswig-Holsteins die in privaten und kirchlichen Heimen untergebrachten preußischen Patienten in staatliche Anstalten verlegen wollte, denn aufgrund der Auflösung der Anstalt Friedrichsberg hatte die Stadt dringenden Platzbedarf für in Langenhorn nicht unterzubringende Pflinglinge. Die im damals noch preußischen Lokstedt gelegene Ansharhöhe entließ 1935 50 geistesranke Frauen in die Anstalt Neustadt/Holstein sowie 50 schleswig-holsteinische Fürsorgezöglinge und nahm dafür im Austausch am 3., 5. und 7. Juni insgesamt 100 Patientinnen aus Langenhorn auf.<sup>9</sup> Trotz dieser für Hamburg finanziell vorteilhaften Lösung zogen sich die Vertragsverhandlungen bis in den Oktober hin, weil man sich eine ökonomisch noch günstigere Option auf die Verlegung Langenhorn-Patienten in die städtischen Versorgungsheime offenhalten wollte. In diesem Sinne intervenierte zunächst der Leiter der staatlichen Wohlfahrtsanstalten Steigertahl, und in diesem Sinn ist auch die schließlich in den Vertrag aufgenommene Klausel zu verstehen, in der nicht mehr von einer Einweisung durch Langenhorn die Rede war, sondern: »Die Kranken werden auf Vorschlag der Staatskrankenanstalt Langenhorn durch die ärztliche Abteilung des Fürsorgewesens für dessen Rechnung eingewiesen.« Diese Vertragsänderung begründete die Rechtsabteilung des Fürsorgewesens mit dem Bemerkens: »Auch schon um deswillen muß die Einweisung in die Pflegeheime kontrolliert werden, weil immer wieder zu prüfen ist, ob nicht die Pflinglinge in die Staatlichen Wohlfahrtsanstalten übernommen werden können.«<sup>10</sup> Obwohl also die Verlegung in die dia-

konische Anstalt die Versorgungssituation der betroffenen Patientinnen schon deutlich verschlechterte, behielt man sich doch vor, solchen Frauen eine noch drastischere Herabsetzung ihrer Lebensbedingungen zuzumuten.

Wie sehr Langenhorn die durch die Bereitstellung billiger Pflegeinstitutionen – etwa eben der Anscharhöhe – entstandene Gelegenheit nutzte, nichtarbeitsfähige Geistesranke abzuschieben, ist schon beschrieben worden.<sup>11</sup> Die so verdrängten Kranken, die nur alle vier bis sechs Wochen durch den stellvertretenden ärztlichen Direktor Langenhorns untersucht werden sollten, scheinen darüber hinaus einen gewissen Pflegeaufwand erfordert zu haben. Dies kann man einer Äußerung Langenhorns vom 9. November 1935 entnehmen: »Die Verlegung der Patienten von Langenhorn nach ›Anscharhöhe‹ und ›Eichenkamp‹ erfolgt nach gründlicher psychiatrischer Beobachtung und Untersuchung. Es werden grundsätzlich nur solche Patienten verlegt, bei denen nach fachärztlicher Erfahrung eine Besserung ihres Geisteszustandes so gut wie ausgeschlossen erscheint. Alle in den beiden genannten Anstalten untergebrachten Patienten sind unberechenbar in ihren Handlungen, dement, zerfahren, angriffslustig, teilweise paranoid und sämtlich geistig soweit abgestumpft, daß sie im öffentlichen Leben ohne die Obhut einer Anstalt verwahrlosen würden.«<sup>12</sup>

Hinzu kommt, daß die durch das nationalsozialistische Sortiersystem marginalisierten 90 bis 100 geistesschwachen Frauen, die fortan in der Anscharhöhe lebten, dort nur bis in die ersten Kriegsjahre einigermaßen sicher waren. Diese Entwicklung war zunächst gar nicht so offensichtlich. Sie wurde eingeleitet durch die Abtretung preußischer Gebiete an Hamburg mit dem Groß-Hamburg-Gesetz vom 26. Januar 1937, durch die auch die Anscharhöhe der Hansestadt zufiel. Dies führte einerseits zu organisatorischen Veränderungen in der diakonischen Einrichtung, andererseits zu einer Veränderung in der Zusammensetzung der Klientel dadurch, daß der Anscharhöhe nun wieder Kinder und Jugendliche durch die Hamburger Behörden zugewiesen wurden.<sup>13</sup> Bedrohlich für die Geisteskranken wurde die Situation dann Mitte 1941, als infolge eines Erlasses des Reichsinnenministeriums das Hamburger Jugendamt seinen Zugriff auf Anstalten und Heime, in denen Minderjährige untergebracht waren, mit dem Argument »planwirtschaftlicher Maßnahmen« verstärken wollte. Zwar konnte die Anscharhöhe solche Bestrebungen in zähen Verhandlungen abwehren, aber der schließlich zustande gekommene Kompromiß, der unter anderem die Übernahme weiterer Jugendlicher vorsah, ging sehr schnell zu Lasten einer Reihe der bisher dort verpflegten Frauen.

Schon während des Verhandlungspokers hatte nämlich das Jugendamt die Rückverlegung der »schwachsinnigen Damen« anvisiert,<sup>14</sup> und als man sich dann schließlich u.a. über die Aufnahme weiterer Mädchen

ins Carl-Ninck-Haus geeinigt hatte, mußten die von Langenhorn dorthin eingewiesenen Frauen weichen. Zwei Rücktransporte ließen sich in den Aufnahmebüchern Langenhorns feststellen. Versucht man nun, das weitere Schicksal der davon Betroffenen zu rekonstruieren, so zeigt sich, daß mindestens ein Teil der Frauen sehr schnell in den Strudel der Euthanasie geriet. Einen Tag vor dem offiziellen Stopp der Aktion T4, also am 23. August 1941, kamen acht Ansharhöhe-Frauen nach Langenhorn zurück, von sechs von ihnen ließ sich der weitere Lebensweg ausfindig machen. Vier wurden schon im November in die Tötungsanstalt Tiegenhof verlegt, sie alle starben im Verlauf eines Jahres. Auch die restlichen zwei Frauen sind noch während des Krieges verstorben (vgl. Tabelle 1).<sup>15</sup>

*Tabelle 1: Weiteres Schicksal der am 23.8.1941 aus der Ansharhöhe nach Langenhorn zurückverlegten Frauen*

Name	Weiterverlegung aus Langenhorn		Todesdatum
	Datum	Zielort	
Anna B.	14.11.41	Tiegenhof	15. 8.42
Emma B.	14.11.41	Tiegenhof	29.12.41
Paula F.	27.11.41	Tiegenhof	10. 1.42
Frieda H.	27.11.41	Tiegenhof	14. 8.42
Alwine M.	weiteres Schicksal unbekannt		
Frieda M.	21.10.41	Ilten	30.12.44
Pauline P.	19. 1.42	Eichenkamp	unbekannt
Irmgard R.	16. 8.43	Wien	15. 8.44

Nachdem dann am 17. November 1941 weitere zwanzig Frauen nach Langenhorn zurückgekommen waren, dürfte der Platz in der Ansharhöhe für die neu übernommenen Verpflichtungen ausgereicht haben; denn an ihrer Stelle fanden sich dort im folgenden Jahr 24 Mädchen.<sup>16</sup> Von 19 dieser zurückverlegten Frauen ließ sich das weitere Schicksal ebenfalls rekonstruieren. Dabei fällt zunächst auf, daß bei einem Durchschnittsalter von zu diesem Zeitpunkt rund 56 Jahren nur zwei den Krieg überlebten. Drei der Kranken starben schon bald in Langenhorn, im weiteren Lebensweg der übrigen 16 Frauen bilden sich die Verlegungsdaten und -orte der Folgejahre ab. Bekannte Zwischen- und Tötungsanstalten wie Tiegenhof, Weilmünster, Eichberg, Hadamar und Meseritz waren darunter, aber auch Privatanstalten – Ilten und Liebenburg –, die kirchliche Einrichtung Rickling und die Hamburger Häuser in Lüneburg. Deutlich wird daraus, daß diese zurückgekommenen Frauen in Langenhorn nicht erwünscht waren, man schob sie bald wieder ab, wobei es der Anstalt ziemlich gleichgültig war, ob der Weg erklärtermaßen in den Tod ging oder zumindest in eine ungewisse Zukunft (vgl. Tabelle 2).

## Der Transport nach Wien

Tabelle 2: Weiteres Schicksal der am 17.11.1941 aus der Ansharhöhe nach Langenhorn zurückverlegten Frauen

Name	Weiterverlegung aus Langenhorn						Todesdatum
	1. Datum	Zielort	2. Datum	Zielort	3. Datum	Zielort	
Rosa A.	9. 4.43	Meseritz					12. 5.43
Auguste B.	18. 2.42	Ilten					24.11.44
Caroline B.	1. 6.43	Weilmünster	5.10.44	Eichberg	16.11.44	Hadamar	4. 1.45
Helene B.	9. 4.43	Meseritz					17. 8.43
Irma B.	18. 2.42	Ilten					überlebt
Minna Ch.	27.11.41	Tiegenhof					24. 3.42
Otilie D.	—	—					15. 3.43*
Martha F.	25. 3.42	Rickling					5.10.42
Mathilde H.	6. 2.42	Luneburg					29.11.42
Wilhelmine I.	27.11.41	Tiegenhof					28. 7.43
Carmen M.	16. 6.42	Liebenburg	21.12.44	Neuerkerode	11. 2.45	Königslutter	überlebt
Anna M.	18. 2.42	Ilten					13. 1.45
Katharina Qu.	—	—					4. 8.42*
Ida N.	18. 6.43	Rickling					5. 6.45
Eugenia P.		weiteres Schicksal unbekannt					
Louise Sch.	22. 5.42	Luneburg	4. 9.43	Langenhorn	2.11.43	Meseritz	15. 7.44
Emma St.	27.11.41	Tiegenhof					13. 8.44
Martha St.	27.11.41	Tiegenhof					21. 8.43
Else W.	25. 5.43	Weilmünster					17. 8.43
Luise W.	—	—					25. 9.42*

\* in Langenhorn gestorben

Ein weiteres läßt sich paradigmatisch am Lebensweg dieser Kranken erneut belegen und vielleicht auch vorläufig auf den Begriff bringen. Seit der Durchführung des Friedrichsberg-Langenhorners Plans, seit Beginn der NS-Herrschaft also, wurde ihr Wohlergehen aktuell vordringlicheren Zwecken geopfert. Das war 1935 schon so anlässlich ihrer Abschiebung in die Ansharhöhe, das war 1941 in dieser konfessionellen Anstalt nicht anders, als sie jüngeren Geschlechtsgenossinnen Platz machen mußten (wobei Ende des Jahres 1941 wohl auch in dieser kirchlichen Einrichtung nicht mehr unbekannt gewesen sein dürfte, welcher Gefahr man die Frauen mit der Rückverlegung nach Langenhorn aussetzte), und das war mit zunehmender Dramatik der Fall durch den kriegsbedingten Platzbedarf Langenhorns für Zwecke eines Hilfskrankenhauses. Angesichts dieses stufenweise prekärer werdenden Lebensweges der aufgrund institutioneller Entscheidungen hin- und hergeschobenen Geisteskranken scheint sich in theoretischer Perspektive die Kategorie des »Opfers« herauszu-

schälen, die möglicherweise mehr als alle expliziten rassetheoretischen und sozialpolitischen Ideologeme die praktische Leitlinie der Handlungsvollzüge in den Anstalten bildete. Dabei ist zu bedenken, daß ja etwa 50 ältere Frauen, die im Emilienstift der Ansharhöhe bleiben konnten, erst dann das Schicksal ihrer zuvor zurückverlegten Leidensgenossinnen teilen mußten, als die sich verschärfenden Kriegsbedingungen weitere Handlungszwänge produzierten.<sup>17</sup>

Auffällig ist jedenfalls, daß die Mitarbeiter der Ansharhöhe die Angehörigen der dann nach den alliierten Luftangriffen am 6. August 1943 aus dem Emilienstift nach Langenhorn zurückverlegten Frauen über dieses Geschehen im unklaren ließen, auch wenn sie ausdrücklich um Auskunft gebeten wurden. Wie mehrfach den noch vorhandenen Schriftwechseln in den Krankenakten zu entnehmen ist, waren die Verwandten oft noch über das Transportdatum nach Wien hinaus nicht über die Verlegungen dieser Patientinnen informiert. So schrieb eine Mutter, die mit Datum vom 18. August 1943 endlich eine Benachrichtigung über die Verlegung ihrer Tochter nach Wien, fälschlicherweise begründet als »kriegsbedingte Maßnahme zur eigenen Sicherheit«, erhalten hatte, am 7. September an Langenhorn:

»Ich erhielt die traurige Nachricht aus Langenhorn, daß meine Tochter Irmgard R., welche im Pflegeheim Ansharhöhe weilte, plötzlich für mich ganz unerwartet nach Wien verschickt wurde. Hierüber bin ich völlig trostlos und ist es mir unmöglich darüber hinwegzukommen, denn ich weiß doch nicht wie und wo meine Tochter untergebracht, kann sie niemals besuchen und sehen wie es ihr geht. Wie konnte nur dies ohne mein Wissen geschehen, wo ich doch nur noch für meine kranke Tochter lebe. Ich bin am Tage vor dem letzten Großangriff am 28. Juli in Ansharhöhe gewesen, es war dort nichts zerstört und übergab der Oberschwester einen frankierten Briefumschlag mit meiner Anschrift und der freundlichen Bitte, mir doch Bescheid zukommen zu lassen sobald dort eine Veränderung eintreten sollte. Leider war meine Bitte vergebens gewesen, aber als Mutter hätte ich wohl eine Nachricht erwarten können, wenn so etwas mit meiner Tochter unternommen werden sollte, denn die Schwestern in Ansharhöhe wußten wie besorgt ich noch immer um meine Tochter war. Es sind in dem Hause in dem meine Tochter lebte doch immer noch Kranke und mir war bekannt, daß meine Tochter immer ruhig und gehorsam war und immer bei Alarm in den Luftschutzkeller ging. Hätte denn meine Tochter nicht in meiner Nähe bleiben können, sie hat doch Familienangehörige.«

Anzumerken ist, daß die Mutter natürlich nicht wissen konnte, daß ihre Tochter nur aufgrund des plötzlichen Euthanasie-Stopps 1941 der schon geplanten Verlegung nach Königslutter entgangen war. In Wien starb die Patientin fast genau ein Jahr nach ihrer Ankunft. Die Anstalt

hatte sie mit einem Meldebogen erfaßt, und kurz vor ihrem Tod war ihr, wie einem Eintrag in der Fieberkurve zu entnehmen ist, Luminal verabreicht worden.

Ganz ähnlich war es in Hamburg der Mutter der zum Zeitpunkt der Verlegung erst 38jährigen Hertha P. ergangen. Nachdem die Tochter schon im April 1944 in Wien an Pneumonie und Enterocolitis gestorben war, schrieb Frau P. der Anstalt u.a.: »Sie war sonst immer so gesund außer der Nervensache und weshalb sind wir nicht einmal vorher benachrichtigt worden wo sie sich befindet. Wir wurden hier von einer Anstalt zur andern geschickt. Keine Anstalt wußte wo die Kranken hingekommen waren.«

Wie sehr die Anstalten mit der Verlegung dieser Frauen in Begründungsschwierigkeiten kamen, läßt sich auch an einem anderen Beispiel belegen. Zumeist berief sich Langenhorn gegenüber den Angehörigen ja auf die Sicherheit der Kranken. Als der Ehemann der Patientin Erna O. zwecks Vorlage vor der Behörde aus Wien bestätigt haben wollte, daß seine Frau »als Folge der Luftangriffe auf Hamburg« nach dort verlegt worden war, geschah Folgendes. Der zuständige Arzt schrieb noch arglos: »Pat. wurde am 17.8.1943 aus der Anstalt Hamburg-Langenhorn durch den Luftkrieg bedingt hierher verlegt.« Diese Formulierung kassierte allerdings der ärztliche Direktor, der zwar die Tatsache der Verlegung bestätigte, aber dabei anmerkte: »Der Grund der Verlegung kann von hier nicht bestätigt werden. Diesbezügl. müßten Sie sich an die Anstalt Langenhorn, oder an die Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten derzeit in Linz/Donau, Postfach 324, wenden.«

Tatsächlich war das angebliche Wohl der Patienten, ihr Schutz vor Luftangriffen, nur vorgeschoben. Ein Beispiel belegt auch dies. In der Krankenakte der Patientin Julia P., die schon einen Tag nach ihrer Ankunft in Wien starb, hieß es: »evak. wegen Luftangriffe, n. Wien.« Als wenig später aber das Hamburger Amtsgericht eine Auskunft über die Patientin erbat, schrieb Langenhorn wahrheitsgemäß: »Am 16.8.1943 wurde sie wegen Räumung der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in die Wagner von Jauregg'sche Anstalt in Wien verlegt.« Die wirklichen Gründe der Verlegung sollten den Angehörigen der Betroffenen verborgen bleiben. Man war sich wohl nicht sicher, ob sie für dieses »Opfer« der Leistungsunfähigen zugunsten somatisch Kranker Verständnis aufgebracht hätten. Familiäre Tugenden der Sorge und Solidarität stellten wenigstens partiell einen Widerstand dar, der sich auch durch Strategien erbbiologischer Objektivierungsversuche offensichtlich nicht so einfach beseitigen ließ, und so mußten die NS-Machthaber und ihre ausführenden Organe immer wieder zu Taktiken des Verbergens und Verschweigens greifen. Die mit soviel Geheimnissen umgebenen »Opfer« stifteten deshalb einen Konsens wohl in erster Linie unter den alten und neuen funktionstragenden Eliten.

Dieser Befund, daß nämlich die Selektionspraktiken für die Verlegungen mit Fortschreiten des Krieges von den quantitativen Vorgaben der Raumerfordernisse in Langenhorn dominiert wurden und so die rassistische Logik psychiatrischer Wertigkeiten in den Hintergrund treten ließen angesichts katastrophenmedizinischer Versorgungsengpässe, läßt sich auch aus dem Datenmaterial des Transports erhärten. In die Auswertung konnten die Kranken- und Personalakten von fast allen, nämlich 69 von 72, nach Wien verlegten Langenhorner Patientinnen eingehen. Von ihnen liegen sowohl die Krankenblatteintragungen der Ausgangsanstalt wie auch der Verlegungsanstalt in Wien vor.<sup>18</sup> Die Unterschiede etwa gegenüber den T4-Transporten zeigen sich deutlich in drei Dimensionen: der Aufenthaltsdauer in Langenhorn, dem Alter der Kranken sowie ihren Diagnosen. Zunächst einige Anmerkungen zur Aufenthaltsdauer in Langenhorn.

Der größte Teil der kurz darauf nach Wien verlegten Patientinnen, nämlich 49 von 69, war am 6. August 1943 aus der Ansharhöhe nach Langenhorn zurückverlegt worden. Daraus, daß sie sich bis zum Weitertransport nach Wien nur zehn Tage in dieser Anstalt aufhielten, läßt sich schließen, daß Langenhorn allein an bloßem Abschieben ohne Rücksicht auf psychiatrische Diagnosen interessiert war. Obwohl keine Namenslisten dieser Ansharhöhe-Pfleglinge vorliegen, kann man doch annehmen, daß so gut wie alle zurückverlegten Kranken betroffen waren. Jedenfalls ist die Zahl der Langenhorner Patientinnen, die sich 1942 in der Ansharhöhe aufhielten, aus dem Bericht der T4-Planungsgruppe, die in diesem Jahr die hamburgischen Anstalten begutachtete, bekannt. Dort heißt es: »Nur ein geschlossenes Frauenhaus mit 60 Insassen wird als Filiale von Langenhorn geführt.«<sup>19</sup> Nimmt man an, daß es sich hier nur um eine ungenaue Angabe handelte und daß bis zum folgenden Jahr noch einige Veränderungen stattgefunden haben, so dürften kaum mehr als die genannten 49 Frauen nach der Bombenkatastrophe 1943 in der Pflegeanstalt gewesen sein.

Nun hatte ja Langenhorn den Transport nach Wien mit zusätzlichen 20 Patientinnen aufgefüllt. Untersucht man diese Gruppe, so zeigt sich, daß acht dieser Frauen im Höchstfall einen Monat in Langenhorn gewesen waren, nur vier hatten sich dort länger als ein Jahr aufgehalten, nur eine einzige war eine ausgesprochene Langzeitpatientin mit zehnjährigem Aufenthalt in Langenhorn (vgl. Tabelle 3). Die überwiegend kurze Aufenthaltsdauer dieser Kranken in Langenhorn läßt nun auch Rückschlüsse auf die Motive für die Weiterverlegung der aus Ansharhöhe eingelieferten Patientinnen zu, deren Aufenthalt in Langenhorn ebenfalls äußerst kurz war. Sicher, bei ihnen handelte es sich zumeist um langjährige Pflegefälle, 40 von ihnen hatten eine über fünfjährige Anstalts- und Heimkarriere und zusätzliche fünf waren zwischen drei und fünf Jahren durchgehend in einer Anstalt (vgl. Tabelle 4).



## Der Transport nach Wien

Tabelle 3: Aufenthaltsdauer der nicht aus Ansharhöhe kommenden, nach Wien verlegten Patientinnen in Langenhorn

Aufenthaltsdauer	Anzahl
bis 1 Monat	8
über 1 Monat bis 1 Jahr	8
über 1 bis 3 Jahre	2
über 3 Jahre	2
	20

Tabelle 4: Durchgehender Gesamtaufenthalt in einer Anstalt der nach Wien verlegten Patientinnen

Gesamtaufenthaltsdauer bis zu	Patientinnen aus Ansharhöhe	übrige Patientinnen*
1 Monat	1	8
über 1 Monat bis 3 Jahre	3	8
über 3 Jahre bis 5 Jahre	5	2
über 5 Jahre	40	2
	49	20

- \* Die Übereinstimmung der Zahlen mit Tabelle 3 bedeutet keine inhaltliche Übereinstimmung

Entscheidendes Motiv für die Weiterverlegung kurz nach der Einlieferung in Langenhorn dürfte aber, wie auch die »Kontrastgruppe« der Nicht-Ansharhöhe-Patientinnen zeigt, nicht der langjährige Anstaltsaufenthalt gewesen sein, sondern der Befund, daß man lästige Pflegepersonen, die dazu noch gerade geräumte Pavillons wieder auffüllten, möglichst schnell wieder abschieben wollte. Langenhorn war zumindest bei diesem Transport in erster Linie Drehscheibe für kurz zuvor eingelieferte Patientinnen.

Dies wird auch bestätigt durch die Altersstruktur der nach Wien verlegten Frauen. Hier fällt zunächst auf, daß diese durchschnittlich wesentlich älter waren als die im Rahmen der Aktion T4 Verlegten. Das Durchschnittsalter betrug 59 Jahre bei einer Spannweite von knapp 24 bis knapp 87 Jahren. Dies deutet darauf hin, daß es sich in der Mehrzahl um Alterspatientinnen handelte. Differenziert man genauer, so läßt sich der Befund noch präzisieren. Es zeigt sich nämlich, daß die von Langenhorn den Ansharhöhe-Patientinnen hinzugefügten 20 Frauen vor allem die Kategorien der besonders alten und der besonders jungen Frauen auffüllen. So kamen beide Frauen, die weniger als 30 Jahre alt waren, nicht aus der Ansharhöhe und ebenfalls nicht vier der fünf über 80jährigen Frauen (vgl. Tabelle 5).

Gleichwohl ist auch in der Langenhorner Teilgruppe das Durchschnittsalter mit 57,65 Jahren hoch. Da aber hier die Spannweite größer ist und dadurch die mittleren Altersgruppen weniger stark besetzt sind, wird vielleicht das Abschiebemotiv besonders augenfällig. Nehmen wir Beispiele aus den Extremgruppen dieser Frauen.

Es zeigt sich, daß auf die weite und beschwerliche Reise sehr alte, schwer sieche Patientinnen mitgegeben wurden, die dann offensichtlich an den Folgen dieses Transports auch bald verstorben sind. Etwa vier Tage nach dem Eintreffen in Wien starb die 80jährige Emilie L.

*Tabelle 5: Alter der am 16.8.1943 aus Langenhorn nach Wien verlegten Patientinnen zu diesem Zeitpunkt*

Alter in Jahren	Gesamtgruppe		davon nicht aus Anscharhöhe Anzahl
	Anzahl	Prozent	
20-29	2	2,9	2
30-39	6	8,7	3
40-49	12	17,4	4
50-59	13	18,8	1
60-69	19	27,5	1
70-79	12	17,4	5
80-89	5	7,2	4
	69	99,9*	20

\* Rundungsfehler

Die Unbarmherzigkeit planerischer Rationalität wird aus dem Schreiben der Tochter deutlich, das diese an die Anstalt gerichtet hat. Dort heißt es u.a.: »Oh ich bin so traurig, daß man mein geliebtes Mütterlein noch nach Wien transportierte. Sie lag am 14.8., als ich bei ihr war [also in Langenhorn], schon im Sterben, wie konnte man nur auf den Gedanken kommen, die Sterbende ausgerechnet nach Wien zu schicken, wir haben doch um Hamburg herum Ausweich-Krankenhäuser genug.« Ein zusätzlicher Aspekt neben dieser hartherzigen Behandlung von Pflegefällen kommt ins Spiel, wenn man in der Akte von Emilie L. den Eintrag findet: »Erregte und widerstrebende Kranke.« Diese Dimension auffälligen und störenden Verhaltens dürfte nun insbesondere für die Selektion der jungen Patientinnen aus Langenhorn ausschlaggebend gewesen sein. Sie läßt sich z.B. bei beiden der unter 30jährigen Frauen ausmachen. Die eine Patientin litt unter häufigen und heftigen epileptischen Anfällen, die sie anscheinend reizbar und aggressiv machten. So liest man in der Anamnese der sehr knappen Langenhorner Krankenblatt-Eintragung u.a.: »Sehr frech, oft schreit sie laut.« Die zweite Patientin, auf deren Schicksal noch gesondert

## Der Transport nach Wien

einzugehen sein wird, wurde als polnische Ostarbeiterin aus dem Arbeitslager zur Beobachtung ihres Geisteszustandes nach Langenhorn eingewiesen. Aus den dortigen ebenfalls sehr spärlichen Eintragungen läßt sich nur entnehmen, daß sie kaum zur Arbeit anzuhalten war, aber ins Lager zurück wollte. Ihre Verwirrung, ihr Drang aus der Anstalt hinaus, der sie dann auch in Wien zum Entweichen neigen ließ, hatte leicht einzusehende und nachvollziehbare Gründe. Diese aber haben die Anstalten aus kaum noch verständlichen Motiven nicht berücksichtigt, jedenfalls wurden sie nirgends explizit zur Erklärung des Verhaltens der jungen Polin herangezogen.

Die Feststellung, daß es für Langenhorn darum ging, Patientinnen, die lästig waren, unter Hintanstellung therapeutischer Bemühungen abzuschieben, und zwar schon deshalb, weil sie dringend benötigten Platz besetzt hielten, wird weiter erhärtet durch die Diagnosen. Quantitativ am auffälligsten ist, daß die Anzahl der Patientinnen mit der Diagnose »Schizophrenie« nur unwesentlich höher ist als die Zahl der Frauen mit Alterserkrankungen (Cerebralsklerose, Dementia senilis) (vgl. Tabelle 6). Da man solche Alterskranke in der früheren Aktion T4 zumindest aus taktischen Gründen nicht in die Selektionen einbezogen wissen wollte, ist ein Vergleich mit dem Frauentransport aus Langenhorn nach Königslutter vom 29. Juli 1941 aufschlußreich. Dort überwog mit 80 % bei weitem die Diagnose »Schizophrenie«, die nun beim Transport nach Wien um mehr als die Hälfte auf 38 % zurückgeht. Umgekehrt findet sich im Königslutter-Transport keine Frau mit einer explizit genannten Alterserkrankung, bei der Verlegung nach Wien sind es dagegen knapp 30 %. Mit Zuspitzung der kriegsbedingten Wirren glaubte man also auf die Legitimationskraft erbhygienischer Argumentationen verzichten zu können.

*Tabelle 6: Langenhorner Diagnose der am 16.8.1943 nach Wien verlegten Patientinnen*

Diagnose	Gesamtgruppe		davon nicht aus Anstaltshöhe Anzahl
	Anzahl	Prozent	
Schizophrenie	26	37,7	4
Erkrankungen des höheren Lebensalters «nicht festgestellt» (Verwirrtheit wegen Bombenschaden)	20	29,0	4
Epilepsie	6	8,7	6
Progressive Paralyse	5	7,2	1
Verwirrtheit	5	7,2	1
Imbecillität	2	2,9	2
Medikamentensucht	2	2,9	
Psychopathie	1	1,4	1
Parkinson	1	1,4	1
	69	99,8*	20

\* Rundungsfehler

Der Anteil der aus Altergründen verlegten Patientinnen dürfte sich noch erhöhen, wenn man einen weiteren für die Zusammensetzung dieses Transportes aufschlußreichen Umstand berücksichtigt. Bei sechs zumeist älteren Frauen hat nämlich der zuständige Arzt Dr. Knigge auf eine Diagnose verzichtet, bei ihnen findet sich nur der lapidare Eintrag »nicht festgestellt«. Aus den Akten geht weiter hervor, daß sie erst wenige Tage vor ihrer Weiterverlegung in Langenhorn eingeliefert worden waren, und zwar in den Pavillon M 6, in dem sich die kurz zuvor aufgelöste Kinderfachabteilung zuletzt befunden hatte. Die restlichen fünf Kinder, die sich dort noch aufhielten, wurden übrigens drei Tage nach dem Wien-Transport in die Tötungsanstalt Meseritz verlegt. Bei den Frauen aus M 6 nun handelte es sich um Patientinnen, die nach einem Bombenschaden orientierungslos herumgeirrt und dann von einer Rettungsstelle wegen ihrer akuten Verwirrtheit in die Anstalt weitergeleitet worden waren. Auch mit solchen Personen, die sich nach dem Verlust von Hab und Gut, sei es wegen ihres Alters oder wegen fehlender Kontakte, nicht schnell genug wieder zurechtfinden konnten, gab sich also Langenhorn nicht lange ab.<sup>20</sup>

Hier wird vielleicht besonders deutlich, wie sehr das Verhalten der Anstalt von den Vorgaben der Triage geprägt war, wozu eben gehörte, daß die Opfer der Katastrophe nicht in jedem Fall diejenigen waren, denen Behandlung und Pflege zuteil wurde. Und zu diesen Opfern, die die Bombennächte ortlos gemacht hatten, gehörten neben den ziellos Umherirrenden letztlich auch die 49 Patientinnen aus der Ansharhöhe, die, zuvor schon an den Rand gedrängt und selbst noch in dieser marginalisierten Position zunehmend gefährdet, dort nach der Zerstörung der Stadt endgültig leistungsfähigen und aufbauwilligen Jugendlichen hatten weichen müssen und daraufhin in Langenhorn keinen Platz mehr fanden.

## 2. Der Steinhof während der NS-Herrschaft

Als die aus Alsterdorf und Langenhorn verlegten Geisteskranken am 17. August 1943 in den Wagner von Jauregg – Heil- und Pflegeanstalten der Stadt Wien eintrafen, kamen sie in eine Anstalt, in der die nationalsozialistischen Euthanasie-Aktivitäten schon besonders grausame Spuren hinterlassen hatten. Darüber hinaus könnte man denken, dem Verwaltungsleiter Langenhorns Dr. Hanko habe der Steinhof, wie diese Anstalt bis in die Kriegszeit hinein hieß, vor Augen gestanden, als er seine programmatischen Überlegungen zur Schaffung von Großanstalten zu Papier brachte.<sup>21</sup> Denn die Landes- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranken am Steinhof, 1907 als damals größte psychiatrische Anstalt Europas eröffnet, hatte nicht nur kurz nach Beginn des Ersten Weltkrieges schon eine Belegungszahl von knapp 4.000 Patienten, ihre Organisationsstruktur war angesichts eines solchen Massenbetriebs wohl zwangsläufig in erster Linie von Kriterien bürokratischer Effizienz geprägt. Die Konstruktion mehrerer hierarchischer Ebenen im ärztlichen Dienst, vom Chefarzt, der zugleich Direktor war, über die für die unterschiedlichen Anstaltsteile (nämlich Heil- und Pflegeanstalt sowie damals Sanatorium) zuständigen Primärärzte bis zu den sogenannten pragmatischen und Anstaltsärzten sollte nicht nur den »ärztlichen Vorständen die Übersicht über die einzelnen Kranken jederzeit ermöglichen«, man war wohl auch überzeugt, daß mit Hilfe eines derartigen Prinzips eine Irrenanstalt »so ziemlich ins Ungemessene ausgedehnt werden kann«.<sup>22</sup> Das Resultat war eine an den bürokratischen Idealtyp Max Webers erinnernde Organisationsform, deren zwangsläufige Folge in der Depersonalisierung und Verobjektivierung des Kranken bestanden haben muß, wobei die Versorgung sich wohl allein auf die notwendigen körperlichen Bedürfnisse beschränkte.<sup>23</sup>

Wie andernorts auch kam es im Steinhof schon während des Ersten Weltkriegs, als die Anstalt zusätzlich durch Flüchtlinge aus Galizien belastet wurde, zu einem großen Massensterben der Patienten. Von 3.991 Kranken am 1. Januar 1916 sank der Patientenstand auf 2.296 am 1. Januar 1919.<sup>24</sup> Einige organisatorische Veränderungen waren die Folge, so die Umwandlung des Sanatoriums für wohlhabende Kranke in eine Lungenheilstätte und die Eröffnung einer Trinkerheilstätte. Bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs stieg dann aber der Patientenstand wiederum auf mehr als das Doppelte, von 2.009 Ende 1919 auf 4.275 am 1. Januar 1939, an.<sup>25</sup>

Der Steinhof war also überfüllt, als im angeschlossenen Österreich die Euthanasie-Maßnahmen in besonderer Schärfe, Schnelligkeit und Brutalität griffen. Nachdem in der »Ostmark« am 1. Januar 1940 das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« in Kraft getreten war, folgten schon wenig später die Selektionen der Aktion T4 in den dortigen Heil- und Pflegeanstalten. Im Mai 1940 wurden die niederösterreichischen Anstalten Mauer-Öhling und Gugging sowie die Wiener Anstalt Ybbs von Ärztekommisionen bereist, die Listen der Abzutransportierenden zusammenstellten.<sup>26</sup> Man muß also annehmen, daß im Steinhof zur gleichen Zeit in ähnlicher Weise sämtliche Krankengeschichten von T4-Ärzten unter Beteiligung studentischer Hilfskräfte auf mögliche Euthanasie-Opfer durchsucht wurden. Die Transporte aus diesen Anstalten begannen im Juni desselben Jahres, sie gingen fast immer zunächst nach Niedernhart und von dort in die Vernichtungsstätte Hartheim.

Die Zahlen belegen, daß selbst noch der Begriff Selektion euphemistisch ist. So wurden aus Mauer-Öhling 1.279 Patienten abtransportiert, eine Zahl, die etwa der Durchschnittsbelegung dieser Anstalt entsprach. Als von Gugging 900 oder 1.000 Patienten abtransportiert werden sollten, konnten nur aufgrund der Intervention des Direktors rund 300 Kranke für notwendige Arbeiten zurückbehalten werden. Die Wiener Anstalt Ybbs an der Donau wurde nahezu vollständig in ein Reservelazarett umgewandelt, nachdem nicht nur fast alle dort lebenden 1.700 Patienten, sondern auch die in der Zwischenzeit nach dort verlegten Kranken in achttägigem Abstand nach Hartheim gebracht worden waren, insgesamt 2.282.<sup>27</sup> Die Zahlen für den Steinhof sind gleichermaßen unfaßbar. Wolfgang Neugebauer schreibt: »Einem Bericht von Stadtrat Gundel zufolge sank der Pfleglingsstand der Wagner von Jauregg'schen Heil- und Pflegeanstalt (bekannt als ›Steinhof‹) infolge der Räumungsaktion von 4.280 (1. Juli 1940) auf 1.200 (November 1940); in vier Monaten waren somit 3.180 Patienten abtransportiert worden. Insgesamt dürften bis zum Abbruch der ›Euthanasie‹-Aktion über 4.000 Patienten von ›Steinhof‹ nach Hartheim zur Vergasung gebracht worden sein.«<sup>28</sup> Lediglich 160 Alkoholiker scheinen im August des Jahres aufgrund einer Intervention des damaligen Direktors Dr. Alfred Mauczka aus dem Transport nach Hartheim ausgegliedert und nach Wien zurückverlegt worden zu sein.<sup>29</sup>

Vergegenwärtigt man sich das Ausmaß der Patienten-Tötungen in der »Ostmark« schon während der T4-Phase, so muß man zu dem Schluß gelangen, daß hier – im Unterschied zu den im Altreich aufgrund der Vorgaben bei den Selektionskriterien immerhin noch geltenden Beschränkungen – sämtliche Dämme frühzeitig brachen. Die Maske medizinischer Wissenschaftlichkeit scheint man sich gar nicht erst aufgesetzt zu haben, sondern umstandslos von schieren Effektivitätskriterien ausgegangen zu sein. Dies läßt sich auch einer späteren Aussage des damaligen Leiters der

Anstalt Ybbs, Dr. Kryspin-Exner, entnehmen, der vermutlich aufgrund der Leerung seiner Anstalt von Psychiatrie-Patienten Ende 1940 zum Steinhof versetzt wurde: »Gegen Ende Juni 1940 erschienen 2 reichsdeutsche Professoren der Psychiatrie [...] [offensichtlich Heyde und Nitsche] und erklärten, daß gewisse Gruppen von Anstaltspfleglingen in eine andere Anstalt überstellt werden sollten. Als Grund gaben sie an, daß dadurch die Überfüllung der Anstalt mit Siechen und Pflegebedürftigen beseitigt werden soll. In der Anstalt sollten nur Pfleglinge verbleiben, die arbeitsfähig sind und zum Nutzen der Anstalt verwendet werden können.«<sup>30</sup>

Die übliche Rücksichtnahme auf Angehörige, die im Altreich während der T4-Phase etwa bei der Zurückstellung von Alterspatienten noch eine Rolle gespielt haben mag, entfiel offensichtlich in den österreichischen Anstalten. Von daher ist vielleicht auch umgekehrt zu erklären, daß die – vergeblichen – Proteste der Bevölkerung hier deutlicher ausfielen. Einerseits waren die Bewohner Wiens über die Massenmorde an Steinhof-Patienten wohlinformiert, etwa durch ein Flugblatt der illegalen Kommunistischen Partei Österreichs, durch die Propagandazeitung »Luftpost« der Royal Air Force und durch eine Sendung der BBC.<sup>31</sup> Zum anderen sind verschiedene Widerstandshandlungen empörter Wiener belegt. So drang die Krankenschwester Anny Wödl, nachdem sie schon in der Reichskanzlei vorgesprochen hatte, bis zum zuständigen Herbert Linden im Reichsinnenministerium vor. Als ihr Protest nichts nützte, versuchte sie in Wien, betroffene Angehörige zu mobilisieren. »Ich versuchte noch mit Telegrammen und Briefen, die in großen Mengen abgingen, eine Wirkung zu erzielen. Ich schrieb Zettel ›Steinhof gehört den Wienern‹, ›Laßt uns Steinhof‹, ›Laßt uns unsere Kranken‹, paar Worte mit einem Sinn, verteilte in großen Mengen diese an Besucher am Steinhof und diese Telegramme gingen tatsächlich zu hunderten ab.«<sup>32</sup>

Über Widerstandshandlungen aufgebrachter Wiener wurde auch in einem Vermerk vom 8. Oktober 1940 berichtet, der offensichtlich die zuständigen Behörden in Berlin auf die Gefühle in der österreichischen Bevölkerung aufmerksam machen wollte. Es heißt dort u.a.: »Während meines in der Zeit vom 16.9. – 6.10. in Wien und in Gmunden (Oberdonau) verbrachten Erholungsurlaubs habe ich die Wahrnehmung gemacht, daß in weiten Kreisen der ostmärkischen Bevölkerung eine nicht unbedenkliche Erregung darüber herrscht, daß – angeblich – im Laufe der letzten Monate in zahlreichen Fällen unheilbar Geisteskranke aus ostmärkischen Irrenanstalten in solche des Altreiches überführt und dort nach wenigen Tagen ohne Wissen und Zustimmung der Angehörigen durch Verabreichung von Injektionen von ihrem Leiden erlöst worden sind. Ich konnte den eindeutigen Eindruck gewinnen, daß die Erregung der Bevölkerung u.a. auch auf religiöse Momente (die Ostmark ist weitaus überwiegend

katholisch!) zurückzuführen ist. Hauptsächlich soll es sich um ehemalige Pfleglinge der Anstalten ›Am Steinhof‹ (Wien), Mauer-Öhling und Niedernhart handeln. In Wien ist das Gerücht verbreitet, daß von dem gleichen Schicksal auch schon Insassen des Wiener Städtischen Altersversorgungsheimes in Lainz ereilt worden sind. Das mag die mir mehrfach zur Kenntnis gelangte Besorgnis gewisser Bevölkerungskreise ausgelöst haben, daß auch aus anderen Gründen arbeitsunfähige Menschen (z.B. Blinde, Lahme) in absehbarer Zeit aus der Welt geschafft werden könnten. Ziemlich stark verbreitet scheint auch die Auffassung zu sein, daß es um die Ernährungslage des Reiches schlecht bestellt sein müsse, ›wenn es schon auf die paar Hunderttausend Narren ankomme! In Wien soll, wie ich wiederholt gehört habe, die Erregung der Bevölkerung bereits solche Dimensionen angenommen haben, daß es vor der Heilanstalt ›Am Steinhof‹ vor nicht allzu langer Zeit zu bedenklichen Demonstrationen gekommen sein soll, die angeblich den Einsatz von Polizei und SS notwendig gemacht haben. Auch soll ein Direktor oder Vizedirektor der genannten Heilanstalt wegen seiner Weigerung, Pfleglinge in Anstalten des Altreiches überführen zu lassen, in Schutzhaft genommen worden sein.«<sup>33</sup>

Offensichtlich wußte der unbekannte Schreiber nichts über Tötungsort und Tötungsmethode. Geht man aber davon aus, daß seine Schilderung der Vorgänge in Wien zutreffend war, dann wurden für die Insassen des Versorgungsheims der Stadt Wien (Lainz) nicht nur 346 Fragebogen ausgewertet, wie Wolfgang Neugebauer berichtet,<sup>34</sup> dann hat man aus dieser Auswertung der Daten alter Menschen früh schon mörderische Konsequenzen gezogen. Zu bedenken ist dabei, daß genau zu dieser Zeit faktischer Leiter der Nervenabteilung im Altersheim Lainz Dr. Hans Bertha geworden war, eben jener Psychiater, der während des Krieges eine erstaunliche Karriere machte. Sie führte ihn, wie gleich gezeigt werden soll, neben seinen vielfältigen sonstigen Funktionen auch an die Spitze des Steinhof.

Über die Veränderungen im Steinhof nach der Massentötung der dortigen Patienten ist wenig bekannt. In seinem Rückblick von 1957 berichtete der damalige Direktor Dr. Podhajsky, der übrigens nach einem Verzeichnis des »Handbuchs Reichsgau Wien« von 1941 auch schon zur Zeit der geschilderten Vorgänge in dieser Anstalt beschäftigt war:<sup>35</sup> »Die dadurch freigewordenen Pavillons wurden nicht zur besseren Unterbringung der zurückgebliebenen Kranken oder zur Auflockerung der dichtgedrängten Betten, sondern zur Verlegung fremder Institute in die h.o. Anstalt verwendet. Erwähnt sei nur die Erziehungsanstalt ›Am Spiegelgrund‹ und die Nervenanstalt für Kinder. Der Bettenmangel war dadurch größer denn je.«<sup>36</sup> Die Nervenanstalt für Kinder war natürlich jene am 24. Juli 1940 als »Musteranstalt« des »Reichsausschusses« eingerichtete »Kinderfachabteilung«, in der bis zum Kriegsende hunderte von Kindern



mittels Gift, Injektionen oder Aushungern von Ärzten und Pflegepersonal ermordet wurden. Sie befand sich in den Pavillons 15 und 17, während die restlichen Pavillons der ersten drei Reihen auf der linken Seite des Steinhof, also die Häuser mit ungeraden Zahlen von 1 bis 13, von der Jugendfürsorgeanstalt Am Spiegelgrund eingenommen worden sein sollen.<sup>37</sup>

Es ist gesagt worden, daß Dr. Hans Bertha ab 1942 faktischer, mindestens aber designierter Leiter am Steinhof gewesen ist.<sup>38</sup> Den Akten ist dies nicht zu entnehmen. Möglicherweise hängt die Vermutung damit zusammen, daß der T4-Gutachter Dr. Bertha neben seinen vielfältigen Funktionen ab 6. Januar 1942 kurzfristig die ärztliche Oberleitung der eben erst auf dem Gelände des Steinhof untergebrachten Jugendfürsorgeanstalt übernommen hatte.<sup>39</sup> Richtig ist, daß über die Aktivitäten des offiziellen Direktors der Anstalt, Hofrat Dr. Alfred Mauczka, bis zu dessen Beurlaubung und Pensionierung Ende 1943 und seiner Nachfolge durch den kommissarischen Leiter Dr. Bertha am 1. Januar 1944 nur wenig bekannt ist. Immerhin scheinen die Nationalsozialisten Dr. Mauczka, obwohl NSDAP-Mitglied, politisch nicht für ganz so zuverlässig gehalten zu haben<sup>40</sup> wie jenen Dr. Bertha, einen »der Hauptverantwortlichen der Vernichtung der Geisteskranken in Österreich«.<sup>41</sup>

Dr. Hans Bertha, Mitglied der NSDAP schon seit 1. März 1933, war seit 1929 wissenschaftlicher Assistent an der Universitäts-Nervenlinik in Graz gewesen, bis mit seiner Übernahme der kommissarischen Leitung dieser Klinik im Jahr 1938 eine sprunghafte Karriere einsetzte. Eine Dozentur erhielt er erst im folgenden Jahr, die er u.a. mit Vorlesungen über »Menschliche Erblehren als Grundlage der Rassenhygiene« bestritt. Im Jahr 1940 siedelte er nach Wien über, nachdem er im August zum leitenden Primararzt der dortigen Nervenanstalt Rosenhügel bestellt worden war. Da diese Anstalt aber mittlerweile als Reservelazarett verwendet wurde, hatte man Dr. Bertha zusätzlich, wie schon erwähnt, mit der kommissarischen Leitung der neurologischen Abteilung im Versorgungsheim Lainz betraut. Zu seinen weiteren Funktionen gehörten ab 1. August 1941 auch die Leitung des Referates »Fürsorge für Nerven-, Gemütskranke und Süchtige« im wegen seiner erbbiologischen Sammelaktivitäten bekannten Hauptgesundheitsamt Wien, sowie ab 1. Juni 1943 zusätzlich konsiliarärztliche Tätigkeiten in mehreren Wiener Krankenhäusern, dem Robert Koch – Krankenhaus, dem Johann Peter Frank – Krankenhaus und dem städtischen Krankenhaus Wieden.

Ab 1. Januar 1944 wurde Dr. Bertha dann »auf die Dauer der Erkrankung des städt. ärztlichen Direktors Hofrat Dr. Alfred Mauczka« zusätzlich zu seinen übrigen Dienstpflichten »mit der vertretungsweisen Versehung der Direktionsgeschäfte der Wagner von Jauregg – Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Wien« betraut, und in dieser Stellung war er dann

bis Kriegsende tätig. Zu erwähnen ist noch, daß Dr. Bertha Anfang Januar 1945 von Max de Crinis im Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung zum außerplanmäßigen Professor vorgeschlagen wurde und daß dazu ein befürwortendes Gutachten von Prof. Carl Schneider aus Heidelberg vorlag, in dem es u.a. hieß: »Dr. Bertha ist mir aus gelegentlichen Berührungen in der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten bekannt. Ich habe ihn dabei als einen überzeugten, einsatzfreudigen und aktiven Nationalsozialisten kennen gelernt, der mir seiner ganzen Persönlichkeit nach, Tatkraft, Veranlagung und Charakter einen vorzüglichen überdurchschnittlichen Eindruck gemacht hat und zweifellos förderungswürdig erscheint.« Zu seiner Nachkriegskarriere heißt es bei Michael Hubenstorf: »Mai 1945 verhaftet, zu Prosekturarbeiten am Steinhof abgestellt, 1948 in Graz vom Vorwurf der Illegalität<sup>42</sup> freigesprochen ohne Erwähnung seiner psychiatrischen Tätigkeit; 1954 a.o. Professor in Graz, supplierender Klinikchef, wenige Jahre später Klinikdirektor in Graz, 1963 Tod durch Autounfall.«<sup>43</sup>

Die Vorgänge in der Wagner von Jauregg – Heil- und Pflegeanstalt während der letzten Kriegsjahre liegen noch immer weitgehend im dunkeln. Bekannt ist, daß neben den Hamburger Pfleglingen Sammeltransporte aus anderen Anstalten, z.B. aus Bad Kreuznach und aus dem Rheinland, dort eintrafen.<sup>44</sup> Möglicherweise sind auch Kranke aus der Wiener Anstalt mit unbekanntem Ziel abtransportiert worden. Die Tochter einer Patientin, die aus Langenhorn nach Wien verlegt worden war, schrieb z. B. am 19. Februar 1945 an die Anstalt: »[...] im letzten Sommer als ich in der Nähe Salzburg war, bekam ich von Ihnen telefonischen Bescheid, daß ein großer Teil der Kranken fortgekommen ist und noch ein Teil wegkommt.«<sup>45</sup> Sicher scheint auch zu sein, daß kurz vor Kriegsende die linke Seite der Anstalt erneut zweckentfremdet genutzt wurde, und zwar als Infektions-Krankenhaus aufgrund der Bombardierung des Kaiser Franz Joseph-Spitals.<sup>46</sup> Bekannt ist auch, daß von 228 aus den Alsterdorfer Anstalten auf den Steinhof verlegten Patientinnen 196 bis Ende 1945 gestorben sind. Diese außergewöhnliche Sterberate kann, so Michael Wunder, »nur erklärt werden aus dem systematischen Verhungernlassen der Patienten, mangelnder Pflege und Behandlung sowie der gezielten Überdosierung von Medikamenten«.<sup>47</sup>

Es fällt auf, daß nach Übernahme seiner Dienstgeschäfte am Steinhof Dr. Bertha bestrebt war, seine Kontakte zum ärztlichen Leiter der Euthanasie-Zentraldienststelle, Prof. Nitsche, zu intensivieren. Nitsche hatte kurz nach jener Dienstbesprechung im August 1943 in Berlin, die die Euthanasie-Aktivitäten, welche eine Zeitlang der ärztlichen Steuerung entglitten waren, wieder mehr in psychiatrische Oberaufsicht zurückzulenken suchte, seinen Amtssitz ins Haus Schoberstein in Weißenbach am Attersee verlegt. Dorthin schrieb ihm Dr. Bertha am 9. Februar 1944 u. a.:

»Anläßlich eines Besuches zweier Herren aus Berlin erfuhr ich, daß Sie nunmehr Ihre Dienststelle an den Attersee verlegt haben. Ich möchte Ihnen nur kurz mitteilen, daß ich mit 1. Jänner 1944 die Leitung der Wagner von Jauregg – Heil- und Pflegeanstalt (vormals Steinhof) übernommen habe. Ich hätte nunmehr sehr das Bedürfnis, mit Ihnen über gewisse Probleme persönlich zu sprechen, insbesondere auch über verschiedene wissenschaftliche und vordringlich andere Fragen der Anstaltspsychiatrie und frage Sie daher, wie dies möglich wäre.« Nachdem er nach diesem möglicherweise verklausulierten Hinweis auf den Stand der Euthanasie-Aktivitäten dann sein Interesse an den Planungen zur Doppelbettenwendung und an der »Angelegenheit der Transvestiten« kundgetan hatte, schloß sein Schreiben: »Sollten Sie, sehr geehrter Herr Professor, in absehbarer Zeit einmal nach Wien kommen, so würde ich Sie höfl. bitten, mich davon zu verständigen, ansonsten würde ich Sie gern einmal an Ihrer Dienststelle aufsuchen.«<sup>48</sup>

Das letztere war dann knapp zwei Monate später der Fall, wie man den Briefen des T4-Arztes Friedrich Mennecke an seine Frau entnehmen kann. Als nämlich am 29. und 30. März 1944 im Domizil von Professor Nitsche die bekanntesten Euthanasie-Psychiater und -Verwaltungsfachleute eine Tagung abhielten, war auch Dr. Bertha dabei. Am 30. März schrieb Mennecke darüber u.a. an seine Frau: »Bericht von der Tagung: Du wirst ja die Karte vom Mi. abend mit Steinmeyers u. Faltlhausers Grüßen schon erhalten haben. Das, was er mit der ›Konsequenz‹ meint, ist nichts anderes, als unsere gemeinsame Bruderschaft mit dem traulichen ›Du‹ zwischen Faltlhauser, Steinmeyer, Ratka, Bertha [sic!] u. mir.«<sup>49</sup> Zu dieser Bruderschaft war es wohl anläßlich des unvermeidlichen Saufgelages nach dem Abendessen gekommen. »Ich habe mich jeweils längere Zeit mit Prof. Schneider, Prof. Heinze, Blankenburg, Allers etc. unterhalten.« Und einige Seiten später im Brief: »Als wir um 3<sup>h</sup> Schluß machten, herrschte ziemliches Leben im Haus Schoberstein. Draußen hatte es unentwegt neu geschneit, u. Herr Steinmeyer wälzte sich ein paar Mal im Schnee, als er dem guten ›Valto Faltlhauser‹ und mir aus den Armen glitt und in der bekannten Art ›absackte‹.«<sup>50</sup> Am nächsten Morgen aber ging es dann, zunächst ohne Steinmeyer, bei Nitsche zur Sache. Offensichtlich wurde nämlich im vertrauten Kreis über die Erfahrungen mit der Wiederaufnahme der Euthanasie-Maßnahmen durch die hier versammelten Psychiater gesprochen. Mennecke schrieb: »Nach dem Frühstück gingen wir um 9<sup>h</sup> zur eigentlichen Tagung hinauf in Prof. Nitsche's Zimmer. Dort wurde dann in dem Dir bekannten Sinne konferiert. Schon seit einer im August 1943 stattgefundenen Tagung in Bln sind bei den einzelnen Herren die besagten Maßnahmen schon durchgeführt worden, und nun berichtete jeder über seine bisherigen Erfahrungen. Das war sehr interessant und lohnenswert. Um 11<sup>h</sup> erschien auch Theo Steinmeyer auf dem

Plan. Die Konferenz endete um 11.30<sup>h</sup>. Wir empfangen dann die 2 Fl. u. bekamen unsere Gelder.«<sup>51</sup>

Diesem für das Verständnis der zweiten Phase der Euthanasie aufschlußreichen Bericht läßt sich also entnehmen, daß Dr. Bertha zum inneren Zirkel jener Psychiater gehörte, die nach den allein unter bürokratischer Regie betriebenen Patientenselektionen und -tötungen wieder die ärztliche Initiative für das Mordprogramm an sich zogen. Dabei wäre für den hier interessierenden Zusammenhang wichtig zu wissen, was er denn über die neuerlichen Euthanasie-Erfahrungen auf dem Steinhof zu berichten wußte. Es vergingen dann nur vier Monate, bis auf einer erneuten Tagung vom 3. bis 5. Juli, wohl nicht zufällig in Wien, über eine weitere Ausdehnung der Krankentötungen gesprochen wurde.<sup>52</sup> Bei dieser Gelegenheit kam es zu einer Besichtigung des Steinhof, wie Friedrich Mennecke berichtet hat: »Während wir gestern vormittag alle im Steinhof waren und die Anstalt besichtigten, erschienen gegen 11<sup>h</sup> Blankenburg und Dr. Hefelmann.«<sup>53</sup> Neben den ärztlichen Tätern beteiligten sich also auch die Verwaltungsleiter der Euthanasie-Organisation an der Konferenz. Es wird noch zu zeigen sein, daß die Abfolge der Daten, die Dr. Berthas Kooperation mit den für die Krankensterben zuständigen zentralen Dienststellen anzeigen, möglicherweise für die Interpretation der Vorgänge im Steinhof, wie sie in den Schicksalen der nach Wien verlegten Langenhorner Patientinnen zum Ausdruck kommen, von Bedeutung ist.<sup>54</sup>

Wien wurde um den 10. April 1945 von der NS-Herrschaft befreit. Die Leitung der Anstalt am Steinhof ging in andere Hände über. Einige belastete Psychiater verschwanden, z.T. kamen sie in die UdSSR, wo sie, wie z.B. der zeitweilige Leiter der Kinder-Fachabteilung Dr. Jekelius, eines natürlichen Todes starben. Einige Ärzte blieben aber auch am Steinhof. Man findet in den Krankenunterlagen etwa die Unterschriften von Dr. Kryspin-Exner und Dr. Bruha. Auch Dr. Bertha war dort noch, nachdem man ihn im Mai 1945 kurzfristig verhaftet hatte, eine Zeitlang tätig – in der Prosektur. Ermittlungsverfahren gegen Ärzte des Steinhof, soweit sie nicht die Kinder-Fachabteilung betrafen, gegen Dr. Max Thaller, Dr. Hans Bertha und Dr. Alfred Mauczka, wurden am 10. April 1948 eingestellt.

### 3. Das Schicksal der Langenhorner Patienten in Wien – Verhaltensmerkmale und Sterberaten

Einen Tag nach Ankunft der Hamburger Patientinnen auf dem Steinhof schrieb im Auftrag des Direktors Mauczka einer der Ärzte der Anstalt, Dr. Wilhelm Podhajsky, einen Brief an die Kriminalpolizeileitstelle Wien. Darin hieß es: » Am 17.8.1943 wurden mit Sonderzug von drei Anstalten für Geisteskranke und Sieche im Bereich von Hamburg 299 Frauen in hiesige Anstalt überbracht.<sup>55</sup> Unter den Pfleglingen befand sich eine gewisse Frau L. Ingeborg, ca. 60 Jahre alt, (nähere Personaldaten derzeit nicht möglich, da die Krankengeschichte noch ausständig ist) die nach Angabe des Pflegepersonals während der Fahrt zwischen den Stationen Regensburg und Passau wahrscheinlich an Herzschwäche gestorben ist. Die Tote wurde vorderhand in h.o. Prosektur untergebracht.«<sup>56</sup> Vermutlich war diese Kranke schon vor ihrem Abtransport sehr geschwächt. Denn in ihrer Krankenakte findet sich ein Eintrag vom April des Jahres, in dem zu lesen ist, daß sie eine schwere Grippe überstanden habe, sich daraufhin gar nicht erholen könne und an Körpergewicht sehr abgenommen habe.

Ähnlich erging es der 75jährigen Julia P., die erst fünf Tage vor dem Transport nach Wien in Langenhorn mit der Diagnose »Verwirrheitszustand« aufgenommen worden war. In der kurzen Krankenblatteintragung des Steinhof liest man nur noch, daß die Patientin bei der Aufnahme ruhig und sehr schwach war und daß sie am 18. August, also einen Tag nach ihrer Einlieferung, verstarb. Dr. Podhajsky teilte dies der Landesversicherungsanstalt in Hamburg mit und vermerkte, die Kranke sei an Altersschwäche gestorben.

»Ruhig, körperlich schwach« bei ihrer Aufnahme war auch die bereits erwähnte 80jährige Emilie L., die schon in Langenhorn im Sterben gelegen hatte und nun am 21. August auf dem Steinhof ihren Leiden erlag. Im übrigen kann man dem sich anschließenden und dabei zunehmend schärfer im Ton werdenden Briefwechsel zwischen der Tochter der Verstorbenen und der Anstalt entnehmen, daß die Anstalt nicht gewillt war, nachträglich den Familienwünschen Rechnung zu tragen und die Asche der Leiche nach Hamburg überführen zu lassen. Man hatte nämlich, ohne eine Antwort der Angehörigen abzuwarten, eine Beerdigung am Wiener Zentralfriedhof vornehmen lassen. Die Gleichgültigkeit der Abgabeanstalt Langenhorn gegenüber den unerwünschten alten und sie-

chen Frauen, denen man Entwurzelung und die Strapazen einer langen Reise zumutete, führte also in einigen Fällen schon sehr schnell zum Tod. Und warum sollte die Zielanstalt mit den Neuankömmlingen aus dem weit entfernten Hamburg besser verfahren oder gar den Gefühlen von Angehörigen Rechnung tragen?

Bei ihrer Ankunft in der Wiener Anstalt wurden die Langenhorner Patientinnen, wie sich anhand der Krankenakten rekonstruieren läßt, auf mindestens sieben Pavillons verteilt, nämlich auf das eigentliche Aufnahmehaus 2 sowie auf die Häuser 4b, 10, 19, 20, 21 und 24. Die pflegeaufwendigen Frauen scheinen vor allem in die Häuser 19 und 21 gekommen zu sein, weniger pflegeaufwendige, z. T. auch arbeitsfähige Patientinnen befanden sich eher in den Häusern 4b und 20. Für diese auf der rechten Seite der Anstalt gelegenen Pavillons findet man öfter den Eintrag »Heil-Anstalt« oder »MPA«, was sich als Männer-Pflege-Anstalt entschlüsseln läßt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren für die genannten Häuser vor allem drei Ärzte zuständig: Dr. Wunderer für die Pavillons 2 und 10 (hier liest man öfter auch die Unterschrift eines Dr. Dombrowsky), Dr. Umlauf für die Pavillons 4b und 20 sowie Dr. Nadeschka Gilnreiner für die Pavillons 19, 21 und 24.

Immer wieder wurden die Patientinnen, sowohl gleich nach ihrer Ankunft beim erstmaligen Aufnahmegespräch, wie auch bei späteren Weiterverlegungen in andere Häuser, mit Fragen nach den politischen Zeitumständen traktiert. Man findet solche Art Examen, wie Dr. Gilnreiner dies nannte, z. B. bei der Erstaufnahme der 83jährigen und bombengeschädigten Patientin Marie Sch., wo Dr. Wunderer über ihren Wissensstand notierte: »Krieg seit ein paar Jahren, leider, wenn er nur schon vorbei wäre. Kriegsgegner: Frankreich, Amerikaner, die sind ja auch dazu gekommen.« Mit Rechenaufgaben prüfte der Arzt dann auch noch die Intelligenz der Kranken. Als Marie Sch. im Juni des folgenden Jahres in einen anderen Pavillon verlegt wurde, folgte dieselbe Prozedur, durchgeführt diesmal von Frau Dr. Gilnreiner: »Krieg? ja. – Mit wem? Mit mehrere. – Regierung? Adolf Hitler.« Keine dieser oft sehr alten Patientinnen blieb von solchen politischen Befragungen verschont, ob es sich um die 86jährige Klara B. handelte (»7 mal 8 +; Regierung? unsere Vorgesetzten zu Berlin.«), um die 81jährige Emma M. (»Krieg oder Frieden? Ach so, natürlich Frieden, wollen immer hoffen, daß es so bleibt. Hitler? Wie ich ihn nun nennen soll, weiß ich gar nicht.«) oder die 79jährige Wilhelmine H. (»Jetzt hätten wir Krieg, Gegner unbekannt, ebenso Währung und Regierung.«). Noch 1945 drehten sich die Arzt-Patienten-Gespräche um derartige Fragen, so etwa bei der altersdementen Wilhelmine R., über die Dr. Wunderer am 19. Januar notierte: »Die Besprechung der Patientin wird durch deren hochgradige Schwerhörigkeit stark erschwert, desgleichen durch eine weitgehende Herabsetzung ihrer Auffassungskraft. Ganz

einfache Fragen, wie z.B. die: Wer jetzt regiere, werden von der Patientin erst nach mehrmaliger Wiederholung begriffen.«

Daß die Ärzte sich bei solcher Art Ausforschung als Vertreter der herrschenden Weltanschauung verstanden, wird zuweilen aus dem Tonfall ihrer Niederschriften erkennbar. Das klingt etwa an in der Eintragung Dr. Dombrowskys bei der Patientin Irmgard M.: »Ob wir jetzt Krieg oder Frieden haben? Pat. antwortet nur ganz kurz und unsicher: Krieg. Unsere Feinde kann sie nicht nennen.« Zynisch vermerkte Dr. Wunderer über das Aufnahmegespräch mit Wilhelmine F.: »Über die Weltgeschichte denke sie viel nach, denn wozu ist diese schließlich da. Als man sie nach dem Resultat ihrer Denkarbeit fragt, bekommt man keine Antwort. Über die Jetztzeit nicht orientiert, weiß nur, daß Krieg ist, gegen wen und die letzten Ereignisse aber unbekannt.« Darüber hinaus ist festzuhalten, daß die so ermittelten Wissenslücken, die sich durch hohes Alter bzw. langjährigen Anstaltsaufenthalt häufig von selbst erklären dürften, vielleicht nicht ohne Bedeutung für das weitere Schicksal mancher Patientin gewesen sind. Über eine Reihe von ihnen wurden nämlich auch in Wien noch jene Meldebögen ausgefüllt, die Entscheidungsgrundlage für die Tötung waren. Bei der schon genannten Irmgard W. ist dort in der Kategorie »Hauptsymptome« u.a. eingetragen: »Über die letzten Zeitgeschehnisse schlecht informiert.« Mangelnde Kenntnis des politischen Gegners wird also zu einem Euthanasie-verdächtigem Krankheitssymptom.

Man muß davon ausgehen, daß die Hamburger Patientinnen in Wien als Belastung empfunden wurden und daß die daraus resultierende Ablehnung ihre Pflegesituation zusätzlich zu den kriegsbedingten Restriktionen negativ beeinflußt hat. Jedenfalls wird man wohl die Schilderung von Frieda F., einem behinderten Mädchen aus Alsterdorf, über die Situation im Pavillon 21 auch auf die Langenhorner Patientinnen übertragen können. Sie schrieb aus Wien an ihre ehemalige Pflegerin Schwester Alwine Wagener u.a.: »Als wir abends in Wien angekommen sind, sind wir denselben Abend verteilt worden. Wir sind nach Haus 21 gekommen, wo Du uns den anderen Morgen gefunden hast. Da liegen wir noch heute. Wir sind sehr unfreundlich empfangen worden. Wir sind auf Erde gelegt. Die Erde war sehr unrein. Die Schwestern haben unser Zeug von unserem Leib gerissen und am anderen Morgen sind unsere Haare auch abgekammen [...]. Die Schwestern haben die erste Zeit so sehr auf uns Hamburger geschimpft. Wir sollen wieder hin, wo wir hergekommen sind usw. Daß die Hamburger uns sowas schicken, daß wir alle noch leben [...]. Wir werden jetzt so lieblos behandelt, wir kennen keine Liebe mehr.« Sie beschrieb dann weiter die untragbaren hygienischen Bedingungen und klagte über das für die zur Arbeit gezwungenen Mädchen kärgliche Essen: »Wir bekommen nur eine Schnitte trockenes Brot, und mittags bekommen wir wenig zu essen, und nachmittags bekommen wir auch so wie

morgens. Und abends bekommen wir etwas Warmes, aber nur ganz wenig. Wir möchten uns mal wieder sattessen. Wir nehmen jetzt sehr ab.«<sup>57</sup>

Aber auch angesichts derartiger Pflegebedingungen bleibt erklärungsbedürftig, warum von den 69 Langenhorner Patientinnen, deren weiteres Schicksal im Steinhof sich anhand vorliegender Krankenblattunterlagen ermitteln ließ, 61 bis zum Ende des Jahres 1945 verstorben sind. Vier Frauen wurden aus noch zu schildernden Gründen entlassen, nur vier überlebten das Jahr 1945 innerhalb der Anstalt. Die durchschnittliche Überlebensdauer der 61 im Steinhof verstorbenen Frauen betrug nur 13,5 Monate, also etwas über ein Jahr. Noch in den verbleibenden Monaten des Jahres 1943 starben elf Frauen, im darauffolgenden Jahr waren es 24 und 1945 26 Patientinnen.

Um die außergewöhnliche Sterberate von 88,4 % zu erklären, wird man zunächst davon ausgehen können, daß die teilweise ohnehin schon geschwächten und siechen Patientinnen – immerhin waren ja zwölf Frauen zwischen 70 und 79 und fünf sogar über 80 Jahre alt – angesichts mangelhafter Pflege, schlechter Ernährung und weitgehender Isolierung von verwandtschaftlichen Bindungen schnell körperlich weiter verfallen sind. In der Tat belegt auch die statistische Analyse einen gewissen Zusammenhang zwischen dem Alter der Patientinnen und ihrer Überlebensdauer im Steinhof.<sup>58</sup> Aber schon ein oberflächlicher Blick in die Daten zeigt auffällige Abweichungen von der Altershypothese, so z. B. die, daß auch relativ junge Patientinnen überraschend schnell gestorben sind.

Die Frage war folglich, ob sich Faktoren finden lassen, die die unterschiedliche Überlebensdauer der Langenhorner Frauen in Wien besser erklären können. In einem ersten Analyseschritt wurde deshalb der Versuch unternommen, nach bestimmten Merkmalen sich unterscheidende Untergruppen von Patientinnen zu bilden. Dabei sollten diese Merkmale erkennbare Vorkommnisse auf dem Steinhof in einer gewissen chronologischen Abfolge abbilden. Für diese gezieltere Datenanalyse war es daher naheliegend, die Tatsache, daß im Jahr 1944 eine nicht unbeträchtliche Gruppe von Patientinnen von der Meldebogen-Aktion erfaßt wurde, sowie den Umstand, daß im Jahr 1945, insbesondere noch nach Kriegsende, eine ebenfalls große Gruppe starb, heuristisch zum Ausgangspunkt einer Typenkonstruktion zu nehmen. Die genannten Gruppen lassen nämlich schon *prima facie* die Vermutung aufkommen, daß für das Sterben auf dem Steinhof nach weiteren Gründen gesucht werden muß.

Dabei ergab sich folgende Typologie:

- Gruppe 1: Patientinnen, die bis Ende 1944 gestorben sind, ohne die »Meldebogen«-Patientinnen.
- Gruppe 2: Patientinnen, für die ein Meldebogen ausgefüllt wurde und die gestorben sind.



## *Der Transport nach Wien*

Gruppe 3: Patientinnen, die 1945 starben, ohne die »Meldebogen« – Patientinnen.

Gruppe 4: Überlebende bzw. entlassene Patientinnen.<sup>59</sup>

Ich gebe einige Daten zu diesen Gruppen:

Gruppe 1: 23 Personen. Sterbedaten vom 17.8.1943 bis zum 9.10.1944. 11 Personen starben noch 1943, 12 1944.

Gruppe 2: 19 Personen. Sterbedaten vom 24.6.1944 bis zum 15.3.1945.

Gruppe 3: 19 Personen. Sterbedaten vom 1.1.1945 bis zum 3.12.1945.

Gruppe 4: 8 Personen. 4 wurden entlassen, 4 überlebten im Steinhof.

Wenn man nun die so konstruierte Typologie nach der Altersverteilung der ihr zugeordneten Patientinnen befragt, so kann man den Durchschnittswerten das nicht überraschende Ergebnis entnehmen, daß das Alter der Frauen von der ersten bis zur vierten Gruppe abnimmt. Die Durchschnittswerte zum Zeitpunkt der Ankunft in Wien sind:

Gruppe 1: 64,6 Jahre.

Gruppe 2: 63,7 Jahre.

Gruppe 3: 53,4 Jahre.

Gruppe 4: 45,3 Jahre.

Auffällig ist hierbei allerdings, daß sich zwischen der Gruppe der früher verstorbenen Patientinnen und derjenigen der durch einen Meldebogen erfaßten Frauen kaum ein Unterschied beim Altersdurchschnitt zeigt, und darüber hinaus kann man den Daten die wichtige Tatsache entnehmen, daß die Altersverteilung innerhalb der Gruppen stark streut. So findet man z.B. in Gruppe 1 drei Frauen von etwa 40 Jahren, von denen die eine schon am 3. September 1943 starb, die beiden weiteren starben im März und April 1944. Dies zeigt also, daß im Einzelfall relativ junge Patientinnen relativ früh, aber auch relativ alte Patientinnen relativ spät sterben konnten. Handelt es sich hier um bloße empirische Kontingenzen, oder gibt es einen Faktor, der zwar die Tatsache des relativ hohen Durchschnittsalters der Frauen berücksichtigt, darüber hinaus aber auch die abweichenden Fälle bei der Überlebensdauer erfaßt?

In Analogie zu den Überlegungen bei der Analyse des Königsutter-Transports vom 14. August 1941<sup>60</sup> habe ich deshalb auch hier einen Verhaltensindex konstruiert. Vom früheren Index unterscheidet er sich aufgrund der geänderten Voraussetzungen bei den wesentlich älteren Frauen nur darin, daß sich jetzt zwischen »mechanischer« und »produktiver« Arbeit nicht trennen läßt. Wenn diese Frauen gearbeitet haben, dann fand sich fast immer vermerkt, daß sie in der Nähstube beschäftigt waren. Relativ gut unterscheiden ließ sich anhand der Krankenblatt-Eintragungen allerdings die Gruppe der pflegeaufwendigen und unruhigen Personen (»muß in allem besorgt werden«, »oft gereizt, widerstrebend« etc.) von

denjenigen Patientinnen, die offensichtlich einen relativ geringen Pflegeaufwand erforderten (»ruhig«, »rein«, »verträglich«, »pflegt sich selbst«). Da der Zeitpunkt der Meldebogen-Selektion berücksichtigt werden sollte, wurde für Beschäftigung und Pflegeaufwand bei denjenigen Patientinnen, die nicht zuvor schon verstorben waren, soweit möglich ein Eintrag zwischen Februar und April 1944 erhoben. So ergab sich folgende Verteilung des Verhaltensindex:

- Typ I : pflegeaufwendig, störend; 43 Personen (62,3 %).<sup>61</sup>
- Typ II : wenig Pflegeaufwand, keine Beschäftigung; 14 Personen (20,3 %).
- Typ III: wenig Pflegeaufwand, Beschäftigung; 12 Personen (17,4 %).

Zu erkennen ist, daß der Anteil der pflegeaufwendigen Personen mit über 60 % deutlich höher lag als bei den Patienten des Königslutter-Transports, wo er kaum mehr als 25 % betrug. Dies unterstreicht zunächst erneut, daß schon aufgrund des wesentlich höheren Alters bei den nach Wien verlegten Frauen auch ihre Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit größer war.<sup>62</sup>

Darüber hinaus kann man eine Tabelle konstruieren, die den Zusammenhang zwischen den genannten Patientengruppen und dem Verhaltensindex wiedergibt (vgl. Tabelle 7). Man erkennt, daß zwischen pflegeaufwendigem bzw. störendem Verhalten und den spezifischen Patientengruppen eine auffällige Beziehung besteht. Zusätzlich zeigt sich, daß sich die Verteilung der Verhaltensmerkmale zwischen der ersten und zweiten Gruppe kaum unterscheidet. 39 von 42 Personen, also über 90 %, erfordern hier intensivere Pflege oder sind lästig. Weiter sieht man, daß sich die Verhaltensmerkmale der 1945 verstorbenen Frauen weitaus häufiger durch einen geringen Pflegeaufwand und häufiger durch einen höheren Beschäftigungsanteil auszeichnen. Letzterer wird noch größer bei den überlebenden Patientinnen. Eine pflegeaufwendige Person findet sich in dieser Gruppe überhaupt nicht.

*Tabelle 7: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Patientengruppen Transport nach Wien vom 16.8.1943*

Verhaltensindex	Patientengruppen				Gesamt
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	
pflegeaufwendig/ störend	21	18	4		43 (62,3%)
wenig Pflege/ keine Beschäftigung	1	1	9	3	14 (20,3%)
wenig Pflege/ beschäftigt	1		6	5	12 (17,4%)
Gesamt	23 (33,3 %)	19 (27,5 %)	19 (27,5 %)	8 (11,6%)	69 (100 %)

Über dieses Ergebnis hinaus kann man nun versuchen, den in die Gruppenkonstruktion indirekt eingebauten zeitlichen Faktor zu explizieren. Man kehrt auf diese Weise zu der Ausgangsfragestellung zurück, welche Besonderheiten möglicherweise in einem engeren Zusammenhang mit der Überlebensdauer stehen als das Alter der Patientinnen. So läßt sich statt der Einteilung in Untergruppen eine solche in Sterbezeitabschnitte vorschlagen. Dabei war es für das Ergebnis der Analyse relativ gleichgültig, ob man in die Festlegung der Zeitabschnitte ereignisgeschichtliche Überlegungen einfließen ließ (z.B. den Zeitraum der Meldebogen-Erfassung bzw. das Kriegsende in Österreich) oder die Überlebensdauer nach rein formalen Kriterien (Zeitabschnitte von ca. zehn Monaten) einteilte.

Der Zusammenhang zwischen dem Verhaltensindex der Patientinnen und ihrer Überlebensdauer bildet sich im ersteren Fall, der also die Gruppeneinteilung eher widerspiegelt, wie folgt ab (vgl. Tabelle 8).

*Tabelle 8: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer (nach ereignisgeschichtlichen Kriterien)*

Verhaltensindex	Überlebensdauer			Überlebt/ Entlassen	Gesamt
	16.8.43 31.5.44	1.6.44 31.3.45	1.4.45 31.12.45		
pflgeaufwendig/ störend	21	18	4		43
wenig Pflege/ keine Beschäftigung	1	2	8	3	14
wenig Pflege/ beschäftigt		2	5	5	12
Gesamt	22 (31,9%)	22 (31,9%)	17 (24,6%)	8 (11,6%)	69 (100%)

Bei rein formaler Einteilung der Sterbezeitabschnitte ergibt sich ein kaum veränderter Zusammenhang (vgl. Tabelle 9).

Deutlich wird, daß sowohl die nach bestimmten Gemeinsamkeiten gebildeten Untergruppen von Patientinnen wie auch die Verteilung ihrer Überlebensdauer sehr eng mit ihrem Verhalten in den Dimensionen Pflege und Beschäftigung kovariieren. Damit aber wird nun auch ein Vergleich mit der Altershypothese möglich, der Überlegung also, daß das frühe und häufige Sterben der Patientinnen auf ihr relativ hohes Alter zurückzuführen ist. Es zeigt sich dabei, daß mit dem Verhaltensindex ein Faktor gefunden ist, der offensichtlich in einem engeren Zusammenhang

Tabelle 9: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer (kompriert nach formalen Kriterien)

Verhaltensindex	Überlebensdauer				Gesamt
	bis 10 Monate	über 10 bis 20 Monate	über 20 bis 28 Monate	Über- lebt/ Entlassen	
pflegeaufwendig/ störend	21	19	3		43
wenig Pflege/ keine Beschäf- tigung	1	2	8	3	14
wenig Pflege/- beschäftigt		3	4	5	12
Gesamt	22 (31,9 %)	24 (34,8 %)	15 (21,7 %)	8 (11,6 %)	69 (100 %)

mit der Überlebensdauer steht als das Alter. So gibt es unter den früh gestorbenen Patientinnen nur eine einzige, die nicht pflegeaufwendig war. Das Alter streut dagegen in dieser Gruppe breiter.

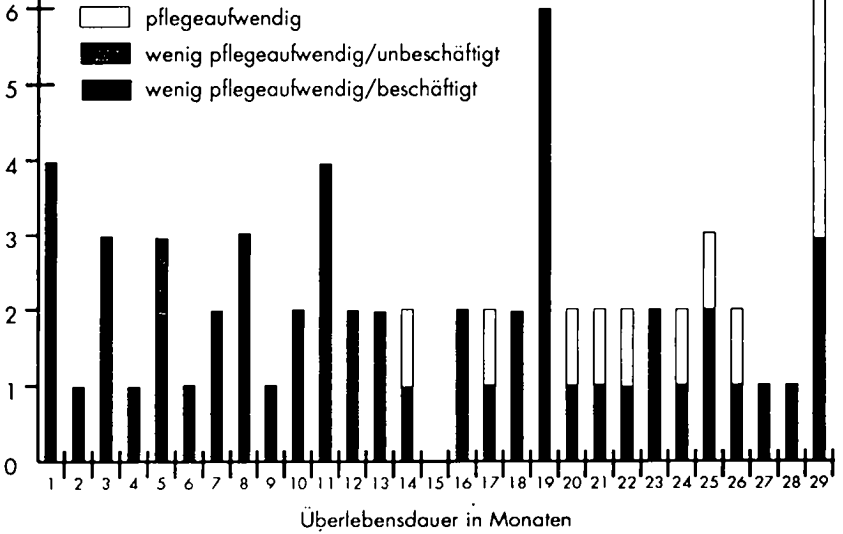
Man kann sich dieses Ergebnis auch klarmachen, wenn man es graphisch wiederzugeben versucht. Verknüpft man nämlich die Überlebensdauer zum einen mit den Verhaltensauffälligkeiten der Patientinnen (Graphik 1), zum anderen mit ihrem Lebensalter (Graphik 2), so wird der vergleichsweise weitaus stärkere Zusammenhang zwischen Verhalten und Überlebensdauer der Kranken in Wien augenfällig. Da aber kein plausibler Grund erkennbar ist, warum stärkere Verhaltensauffälligkeiten schneller zum Tod führen sollten, wird der Schluß erlaubt sein, daß der Zeitpunkt des Todes mit den Reaktionen der Anstalt auf höheren Pflegeaufwand bzw. störendes Benehmen – auf negativ bewertetes Patientenverhalten also – zusammenhängt.

Allerdings wird die Analyse dadurch erschwert, daß die ermittelte Dimension des Patientenverhaltens sowohl altersabhängige Pflegeaufwendigkeiten wie auch altersunabhängige Auffälligkeiten, z.B. unruhiges Benehmen, umfassen kann. Es ist aber schon viel gewonnen mit der Feststellung, daß die Überlebensdauer eben nicht allein, und häufig gerade überhaupt nicht, durch körperliche Abbauprozesse der Kranken zu erklären ist, daß sie vielmehr von einer sozialen Komponente abhängt, die in einer selektiven Interaktion zwischen Patientenverhalten und Anstaltsreaktion besteht. Die Alterskomponente kann diese soziale Determinante leicht verbergen.

# Der Transport nach Wien

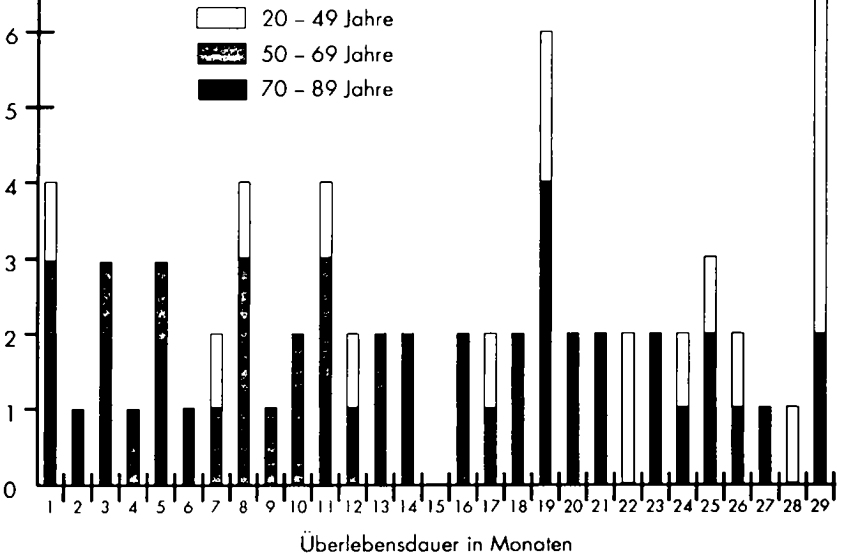
Anzahl (n=69)

*Graphik 1: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer in Wien. Transport 16.8.1943*



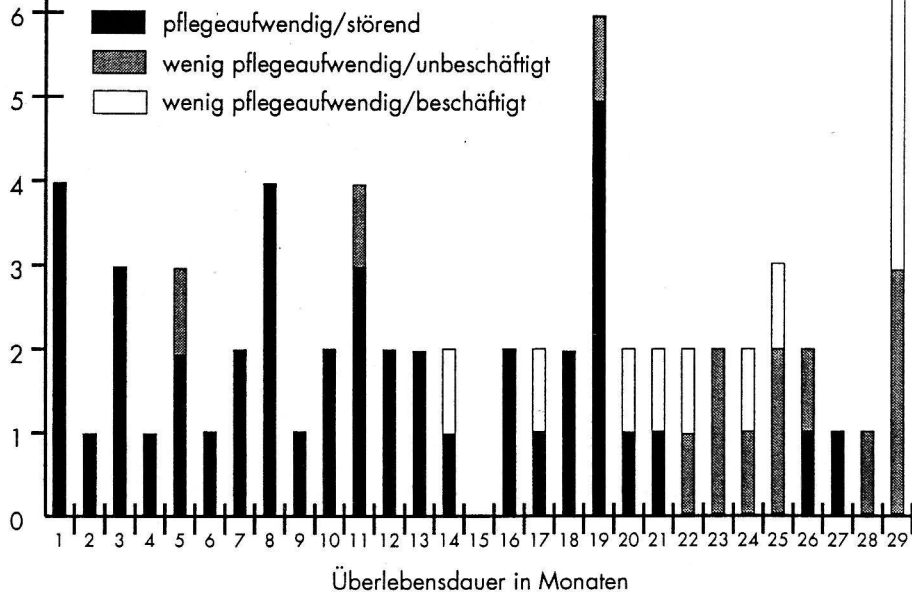
Anzahl (n=69)

*Graphik 2: Alter bei Ankunft in Wien und Überlebensdauer. Transport 16.8.1943*



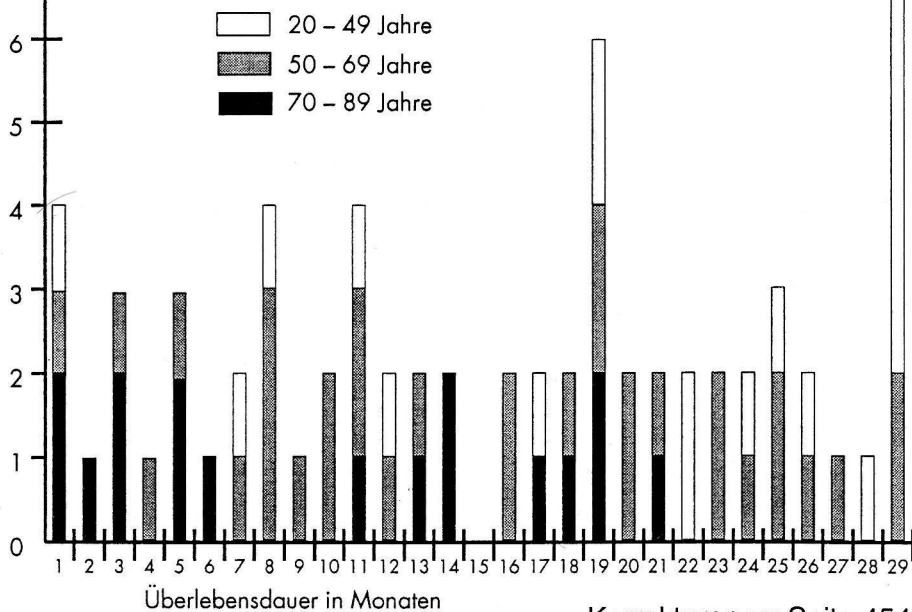
Anzahl (n=69)

Graphik 1: Pflegeaufwand/Beschäftigung und Überlebensdauer in Wien. Transport 16.8.1943



Anzahl (n=69)

Graphik 2: Alter bei Ankunft in Wien und Überlebensdauer. Transport 16.8.1943



Auf den ersten Blick scheint die Annahme trivial, daß Alterserkrankungen, Siechtum und ein geschwächter Allgemeinzustand bei einem Teil der Patientinnen die Überlebenschancen herabsetzten. Aber schon hier wird man beachten müssen, daß die Strapazen des langen Transportweges, die rigiden Verhältnisse im Steinhof und der Verlust sozialer Bindungen, denkt man etwa an die noch während der Zugfahrt oder wenige Tage danach gestorbenen Patientinnen, in kaum meßbarer Weise verschärfend gewirkt haben. Wenn sogar eine Kranke verlegt wurde, die in Langenhorn schon auf dem Sterbebett gelegen hatte, so wird man schließen müssen, daß schon die Hamburger Anstalt ihren beschleunigten Tod zumindest wissentlich riskierte, wenn nicht bewußt herbeiführte. Man kann, so wird hier deutlich, auch durch bloße administrative Maßnahmen töten. Die Analyse von Daten kann in solchen Fällen wohl nur bis an die Grenze führen, wo das Unterlassen von Hilfe in einen Tötungswillen umschlägt.

Daß die Patientinnen in geschwächtem körperlichen Allgemeinzustand in Wien eintrafen, läßt sich mittels eines weiteren Indikators erschließen. Denn den Krankenakten ist sowohl das Anfangsgewicht wie zumeist auch die Gewichtsveränderung während ihres Aufenthalts im Steinhof zu entnehmen. Dabei zeigt sich, daß das durchschnittliche Anfangsgewicht knapp 46 kg betrug bei einer Spannweite von extrem niedrigen 29,5 kg bis zum Höchstwert von 69,5 kg. Wie man in Tabelle 10 erkennt, wogen immerhin 16 Patientinnen unter 40 kg bei ihrer Aufnahme im Steinhof.

*Tabelle 10: Anfangsgewicht der Langenhorner Patientinnen auf dem Steinhof*

unter 30 kg	1
30 bis unter 40 kg	15
40 bis unter 50 kg	29
50 bis unter 60 kg	20
60 und mehr kg	3
	68*

\* für eine Person unbekannt, da während der Zugfahrt verstorben.

Die Tatsache der körperlichen Schwäche, die öfter auch in den Protokollen der Gespräche bei der Erstaufnahme notiert ist, wurde von den Wiener Ärzten besonders bei früh verstorbenen Patientinnen als Todesursache gegenüber den Angehörigen miterwähnt. So schrieb Dr. Mauczka der Schwester der schon Ende September 1943 verstorbenen Ida W. u.a.: »Sie war schon bei der Übernahme sehr schlecht beisammen(Körpergewicht 35 kg) und ist am 27. September an Altersschwäche ruhig verschieden.« Deutlich wird aus den bisher herausgearbeiteten Beziehungen zwischen

Patientenmerkmalen und Milieufaktoren aber auch, daß reduzierte körperliche Bedingungen sowie die zitierten Rigiditäten der Pflege zur Erklärung von Sterberate und Überlebensdauer allein nicht ausreichen. Eine Reihe von Todesfällen fügen sich diesem Schema nicht, so daß man sich fragt, ob es nicht insgesamt zu kurz greift. Dazu ein Beispiel: In der Gruppe der früh verstorbenen Patientinnen (Gruppe 1) befanden sich drei Frauen von nur ungefähr vierzig Jahren, zwei weitere waren etwa fünfzig. Sie waren also nicht alterskrank. Aus der Logik der bisherigen Argumentation ergibt sich aber schon, daß sie wohl pflegeaufwendig gewesen sein müssen. Tatsächlich handelte es sich um unruhige Patientinnen, die aus diesem Grund in den Pavillon 24 kamen. Bis auf die 41jährige Elisabeth M., die infolge einer Epidemie während des Ersten Weltkriegs (Econo-mo-Krankheit) an Parkinsonismus erkrankt war und in Wien schon am 3. September 1943 starb, zogen sich die Frauen in diesem Haus eine schwere Darmerkrankung zu, und sie sind offensichtlich aufgrund der so herbeigeführten Schwächung, teilweise verbunden mit nachfolgender Lungentuberkulose, verstorben. So wurde etwa die 1905 geborene Hertha P. in Pavillon 24 eingewiesen, weil sie unruhig war, Wäsche zerriß etc. Man legte ihr eine »Schutzjacke« an. Ihr Gewicht sank infolge von Durchfällen schon bis zum Dezember des Jahres von 39 auf 33 kg. Als sie Anfang 1944 in den Pavillon 21 verlegt wurde, nahmen die Durchfälle erneut zu. Am 8. April starb sie, inzwischen in Pavillon 19 weiterverlegt, an »Pneumonie« und »Enterocolitis«.

Dr. Bertha nahm, wie häufig bei 1944 verstorbenen Patientinnen, die Obduktion vor. Die zuvor erfolgte bakteriologische Untersuchung ergab kein Wachstum pathologischer Keime. Der Mutter teilte Dr. Bertha am 26. April mit, »daß Ihre Tochter anfang dieses Monats an Fieber, Mattigkeit und Appetitlosigkeit erkrankte, jedoch keine Lebensgefahr bestand. Am 7. d. M. stellte sich hohes Fieber ein und bereits am nächsten Tag starb die Patientin wider Erwarten. Da alles so rasch vor sich gegangen ist, war es nicht möglich, Sie rechtzeitig von der Verschlechterung des körperlichen Befindens zu verständigen.« So rasch allerdings war nach den Krankenblattunterlagen die Erkrankung nicht vor sich gegangen. Durchfälle hatte Hertha P. schon im Oktober und November des Vorjahres, und dann wieder ab Anfang März 1944. Auch die Zeitangaben zum Verlauf des Fiebers sind nicht korrekt. Wie man der beiliegenden Kurve entnehmen kann, bestanden erhöhte Temperaturen von rund 39° eher am 4. und 5. April, am angegebenen Datum des 7. April betrug die Temperatur nur noch 37,9°. Zu fragen ist, warum Dr. Bertha die Unwahrheit mitteilte. Sein Schreiben war übrigens die Antwort auf eine Anfrage der Mutter nach der Todesursache. Darin hatte sie, wie schon erwähnt, verwundert bemerkt, daß ihre Tochter »sonst immer so gesund außer der Nervensache« gewesen sei.



Körperlicher Verfall bestand also durchaus nicht bei allen Patientinnen schon zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in Wien, bei einer Reihe stellte er sich erst im Steinhof ein, u.a. durch schwere Darmerkrankungen, die sich die »unruhigen« und pflegeaufwendigen jüngeren Patientinnen in einem bestimmten Haus zuzogen. So geschah es z.B. auch der »ungeordneten« 39jährigen Hildegard T., deren Gewicht ebenfalls schon bis Dezember 1943 um 6 kg gesunken war. Sie erkrankte in Pavillon 24 an Durchfall und starb im März 1944 in Pavillon 19 an »Pneumonie« und »Enterocolitis«.

Durch solche Beispiele wird allmählich deutlicher, warum sich die Dauer des Überlebens der Hamburger Kranken besser durch deren Pflegeaufwand als durch Altersfaktoren erklären läßt, auch wenn es zwischen beiden Dimensionen immer wieder Verknüpfungen gibt. Für eine noch treffsichere Erklärung müßte allerdings mehr über die Vorgänge im Steinhof bekannt sein, etwa auch über die hygienischen Bedingungen, um die Faktoren des Unterlassens oder aktiven Eingreifens von ärztlicher und pflegerischer Seite genauer abschätzen zu können. Immerhin läßt sich auf der Basis der vorliegenden Dokumente neben der statistischen Analyse ergänzend die Untersuchung von Einzelfällen heranziehen.

Mehr bekannt sein müßte auch über eventuelle Veränderungen in der Anstalt, die mit der Übernahme der Direktionsgeschäfte durch Dr. Bertha ausgelöst wurden, über die Zustände und Vorkommnisse in einzelnen Häusern, über die Gründe von Patientenverlegungen innerhalb der Anstalt. Es fällt z.B. auf, daß die Langenhorner Frauen nicht nur auf verschiedene Häuser verteilt wurden, sondern daß sie auch oft und z.T. mehrfach von Pavillon zu Pavillon weiterverlegt wurden. Regelmäßigkeiten erkennt man nur undeutlich. So wurde z.B. Anfang 1944 eine Reihe von Patientinnen, insbesondere um den 9. März, in die Häuser der »linken« Krankenseite, also 19 und 21, verlegt. Auch wenn Haus 19 als Infektionsabteilung bezeichnet wird, die Motive für die Einweisung dorthin also klar sein müßten, läßt sich nachweisen, daß mehrfach Kranke auch ohne Anzeichen von Infektionen in dieses Haus kamen.

Manchmal glaubt man, externe Faktoren als Gründe für die Verlegungen innerhalb der Anstalt erkennen zu können. So scheinen solche Umquartierungen auch mit sich ankündigenden oder stattfindenden Besuchskontakten in Zusammenhang gestanden zu haben. Als die Tochter der Patientin Anna K. wegen eines Besuches anfragte, wurde die Kranke von Haus 2 in Haus 4b verlegt. Wilhelmine M., die übrigens das Jahr 1945 überleben sollte, war zunächst in Pavillon 21 untergebracht. Als sie Besuch von ihren Schwestern erhielt, befand sie sich plötzlich in Pavillon U. Weiter fällt auf, daß sich die interne Patientenbewegung Anfang 1945 wieder umkehrte, d.h. eine Reihe von Frauen wurde jetzt ohne ersichtliche Veränderung des Krankheitsbildes von der »linken« auf die »rechte«

## Der Transport nach Wien

Anstaltsseite verlegt, etwa in die Häuser 18 und 24. Ob dieser Vorgang mit der Übernahme der Infektionsabteilung des Kaiser-Franz-Joseph-Spitals auf dem Steinhof zusammenhing, läßt sich nur vermuten.

Bleibt die Vielzahl von Umquartierungen, denen die Hamburger Patientinnen auf dem Steinhof innerhalb ihres zumeist nur kurzen Lebensabschnitts, der ihnen dort noch verblieben war, auch verwirrend, so starben doch fast alle verlegten Frauen in nur zwei Häusern: nämlich 22 in Haus 19, 20 in Haus 21. Von den 45 von Verlegungen betroffenen Patientinnen starben nur zwei in Haus 24, eine in Haus 14 (vgl. Tabelle 11).<sup>63</sup>

*Tabelle 11: Verteilung der Sterbefälle auf die verschiedenen Pavillons der Anstalt Am Steinhof*

1. innerhalb des Steinhof nicht verlegte Patientinnen		
	Sterbefälle	Pavillons
	8	24
	3	4b
	3	19
	1	21
	Gesamt 15 *	
2. innerhalb des Steinhof verlegte Patientinnen		
	Sterbefälle	Pavillons
	22	19
	20	21
	2	24
	1	14
	Gesamt 45	

\* zuzüglich eine Patientin, die während des Transports nach Wien starb.

Es handelte sich offenbar um besondere Bedingungen, die bei vier Patientinnen zu Entlassungen führten. In zwei Fällen, die sich auf die Intervention von Verwandten zurückführen lassen, fanden sie noch 1943 statt. Bei der erst am 1. August 1943 in Langenhorn eingelieferten Hertha H. hatte Dr. Knigge die von der einweisenden Rettungsstelle gestellte Diagnose »Schizophrenie« übernommen, obwohl anlässlich eines kurzzeitigen früheren Aufenthalts in der Nervenlinik der Hamburger Universität deren Direktor Bürger-Prinz diese Diagnose bezweifelt hatte. In Wien war die Patientin denn auch »vollkommen geordnet und orientiert«. Offensichtlich hatte sie das Glück, daß ihre Tochter sehr schnell auf dem Steinhof intervenierte. Diese konnte ihre Mutter am 11. September »als geheilt entlassen« übernehmen und nach Hamburg zurückbringen. Sehr schnell

scheint auch der Bruder von Emilie H. den Steinhof aufgesucht zu haben. Die wegen eines Bombenschadens noch in die Ansharhöhe eingelieferte Patientin wurde am 1. Oktober aus der Wiener Anstalt entlassen, nachdem der Bruder für sie eine Pflegestelle in Süddeutschland nachgewiesen hatte.

Die beiden weiteren Entlassungen erfolgten in der ersten Hälfte des Jahres 1944. Eine medikamentenabhängige Hilfsschwester, in Wien »freundlich, verträglich« und mit Näharbeiten beschäftigt, konnte am 11. Februar nach Hamburg zurückkehren, um dort »dem Arbeitseinsatz zugeführt« zu werden. Eine weitere, erst 32jährige Patientin, die vor ihrer Einweisung nach Langenhorn eine längere Heimkarriere hinter sich hatte, wurde auf dem Steinhof mehrfach in Ärztehaushalten beschäftigt, zuletzt bei der für Obduktionen neben Dr. Bertha zuständigen Frau Dr. Uiberrak. Diese Tätigkeit wurde sogar in ihrem Wiener Meldebogen positiv vermerkt.<sup>64</sup> Am 2. Juni als nicht mehr anstaltsbedürftig entlassen, scheint sie kurz darauf Beschäftigung in Rickling gefunden zu haben. Ihre Hamburger Amtsvormünderin Käthe Petersen ließ dies nicht ruhen. Deshalb schrieb sie am 7. August des Jahres nach Wien u.a.: »[...] ich erfahre erst jetzt, daß F. sich zurzeit als Hausangestellte im Ausweichkrankenhaus Rickling befindet [...]. Sie gibt nun an, daß sie dort ordnungsgemäß entlassen und durch das Arbeitsamt auf ihren Wunsch in die Nähe Hamburgs vermittelt worden ist. Diese Angaben meines Mündels scheinen mir unglaublich, da bei einer ordnungsgemäßen Entlassung doch bestimmt vorher bei mir als Vormund angefragt worden wäre. Ich nehme daher an, daß mein Mündel aus der dortigen Anstalt entwichen ist und bitte um umgehende Nachricht, ob diese Annahme zutrifft. Ich würde F. dann auch durch die Polizei erneut in einer Hamburger Anstalt unterbringen lassen.« Es ist nicht bekannt, ob Frau Petersen in der angekündigten Weise vorgegangen ist, auf die Wiener Antwort hätte sie sich jedenfalls nicht stützen können. Denn die bestätigte die Auskunft der Patientin und teilte mit, »daß Frau F. [...] als nicht mehr anstaltsbedürftig von hier entlassen wurde, nachdem sie sich in den letzten Monaten arbeitswillig gezeigt hatte«.

Außer für diese Patientin wurden für 19 weitere Langenhorner Frauen in Wien Meldebögen ausgefüllt. Die Daten für das Ausfüllen der Bögen lagen zwischen dem 19. Februar und dem 2. Mai 1944. Es fragt sich, warum gerade in diesem Zeitraum und warum für diese Frauen. Man ist auf Vermutungen angewiesen. So kann man daran erinnern, daß der mit den Euthanasie-Institutionen eng verbundene Dr. Bertha zu Beginn des Jahres 1944 die Nachfolge von Hofrat Dr. Mauczka als ärztlicher Direktor der jetzt so genannten Wagner von Jauregg – Heil- und Pflegeanstalt angetreten hatte. Vielleicht sollte man auch darauf hinweisen, daß der Zeitraum von der ersten brieflichen Kontaktaufnahme Dr. Berthas mit

## *Der Transport nach Wien*

Prof. Nitsche bis zu ihrem Treffen am Attersee zwischen dem 9. Februar und dem 29. März 1944 lag. Es fällt nämlich auf, daß 16 der 20 Meldebögen während dieses Zeitraums ausgefüllt wurden, nur vier folgten etwas später. Kann es sein, daß sich Dr. Bertha beim ärztlichen Leiter der Euthanasie-Zentrale durch Beflissenheit auszeichnen wollte? Die Spekulation läßt sich noch ein Stück weitertreiben. Denn alle 19 Patientinnen sind ja bis zu etwa einem Jahr nach dem Ausfüllen der Meldebögen, nämlich bis zum 15. März 1945, verstorben. Versucht man wiederum, einen Bezug zu bekannten historischen Vorgängen herzustellen, so läßt sich immerhin Folgendes zeigen. Ein erneutes Treffen zwischen Dr. Bertha und den entscheidenden Euthanasie-Verantwortlichen fand vom 3. bis 5. Juli 1944 in Wien statt. Nach diesem Treffen starben 15 der 19 von der Meldebogen-Aktion erfaßten Patientinnen, nur vier starben kurz zuvor, nämlich ab 24. Juni. Hier taucht also die Frage auf, ob der Großteil dieser Frauen Opfer der auf der Wiener Tagung offensichtlich beschlossenen Ausweitung des Tötungsprogramms geworden ist.

Warum gerade diese Frauen von der Meldebogen-Selektion betroffen wurden, läßt sich ebenfalls nur vermuten. Ein Blick in Tabelle 7 zeigt, daß keine von ihnen zum Zeitpunkt ihrer Erfassung beschäftigt war, und daß 18 von 19 pflegeaufwendig waren (Gruppe 2). Da nur noch vier pflegeaufwendige Frauen jener Gruppe zugehören, die 1945 starb, aber nicht zuvor von einem Meldebogen erfaßt war (Gruppe 3), kann man schließen, daß nahezu alle 1944 noch lebenden pflegeaufwendigen Frauen einen Meldebogen erhalten haben. Ob diese Überlegungen aber den Tatsachen nahekommen, läßt sich ohne genauere Kenntnis der Vorgänge auf dem Steinhof nicht entscheiden.

Sicher ist allerdings, daß von der Erfassung auch Patientinnen getroffen wurden, die nachweislich nicht psychisch krank waren. So findet man noch in der Wiener Krankengeschichte der 72jährigen, an Cerebralsklerose leidenden Emma B. den ausdrücklichen Eintrag: »Keine Geisteskrankheit.« Dennoch wurde für sie am 3. März 1944 ein Meldebogen ausgefüllt mit der Diagnose »Arteriosklerotische Verwirrtheit«. Unter dem Punkt »Klinische Schilderung« liest man dort: »Wegen hochgradiger Arterienverkalkung, Pflegebedürftigkeit und entsprechender geistiger Alterschwäche, örtlicher Desorientierung z. 1. male [!] eingeliefert.« Emma B. starb am 24. August 1944 an »Pneumonie«, kurz nachdem eine Bekannte der Patientin der Anstalt schriftlich das Einverständnis zur Einäscherung mitgeteilt hatte. Dr. Bertha obduzierte die Leiche und fixierte ihr Gehirn.

Die hier vorgenommene Analyse der Patientenschicksale im Steinhof muß dem Einwand begegnen, sie unterstelle mit ihrem Versuch, Regelmäßigkeiten und Zusammenhänge durch die Konstruktion von Untergruppen und ihre Kombination mit Verhaltensmerkmalen aufzuspüren,

dem Geschehen eine Logik, die es möglicherweise gar nicht gegeben hat. Ein selektiver Eingriff von Ärzten und Pflegepersonal sei mithin nicht zu belegen. Auf die Schwierigkeiten, auf die eine derartige Untersuchungsstrategie besonders im Fall der nach Wien verlegten Patientinnen allein schon wegen ihres z.T. hohen Alters stößt, wurde zwar schon mehrfach hingewiesen, dennoch ist man von manchen Auffälligkeiten immer wieder verblüfft. Zwei weitere Beispiele sollen dies belegen.

Mit dem Kriegsende war das Sterben auf dem Steinhof nicht beendet, wie noch näher zu untersuchen sein wird. Bei den Langenhorner Frauen zog es sich bis in den Dezember des Jahres 1945 hin. 26 Frauen starben noch im Laufe des Jahres 1945, davon 19, die nicht durch einen Meldebogen erfaßt waren. Wir hatten diese 19 Frauen in einer Untergruppe (Gruppe 3) zusammengefaßt. Sieht man sich nun die Sterbedaten in dieser Gruppe an, so zeigt sich, daß zwei Frauen schon vor dem Kriegsende in Österreich Mitte April 1945 verstorben sind, die übrigen also in den ersten Nachkriegsmonaten. Betrachtet man jetzt die Wiener Anstaltskarrieren dieser beiden Frauen genauer, so stößt man gerade hier auf auffällige Besonderheiten, die für einen gewaltsamen Eingriff sprechen.

Bei der schon am 1. Januar 1945 verstorbenen Maria W. handelte es sich um eine zu diesem Zeitpunkt erst 29jährige Polin. Sie hatte in einem Lager in Schleswig-Holstein gearbeitet und war »zur Feststellung der Arbeitseinsatzfähigkeit« am 12. Juli 1943 in Langenhorn eingewiesen worden. Zu einem diesbezüglichen Gutachten kam es jedoch nicht mehr, Frau Dr. Steinböhrer ließ Maria W. mit der Diagnose »Verwirrheitszustand« nach Wien verlegen. Die kurze Krankenblatteintragung Langenhorns besagt nur, daß die Patientin zur Arbeit angehalten werden mußte, und es folgt die herablassende Bemerkung: »Möchte gerne ins Lager zurück, um mit ihrem Freund zusammen zu sein.« Dieser Wunsch wurde ihr nicht erfüllt, auch über denkbare andere Motive, warum die junge Frau möglicherweise ins Lager zurückkehren wollte, sagt die Psychiaterin nichts. Es wird nicht einmal erwähnt, daß die Patientin, wie man einem beiliegenden Formblatt entnehmen kann, ein vier Monate altes Kind hatte. Auch im Verlauf des gesamten zukünftigen Verhaltens wird die Tatsache der Mutterschaft von Maria W. an keiner Stelle als erwägenswertes Motiv herbeigezogen, für die Krankenakte existiert das Kind überhaupt nicht. Nach Wien verlegt und somit noch weiter von ihrem Baby getrennt, begann für Maria W. eine Leidensgeschichte, die durch ihre Widerstandshandlungen und Fluchtversuche ausgelöst wurde. In der Anstalt begegnete man diesem Verhalten mit einer Serie von Elektroschocks, die einmal unterbrochen werden mußte, weil Frau W. sich offensichtlich bei dieser »Therapie« verletzt hatte.<sup>65</sup> Einige Zitate aus der Krankengeschichte belegen die Energie ihres Verhaltens: »Mußte ins Gitterbett gebracht werden, drängt bei der Tür hinaus, rüttelt an dem Fenstergitter, wollte unbe-

dingt nach Hause gehen, in der Nacht macht Pat. ständig das Gitter auf, war sehr unruhig. Pat. raufte, schlug sich am Gitter und hat das rechte Auge blau.« Oder: »Half bei Gartenarbeiten, sprang bei dieser Gelegenheit über den Zaun, um zu flüchten. Biß bei der Festnahme die Pfleg. K. vom Pav. 14 in die Hand, 2 Pfleger mußten zur Hilfe kommen, um die wie wild um sich schlagende Pat. auf die Abteilg. zurückzubringen.«

Nachdem Marie W. im Juni 1944 die Flucht gelungen war, wurde sie einen Monat später von der Gestapo aufgegriffen und am 14. Juli auf den Steinhof zurückgebracht. Aus der folgenden Besprechung wird auch deutlich, was sie zwischenzeitlich gemacht hatte: »[...] sie sei davongelaufen, weil sie ganz gesund sei. Sie wollte zur Arbeit. Sie sei im Lager in Lanzendorf gewesen. Dort sei sie von der Polizei verhaftet worden [...]. Sie sei 14 Tage im Lager gewesen. Sie sei nicht aufgefallen. Sie fühle sich ganz gesund, sie möchte schon arbeiten.«

Anfang August dann interessierte sich die Zentralverrechnungsstelle in Linz, eine Euthanasie-Institution also, für die Ostarbeiterin und erbat Akteneinsicht. Die Anstalt teilte mit, daß die »Frage der zukünftigen Arbeitsfähigkeit der W. [...] noch nicht geklärt« sei. Im November schien man dann auch geplant zu haben, Marie W. nach Mauer-Öhling zu verlegen. Kurz darauf fragte der Oberbürgermeister der Gauhauptstadt Posen an, ob die Kranke vernehmungsfähig sei. Die Antwort lautete, »daß die Kranke nicht vernehmungsfähig sei und daß Entlassung nicht in Aussicht genommen ist«. Die Krankengeschichte schließt mit drei knappen Einträgen, die aber auch zusammen abgefaßt sein können: »19.12. Unruhig: Veronal! 30.12. Temp. 38°9. Kurzatmung. 1.1. Gestorben an Pneumonie.«

Zu fragen ist, warum eine 29jährige Patientin plötzlich stirbt. Auch von körperlichen Erkrankungen, wie sonst häufiger bei den Langenhorner Frauen, findet sich in der Akte nichts. Im Gegenteil, Marie W. ist sogar die einzige aus der Gruppe der 1945 verstorbenen Patientinnen, die an Körpergewicht in Wien zugenommen hat. So bleibt nichts als die im Krankenblatt eingetragene Feststellung, daß diese Kranke an »Unruhe« gestorben ist, ein Befund, der die Auffälligkeiten der quantitativen Analyse bestätigt und sie gewissermaßen qualitativ illustriert. Er ergänzt somit auch die Überlegungen zum frühen Tod junger, unruhiger Patientinnen in Gruppe 1. Auf die »Unruhe« folgte der ärztliche Eingriff mittels des Medikaments »Veronal«. Der Zusammenhang zwischen der Einnahme von Veronal und darauf folgender »Pneumonie« mit Todesfolge ist aber aus dem Euthanasie-Geschehen bekannt.<sup>66</sup>

Das Schicksal der zweiten Patientin, die 1945 noch vor Kriegsende auf dem Steinhof verstorben ist, weist ebenfalls auf gewaltsame ärztliche Eingriffe hin. Frau Emma D. befand sich schon seit 20 Jahren in Anstalten, bevor sie nach Wien verlegt wurde. Im September 1943 kam sie in

den Pavillon 14, übrigens dasselbe Haus, in dem Maria W. zeitweilig in einer Zelle festgehalten wurde. Ab Juli des folgenden Jahres wurde sie dort zehnmal mit Malariablut überimpft. Wie aus den Krankenblatt-Eintragungen hervorgeht, hat man die Kranke als sogenannte Stammhalterin für die Bereitstellung von mit Malaria infiziertem Blut benutzt. Da 1943 im Robert-Koch-Institut alle Stämme vernichtet worden waren, dienten in der Folgezeit Anstaltspatienten als taugliche Objekte für die Sicherung der »Erreger-Passage« Blut-Mücke-Blut.<sup>67</sup> Außer der Angabe der darauf folgenden Weiterverlegung in die Häuser 21 und 24 findet sich bis zum Tod von Emma D. am 4. März 1945 keine qualifizierte Krankenblatt-Eintragung mehr. Man kann aber vermuten, daß Emma D. allein durch die ständigen künstlich produzierten Fieberanfälle, die sich aus der Fieberkurve ablesen lassen, körperlich sehr geschwächt war. Als Todesursache wurde »Bronchopneumonie« und »Myodegeneratio cordis« angegeben. Ob die zweite Todesursache auf die Malaria-Überimpfung zurückverweist oder nur der Verschleierung diene, läßt sich nicht mehr entscheiden. Eine Obduktion fand jedenfalls nicht statt.

Bemerkenswert ist auch, mit welchen Worten Dr. Bruha, der ab 1945 häufiger den Schriftwechsel mit Angehörigen der Hamburger Patientinnen führte, die Schwester von Emma D. informierte: »Ihre Schwester litt an einer chronischen Geisteskrankheit [...], welche auch ihr körperliches Befinden in Mitleidenschaft zog. Sie starb am 4.3.1945 an Entkräftung, Herzmuskelentartung und Lungenentzündung.« Das körperliche Befinden war aber durch die Aktivitäten der Wiener Ärzte, wie Dr. Bruha sich ausdrückt, »in Mitleidenschaft« gezogen. In Wien war das Körpergewicht von Emma D. um 14 kg gefallen. Kurz vor ihrem Tod wog sie nur noch 31 kg.

Als der Krieg zuende war, lebten auf dem Steinhof nur noch 21 der 69 Langenhorner Patientinnen, 44 waren bereits verstorben, vier entlassen. Die Nachkriegssituation aber brachte kein Aufatmen. Für die bis jetzt überlebenden Frauen war das Schlimmste nicht überstanden, für sie sollte sich die Pflegesituation noch einmal furchtbar verschlechtern, und das Sterben ging weiter. Hinzukam, daß den wenigen Angehörigen, die trotz der Kriegswirren immer noch versucht hatten, ihre Verwandten auf dem Steinhof zu besuchen, dies schon ab Februar 1945 nicht mehr möglich gewesen zu sein scheint. So kann man es jedenfalls dem Briefwechsel der Tochter von Anna K. mit der Anstalt entnehmen. Im Januar war ihr noch ein Besuch erlaubt worden. Am 19. Februar aber schrieb sie: »Inzwischen kam leider die Reisesperre. Ich habe mich nun bei der Reichsbahndirektion erkundigt, ob eine Möglichkeit besteht, zu meiner Mutter zu fahren.« Als sie deshalb die Anstalt bat, ihr zwecks Ausstellung einer Reisegenehmigung das Besuchserfordernis schriftlich zu bestätigen, erhielt sie eine ablehnende Antwort: »[...] muß Ihnen leider mitgeteilt wer-

## Der Transport nach Wien

den, daß die Anstalt nicht in der Lage ist, Ihnen die Reiseerlaubnis zu Ihrer Mutter [...] zu erwirken bzw. zu bestätigen, daß der Besuch bei der Patientin notwendig ist.« Eine zusätzliche Verschärfung, und damit wohl die völlige soziale Isolierung der Kranken, scheint kurz darauf dadurch eingetreten zu sein, daß auch noch der Briefverkehr zwischen Deutschland und Österreich unterbrochen wurde.

In dieser preisgegebenen Lage ereignete sich, so muß man schließen, eine Hungerkatastrophe. 17 weitere Langenhorner Patientinnen starben bis zum Ende des Jahres 1945 an totaler Entkräftung, verbunden mit Darmerkrankungen, Ödemen, Ruhr, Tuberkulose. Liest man bei den vor Kriegsende gestorbenen Frauen häufig als Todesursache »Pneumonie«, so findet sich diese Angabe jetzt nur noch bei einer Verstorbenen, dafür immer wieder die Todesangabe »Inanition« oder »Kachexie«. Allein die Aufschlüsselung der Gewichtsveränderungen offenbart die Tragödie. Schon das Aufnahmegewicht der Langenhorner Patientinnen war ja sehr niedrig gewesen, in der Gruppe der 1945 verstorbenen Frauen findet man dann aber in 15 Fällen, d.h. bei fast allen Frauen, Gewichtsabnahmen von über 10 kg. Acht, also über die Hälfte davon, verloren sogar mehr als 15 kg während ihres Aufenthaltes auf dem Steinhof (vgl. Tabelle 12).

*Tabelle 12: Gewichtsveränderungen zwischen dem Aufnahmegewicht und dem letzten Gewichtseintrag auf dem Steinhof nach Patientengruppen*

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Gewichtszunahme Gewicht gleichbleibend bzw. abnehmend bis 2 kg		1 (1 kg)	1 (3,5 kg)	1 (9 kg)
Gewichtsabnahme 2,5 – 5 kg	6	2		
Gewichtsabnahme 5,5 – 10 kg	5	2		1
Gewichtsabnahme 10,5 – 15 kg	6	10	3	2
Gewichtsabnahme 15,5 – 20 kg	1	3	7	
Gewichtsabnahme 20,5 – 25 kg		1	6	1
Gewichtsabnahme > 25 kg			1	1
			1(28,5 kg)	
	18 *	19	19 **	6***

\* bei fünf Personen Gewichtsveränderungen nicht eingetragen bzw. nicht meßbar

\*\* davon zwei Patientinnen, die 1945 vor Kriegsende verstarben

\*\*\* bei zwei Personen Gewichtsveränderungen nicht eingetragen



Immer wieder finden sich in den Krankenunterlagen Zeugnisse über die unglaubliche Hinfälligkeit dieser Frauen. Dazu einige Beispiele. Am 13. Mai 1945 heißt es von Erna D.: »Sie möchte gerne dickes Brot essen. Liegt stets äußerungslos da.« Am 30. Juni wird dann vermerkt: »Pat. ist hochgradig abgemagert.« Am 10. Juli liest man: »Sehr schwach, hat geschwollene Füße, wurde wieder gelegt.« Vier Tage später ist Erna D. tot. Ihr Gewicht war in Wien von 54 kg auf 34 1/2 kg gesunken.

Mit nur 29 1/2 kg Gewicht war Ella B. im Steinhof eingetroffen. Am 25. Juni 1945 wird notiert: »Spuckt sehr viel. Haemoptoe«. Dann am 20. September: »Hat Husten und reichlich Auswurf. Furchtbar abgemagert. Wiegt nur mehr 23 kg.« Drei Tage später ist sie gestorben.

Schon am 8. Juni 1945 heißt es von Klara B.: »Schwach. Verfällt. Zu Bett.« Zwei Monate später bekam sie wegen diarrhoischer Stühle Opium. Wiederum einen Monat später wurde sie »wegen anhaltenden Durchfällen« in den Infektionspavillon 19 verlegt. Dort notierte man: »[...] ist sehr schwach und hinfällig, nimmt fast keine Nahrung mehr zu sich.« Die Patientin starb am 20. September an »Inanition«. Ihr Gewicht war in Wien um fast die Hälfte, von 62 kg auf 33 1/2 kg, zurückgegangen.

Das letzte Opfer in dieser Kette von Nachkriegstoten war die mit 41 Jahren auf dem Steinhof eingetroffene Maria Sch. Allein von Februar bis Oktober 1945 hatte sie einen Gewichtsverlust von 10 kg. Am 3. Dezember starb sie an »Ruhr« und »Inanition«.

Man hat die Toten offensichtlich in verschiedenen Massengräbern bestattet, eine Benachrichtigung der Angehörigen erfolgte nicht, wohl weil zunächst die Postsperrre den Briefverkehr unterbunden zu haben scheint. So mußten erst die Verwandten im folgenden Jahr die Initiative ergreifen, um zehn bis zwölf Monate nach dem Tod der Patientinnen endlich Aufklärung zu erhalten.

Auf diese Weise erfuhr etwa die Schwester von Olga S. auf ihre Anfrage durch ein Anstaltsschreiben vom 17. Juni 1946: »[...] daß Ihre Schwester [...] am 4. August 1945 an einem schweren Darmkatarrh verstorben ist. Eine Verständigung war ja damals nicht möglich und die Leiche wurde am 11. August am Wiener – Südwest – Friedhof durch die städt. Bestattungsunternehmung in einem gemeinsamen Grabe bestattet.« Als die Schwester daraufhin genauer über die Todesumstände informiert werden wollte, erhielt sie nur die Antwort: »Infolge des seither in hiesiger Anstalt stattgehabten Personalwechsels können die näheren Umstände des Ablebens nicht mehr festgestellt werden.« Daran läßt sich allein nachvollziehen, daß man die Unterschriften einiger verantwortlicher Ärzte, etwa von Frau Dr. Gilnreiner oder Dr. Wunderer, Ende 1945 nicht mehr findet. Dafür zeichneten jetzt Dr. Kryspin-Exner, Dr. Novotny und Dr. Bruha. Daß diese von den Vorkommissen in den Pavillons nichts gewußt haben, ist aber ganz unwahrscheinlich.

In ähnlicher Weise wurde auf ihre Nachfrage die Schwiegertochter von Anna K. am 21. Mai 1946 informiert, daß ihre Schwiegermutter am 7. Juli 1945 an Magen- und Darmkatarrh verstorben sei. Weiter teilte man ihr mit, daß die Leiche dann am 14. Juli »am Wiener Zentralfriedhof in einem gemeinsamen Grabe bestattet« sei. Es handelt sich also um ein anderes Massengrab als im Fall der Patientin Olga S. In wieder einem anderen Massengrab war Theodora L. beerdigt worden, wie die Mutter auf ihre Anfrage mit Schreiben der Anstalt vom 31. Mai 1946 erfuhr. Darin hieß es, daß die Tochter bereits am 13. Juni 1945 gestorben sei und daß die Leiche dann »am 16. Juni am städt. Friedhofe in Wien-Baumgarten durch die städt. Bestattungs-Unternehmung in einem gemeinsamen Grabe beigesetzt« sei.

Bei den vier überlebenden Patientinnen in der jetzt auch wieder offiziell Wiener Landes – Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof genannten Anstalt haben die Erfahrungen des Hungers offensichtlich teilweise als Trauma nachgewirkt. Über Friederike H. etwa, die noch 1946 kaum an Gewicht zunahm, heißt es in einer Krankenblatt-Eintragung vom 30. Mai 1947: »Pat. sammelt gern Brot von einigen Tagen u. hebt es auf, weil sie sich vor dem Verhungern fürchtet.« Bei Marie W. findet man im Juni 1946 die Eintragung: »Zeitweise erregt, hauptsächlich während der Mahlzeiten fühlt sie sich benachteiligt.« Schneller erholten sich vielleicht Wilhelmine M. und Martha F., die schon 1946 deutlich an Gewicht zunahmen. Bis auf Wilhelmine M., die aber verwandtschaftlichen Besuchskontakt zu einer Krankenschwester hatte, haben die überlebenden Frauen auf dem Steinhof gearbeitet.

Zusammen mit Emma D., die ebenfalls überlebte, über die aber keine Wiener Krankengeschichte auffindbar war, wurden diese Patientinnen im Rahmen von Repatriierungsmaßnahmen am 8. Juli 1949 nach Hamburg-Langenhorn zurückgeführt. In dem Transport befanden sich neben sechs weiteren überlebenden Frauen aus den Alsterdorfer Anstalten auch 20 Heimpfleglinge.<sup>68</sup> Bei ihnen handelte es sich offensichtlich um die letzten Überlebenden jener 216 Hamburger Versorgungsheiminsassen, die im April 1942 in Anstalten der damaligen »Ostmark« verlegt worden waren.<sup>69</sup>

Ein Blick zurück auf die Lebens- und Leidenswege der nach Wien verlegten Langenhorner Patientinnen zeigt, daß jener Prozeß, der seinen Anfang vor allem genommen hatte bei durch Kostenerwägungen ausgelöste Marginalisierungsstrategien, in eine Spirale mündete, die durch Faktoren zusätzlicher Isolierung, Verdrängung und administrativer Willkür ihre destruktive Dynamik empfing. Diese durch das Ausgeliefertsein der Frauen ermöglichte Dynamik nahm auch ihnen gegenüber mörderische Züge an zu einer Zeit, als immer mehr Patientengruppen den kriegsbedingten Prioritätensetzungen umstandslos geopfert wurden. Durch den

Transport nach Wien gerieten jedenfalls diese oft alten und siechen Frauen soweit aus dem Blickfeld, daß die Vorgänge dort sich mit einiger Wahrscheinlichkeit jeder öffentlichen Aufmerksamkeit entziehen konnten. Dennoch läßt sich der Nebel, der noch heute weitgehend über den dortigen Kriegseignissen liegt, durch die Rekonstruktion auffälliger Zusammenhänge und Strukturen einigermaßen lichten. Die unumstößliche Festmarke der knapp 90prozentigen Sterberate ist jedenfalls nicht allein auf natürliche Merkmale wie etwa das Alter der Frauen zurückzuführen. Hier kamen zusätzliche Faktoren zum Zuge, die ohne das aktive Eingreifen der Institutionen nicht erklärbar sind. Was mit Maßnahmen administrativen Verdrängens begonnen hatte, war schließlich in einen Tötungswillen umgeschlagen. Allerdings wird wohl kaum mehr aufzuhellen sein, inwieweit auch das auffällige Patientensterben in den ersten Nachkriegsmonaten dieser Kontinuitätslinie zugeordnet werden muß, oder ob es allein auf externe Faktoren wie die Knappheit an Nahrungsmitteln zurückzuführen ist.

## Der Transport nach Wien

### Anmerkungen

- 1 Vgl. StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Beilakte Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll Bd. 1, Allgem. Schriftwechsel, Bl. 55.
- 2 Ebd., Blatt 56.
- 3 Wie aus Blatt 57 der genannten Akte hervorgeht, erfolgte dann allerdings der Transport nach Meseritz am 19.8.1943 mit 50 Frauen, 10 Männern und 5 Kindern ebenfalls noch im Rahmen dieses »Sondereinsatzes«.
- 4 Ebd., Bl. 55, vgl. Teil I, Kapitel 2.
- 5 Vgl. Wunder, Michael, Der Transport nach Wien, in: ders., Ingrid Genkel und Harald Jenner, Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr, Hamburg 1987, S. 213 ff.
- 6 Bei Zahlenangaben des Wiener Transports beziehe ich mich auf die insgesamt 69 Personen, deren Daten in die quantitative Auswertung eingegangen sind, siehe unten. Die Krankenunterlagen von drei weiteren Frauen fehlen.
- 7 Vgl. Jenner, Harald, 100 Jahre Ansharhöhe 1886-1986, Neumünster 1986, S. 121 f. Die Weiterverlegung nach Wien war dem Autor der verdienstvollen Studie noch nicht bekannt, ebensowenig das weitere Schicksal der zuvor schon nach Langenhorn zurückverlegten Anstaltsinsassen, siehe unten.
- 8 Vgl. Jenner, Harald, a.a.O., S. 88, siehe auch S. 108: »Räumlichkeiten, die für die Fürsorgeerziehung nicht mehr ausreichten, waren für die Pflege von Geistesschwachen immer noch gut genug.«
- 9 Vgl. dazu StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 170, Verlegung nach Anstalten in: Ansharhöhe/Hamburg.
- 10 Vgl. zu den Vertragsverhandlungen StArch HH, Sozialbehörde I, GF 32.50, Unterbringung in auswärtigen Anstalten, hier Notiz vom 8.8.1935.
- 11 Vgl. Teil I, Kapitel 1.
- 12 Vgl. StArch HH, Sozialbehörde I, GF 32.50, a.a.O., Antwort Langenhorns auf ein Schreiben der ärztlichen Abteilung des Fürsorgewesens vom 24.10.1935.
- 13 Vgl. Jenner, Harald, a.a.O., S. 112 ff.
- 14 Ebd., S. 119.
- 15 Mindestens eine der Frauen, Irmgard R., sollte sogar noch im Rahmen der Aktion T4 nach Königslutter verlegt werden. Als es dazu nicht mehr kam, hat man sie nach Ansharhöhe zurückverlegt. Man findet sie dann wieder im Transport nach Wien.
- 16 Vgl. Jenner, Harald, a.a.O., S. 120.
- 17 Ich lehne mich mit dieser Überlegung an die Diagnosen von Klaus Eder an, der u.a. schreibt: »Die Voraussetzung des modernen Universalismus ist Massenmord gewesen [...]. Der Gesellschaftsvertrag, der im griechischen Opfermahl beschlossen wurde, liefert das kulturelle Muster jenes Gesellschaftsvertrags, der die moderne Gesellschaft begründet.« Vgl. Eder, Klaus, Die Vergesellschaftung der Natur. Studien zur sozialen Evolution der praktischen Vernunft, Frankfurt/Main 1988, S. 206 ff., hier S. 208. Wie sehr jedenfalls die – anscheinend latent längst vorhandene – Kategorie des »Opfers« schon kurz nach der Etablierung des NS-Regimes zur Legitimation zunehmender Restriktionen im Anstaltswesen reaktiviert werden konnte und so wohl auch die Köpfe der in den Anstalten Tätigen besetzte, zeigt eine Bemerkung des konservativen Direktors der Staatlichen Wohlfahrtsanstalten in Hamburg von 1934: »Die Kreise der Anstaltsfürsorge, die in den letzten 15 Jahren um den Sinn ihrer Arbeit und um eine gesunde Grundhaltung aller mitwirkenden Stellen schwer gerungen haben, können erleichtert aufatmen. Im neuen Deutschland findet das historisch Gewordene wieder die ihm zukommende Beachtung [...]; der Opfergedanke, der untrennbar mit der Anstaltsarbeit verbunden ist und in der Schwestertracht seinen symbolhaften Ausdruck gefunden hat, wird nicht mehr von tarifpolitischen Tendenzen durchkreuzt; eine billige Wirtschaftsführung, gestützt auf die Mitarbeit der Insassen, wird in Ansehung der ungeheuren Belastung des Volkskörpers mit lebensuntüchtigen Volksgenossen zu einem fundamentalen Grundsatz, der fürsorgerische Wärme im Verkehr von Mensch zu Mensch keineswegs ausschließt; die Segnungen der straffen Zucht und der Wille zur Einfachheit in Anstalten werden jetzt als wichtige Erziehungsfaktoren positiv gewertet.« Steigertahl, Georg, Neuordnung im Anstaltswesen, in: Soziale Praxis, 43. Jg. 1934, Sp. 409 ff., hier Sp. 409. Zu fragen wäre dann allerdings noch, wie sich diese Opfervorstellung einseitig und mit mörderischen Konsequenzen auf die Insassen verschrieben konnte. Die aggressive Wendung ist jedenfalls in dem Text schon angedeutet.
- 18 Von 65 Patientinnen konnte ich die Unterlagen dankenswerterweise aus dem Archiv des

- psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien – Baumgartnerhöhe ergänzen, von vier Patientinnen lagen sie im Archiv des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenszoll vor.
- 19 BA-MA, H 20/463, Planungsakte Nitsche I, Abschluß-Bericht über Planung Hamburg vom 14. bis 17.4.1942, S. 6.
- 20 Im übrigen verweisen mindestens die beiden aus der Langenhorner Gruppe stammenden Patientinnen mit den Diagnosen Psychopathie und Medikamentensucht auf das faktische Selektionskriterium der Verhaltensauffälligkeit.
- 21 Vgl. Teil I, Kapitel 1.
- 22 Vgl. die Originalzitate aus dem Jahr 1907 bei: Schwediauer, Karl, *Alltag in Steinhof. Leben in einer psychiatrischen Großanstalt*, Wien-Köln-Graz 1984, S. 20. Die Rekonstruktion der Anstaltsgeschichte des Steinhofs begegnet aufgrund der dürftigen Quellenlage großen Schwierigkeiten, dies gilt insbesondere für die NS-Zeit. Ich habe dennoch um möglichst weitgehende Klärung bemüht in der Hoffnung, hieraus Nutzen für die quantitative Datenauswertung und -interpretation ziehen zu können. Neben disparaten Primär- und Sekundärquellen beziehe ich mich an wenigen Stellen auch auf mündliche Auskünfte.
- 23 Vgl. Schwediauer, Karl, a.a.O., S. 20 und S. 54.
- 24 Vgl. die Festrede des Direktors Primarius Dr. Wilhelm Podhajsky zum 50jährigen Bestehen der Anstalt, in: *Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. XVI/4, Wien 1959, S. 345 ff., hier S. 346: »Am 1. Jänner 1919 betrug die Belagsziffer nur 2.296 Kranke und die Belagverhältnisse gestalteten sich für die Kranken sehr günstig.«
- 25 Vgl. Schwediauer, Karl, a.a.O., S. 21, und Festrede Podhajsky, a.a.O., S. 347.
- 26 Vgl. Neugebauer, Wolfgang, »Euthanasie« und Zwangssterilisierung, in: *Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes* (Hrsg.), *Widerstand und Verfolgung in Niederösterreich 1934-1945*, Band 3, Wien 1987, S. 632 ff.
- 27 Vgl. ebd., S. 634.
- 28 Vgl. Neugebauer, Wolfgang, Von der »Rassenhygiene« zum Massenmord, in: *Wien 1938. 110. Sonderausstellung des Historischen Museums der Stadt Wien*, Wien 1978, S. 262 ff., hier S. 278 f.
- 29 Vgl. die Aussage Dr. Rennos, in: *GStA Frankfurt/Main*, Js 18/61, Verfahren gegen Dr. Renno, S. 27. Lt. Mitteilung Dr. Neugebauers datiert diese Aussage höchstwahrscheinlich vom 2.11.1961 und nicht, wie angegeben bei Klee, Ernst, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985, S. 482, Fn. 64, vom 31.10.1961.
- 30 Zeugenaussage Dr. Richard Kryspin-Exner vom 15.5.1945, in: Neugebauer, Wolfgang, »Euthanasie« und Zwangssterilisierung, a.a.O., S. 675.
- 31 Vgl. dazu Klee, Ernst, a.a.O., S. 334, und Neugebauer, Wolfgang, Von der »Rassenhygiene« zum Massenmord, a.a.O., S. 279.
- 32 Vgl. hierzu LOS Nr. 10, *Spuren der Vernichtung – »Euthanasie« und Faschismus in Österreich*, Linz 1986, S. 32, sowie Neugebauer, Wolfgang, Von der »Rassenhygiene« zum Massenmord, a.a.O., S. 278. Das Zitat Anny Wödl's aus ihrer Zeugenaussage vom 1.3.1946 im Verfahren gegen den Euthanasie-Arzt Ernst Illing u.a. ist abgedruckt in: Aly, Götz (Hrsg.), *Aktion T4 1939-1945*, Berlin 1987, S. 69 ff., hier S. 71.
- 33 StA Hannover, 2 Js 237/56, Strafsache gegen Prof. Dr. Hans Heinze u.a., *Dokumente Bd. XIII*, Bl. 203, Unterschrift unleserlich.
- 34 Vgl. Neugebauer, Wolfgang, Von der »Rassenhygiene« zum Massenmord, a.a.O., S. 279.
- 35 *Handbuch Reichsgau Wien*, 63./64. Jahrgang, Wien 1941, S. 481.
- 36 Festrede Podhajsky, a.a.O., S. 34.
- 37 Mündliche Auskunft von Michael Hubenstorf.
- 38 Vgl. Nausner, Peter, Organisierte und »wilde« Euthanasie, in LOS Nr. 10, a.a.O., S. 27 ff., hier S. 32, sowie Hubenstorf, Michael, Kontinuität und Bruch in der Medizingeschichte. *Medizin in Österreich 1938 bis 1955*, in: Stadler, Friedrich (Hrsg.), *Kontinuität und Bruch. 1938-1945-1955*, Beiträge zur österreichischen Kultur- und Wissenschaftsgeschichte, Wien-München 1988, S. 299 ff., hier S. 317.
- 39 Zur Karriere von Dr. Hans Bertha vgl. dessen Personalakte sowie BDC-Akte Dr. Hans Bertha, *Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes* Nr. 19210 und Nr. 19219. Soweit nicht anders zitiert, beziehen sich die folgenden Angaben auf diese Unterlagen.
- 40 Schriftliche Mitteilung von Dr. Wolfgang Neugebauer, wissenschaftlicher Leiter am

## Der Transport nach Wien

- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, vom 23.12.1988.
- 41 Vgl. Hubenstorf, Michael, a.a.O., S. 299.
- 42 Das bezieht sich auf die SS-Mitgliedschaft von Dr. Bertha.
- 43 Vgl. Hubenstorf, Michael, a.a.O., S. 317.
- 44 Vgl. Wunder, Michael, a.a.O., S. 219.
- 45 Einen weiteren Hinweis auf die Möglichkeit solcher Verlegungen entnehme ich der Zeugenaussage des über die Anstalt Meseritz-Obrawalde gut informierten Dr. Richard Rosenberg vom 11.11.1946. Anlässlich seiner Schilderung der Vorgänge in dieser Tötungsanstalt bemerkte er: »Das gleiche habe ich beobachtet bei Transporten, die aus anderen Anstalten, wie aus Langenhorn, aus dem Rheinland und Sachsen, sogar aus Wien und aus Wittenau bei Berlin in Meseritz anlangten.« In: StA HH, 147 Js 58/67, a.a.O., Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Bl. 56.
- 46 Mündliche Auskunft eines Mitarbeiters der Anstalt bei meinem Aufenthalt in Wien 1986.
- 47 Wunder, Michael, a.a.O., S. 233.
- 48 BA-MA, H 20/465, Planungsakte Nitsche II, Schreiben Dr. Berthas an Prof. Nitsche vom 9. Feb. 1944.
- 49 Vgl. Chroust, Peter (Bearb.), Friedrich Mennecke. Innenansichten eines medizinischen Täters im Nationalsozialismus, Hamburg 1987, Bd. II, S. 966.
- 50 Ebd., S. 967 und S. 969.
- 51 Ebd., S. 969.
- 52 Vgl. Schmuhl, Hans-Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens«, 1890-1945, Göttingen 1987, S. 233.
- 53 Chroust, Peter (Bearb.), a.a.O., S. 1178.
- 54 Vgl. den folgenden Abschnitt.
- 55 Mit den drei Anstalten sind offensichtlich die Heil- und Pflgeanstalt Langenhorn sowie die beiden kirchlichen Einrichtungen Alsterdorfer Anstalten und Ansharhöhe gemeint. Es ist auch zu beachten, daß die Siechen hier von den Geisteskranken unterschieden werden.
- 56 Zitate ohne nähere Quellenangaben sind den Kranken- und Personalakten entnommen.
- 57 Zitiert bei: Aly, Götz, Der Mord an behinderten Hamburger Kindern zwischen 1939 und 1945, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.), Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 147 ff., hier S. 153,155.
- 58 Der Pearson'sche Korrelationskoeffizient zwischen beiden Variablen beträgt .39.
- 59 Nur eine dieser Frauen hatte einen Wiener Meldebogen.
- 60 Vgl. Teil II, Kapitel 4.
- 61 Da von den pflegeaufwendigen Personen nur zwei beschäftigt waren, sind sie in Typ I enthalten.
- 62 Technisch ausgedrückt: die Korrelation zwischen Pflegeaufwand und Alter ist hier höher, was aber umgekehrt die Trennschärfe der beiden Kategorien bei der Untersuchung weiterer Zusammenhänge beeinträchtigt.
- 63 Dieser Befund ergänzt die Aussage zu den Alsterdorfer Patienten bei: Wunder, Michael, a.a.O., S. 227, um die Langenhorner Kranken. In der dort aufgeführten Tabelle werden weitere Häuser angegeben, in denen Alsterdorfer Patientinnen starben. Bei der dort genannten Frauen-Pflege-Anstalt handelt es sich übrigens um die Häuser 19 und 21.
- 64 Es war dies der einzige z.T. positiv gefärbte Meldebogen des Steinhofs über Langenhorner Patientinnen. Zumeist waren die Eintragungen negativer, als die dortigen Aufzeichnungen über die Kranken erkennen lassen.
- 65 Mit Elektroschocks »behandelt« wurden übrigens noch zwei weitere Patientinnen: Erna O., die am 2.8.1945 starb, sowie Alice H., die am 28.9.1945 starb.
- 66 Bei meinem Aufenthalt 1986 in der einstigen Anstalt Am Steinhof erwähnte ein Patient, die Hamburger hätten doch alle Veronal bekommen. Noch heute ist also unter dortigen Anstaltsinsassen die Auffassung verbreitet, die Hamburger Patienten seien an Medikamentengaben verstorben.
- 67 Dies teilte mir 1989 Michael Hubenstorf mit.
- 68 Vgl. StArch HH, Staatskrankenanstalt Langenhorn 173, Verlegungen, Schreiben der Deutschen Delegation Wien vom 30.4.1949.
- 69 Vgl. StArch HH, Sozialbehörde I, StW. 30.11, Unterbringung von Insassen der Heime des Amtes für Wohlfahrtsanstalten in auswärtige Anstalten (Evakuierung)

Marc Billhardt/Georg Dahmen

## **IX. STATISTISCHE GESAMTAUSWERTUNG DER PATIENTENDATEN**

### **1. Dateneingabe, Methoden und Übersicht**

Um genaue Aussagen über die Schicksale der verlegten Patienten aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn während des Zweiten Weltkrieges machen zu können, wurden ihre persönlichen Daten elektronisch erfaßt. Die Erfassung erfolgte mit dem Datenbankprogramm dBASE nach einem vorher angefertigten Erhebungsbogen. Dieser Erhebungsbogen wurde anhand der Krankenakten ausgefüllt. Von den insgesamt 4.097 Patienten, welche in den Kriegsjahren verlegt wurden, konnten 3.755 in die Auswertung einbezogen werden. Von rund 2.000 Patienten waren noch Krankenakten in Ochsenzoll vorhanden oder wurden aus Verlegungsanstalten beschafft. Die Daten der übrigen Patienten wurden aus den Karten der Krankenkartei des Archivs im Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll ermittelt.

Über die Grunderfassung hinaus haben die Autoren der jeweiligen Einzelkapitel spezifische Zusatzerhebungen durchgeführt, mit denen sie auf die unterschiedlichen Zeitabschnitte und Zielorte der Verlegungen zugeschnittene Fragestellungen zu beantworten suchten. Die diesbezüglichen Daten sind den Texten zu den Verlegungsorten Langenhorner Patienten zu entnehmen. Insgesamt erfolgten in den Jahren 1939 bis 1945 mehr als 80 größere Patiententransporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn in diverse Verlegungsanstalten.

Die statistische Auswertung dieser Daten erfolgte mit dem Programm ALMO auf einem ATARI MEGA ST.

Die in den Statistiken auftauchenden Codierungen werden jeweils dort erläutert und entsprechen in den meisten Fällen den Codierungen auf dem Erhebungsbogen. Aufgrund nicht mehr verfügbarer oder unvollständiger Krankenunterlagen waren bei einigen Erhebungsbögen nicht alle Daten zu ermitteln.

## Gesamtauswertung der Patientendaten

### Verzeichnis der Graphiken und Tabellen

- Graphik 1: Geschlechtsverteilung der Patienten
- Graphik 2: Schicksale der Patienten
- Graphik 3: Nationalität der Patienten
- Graphik 4: Zugehörigkeit zu bestimmten Gesellschaftsschichten
- Graphik 5: Einweiser
- Graphik 6: Mindestaufenthalte der Patienten in psychiatrischen  
Abteilungen vor der letzten Einweisung in Langenhorn
- Graphik 7: Geschlechtsverteilung in bezug auf die Mindestaufenthalte
- Graphik 8: Verteilung der Patienten auf die Verlegungsorte
- Graphik 9: Ärztliche Diagnosen bei den Langenhorner Patienten
- Graphik 10: Verteilung der Patienten auf die Todesorte

- Tabelle 1: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in  
bezug auf die Nationalität
- Tabelle 2: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in  
bezug auf die Rassenzugehörigkeit
- Tabelle 3: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung  
der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesell-  
schaftsschicht
- Tabelle 4: Letztes Aufnahmedatum in Langenhorn
- Tabelle 5: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in  
bezug auf die Mindestaufenthalte in psychiatrischen  
Abteilungen
- Tabelle 6: Aufnahme in und Verlegungen aus Langenhorn
- Tabelle 7: Aufenthalt in Langenhorn bis zur 1. Verlegung
- Tabelle 8: Absolute Häufigkeiten der Diagnosen der Patienten  
in Langenhorn
- Tabelle 9: Todesorte

### Der Erhebungsbogen

1. *Aktennummer*
2. *Geschlecht* 1  weiblich      2  männlich      9  nicht beantwortbar
3. *Geburtsdatum*  
TT MM 1JJJ
4. *Nationalität* 1  deutsch      4  sonstiges  
2  östliches Ausland      9  nicht beantwortbar  
3  westliches Ausland
5. *Besondere Rassenzugehörigkeit*  
1  Jude      3  sonstiges  
2  »jüdischer Mischling«      9  kein besonderer Vermerk
6. *Beruf*



## Dateneingabe, Methoden und Übersicht

### 6a. Schicht

1  Oberschicht      3  Unterschicht      2  Mittelschicht      9  nicht beantwort.

### 7. Aufnahmedatum

10-12

TTMMJJ

### 8. Einweiser

01 <input type="checkbox"/> allgem. Hamb. Krhs.	07 <input type="checkbox"/> Hilfskrankenhäuser	13 <input type="checkbox"/> Psych. Krhs. Lüneburg
02 <input type="checkbox"/> Alsterdorfer Anstalten	08 <input type="checkbox"/> Lager d. Arbeitsdienstes	14 <input type="checkbox"/> Psych. Krhs. außerhalb HH
03 <input type="checkbox"/> Friedrichsberg	09 <input type="checkbox"/> Militärlazarette	15 <input type="checkbox"/> Rettungsstellen
04 <input type="checkbox"/> Fürsorge	10 <input type="checkbox"/> niedergelassene Ärzte	16 <input type="checkbox"/> UKE-Psychiatrie
05 <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	11 <input type="checkbox"/> Polizei	17 <input type="checkbox"/> Angehörige/Vormund
06 <input type="checkbox"/> Gefängn./KZ/Zuchth.	12 <input type="checkbox"/> Privatklinik Dr. Licnau	18 <input type="checkbox"/> Versorgungsheim
	<input type="checkbox"/> sonstiges	99 <input type="checkbox"/> nicht beantwortbar

### 9. Mindestaufenthalt in der Psychiatrie vor der letzten Aufnahme

1  keine Aufenthalte      3  bis zu 1 Jahr      5  bis zu 5 Jahren  
 2  bis zu 1/2 Jahr      4  bis zu 2 Jahren      6  über 5 Jahre      9  n. beantwort.

### 10. Sterilisation

1  ja, vor 1.1.34      2  ja, nach 1.1.34      3  nein  
 4  beantragt, näheres unbek.      5  beantragt, nicht durchgef.      9  nicht beantwortbar

### 11. Entlassungs-/Verlagerungsdatum/-ort

01 <input type="checkbox"/> trifft n.z	16 <input type="checkbox"/> Militärl. HH	1. Dat. 16-18
02 <input type="checkbox"/> Bernburg	17 <input type="checkbox"/> Neumünster	1. Ort 19
03 <input type="checkbox"/> Hichberg	18 <input type="checkbox"/> Neustadt	
04 <input type="checkbox"/> Hadamar	19 <input type="checkbox"/> Rickling	2. Dat. 20-22
05 <input type="checkbox"/> n.Hause/i.Pflege	20 <input type="checkbox"/> Sachsenberg/S.	2. Ort 27
06 <input type="checkbox"/> Allg. Krhs.	21 <input type="checkbox"/> Scheuern	
07 <input type="checkbox"/> Hilfskrhs. i, HH	22 <input type="checkbox"/> Schleswig	3. Dat. 24-26
08 <input type="checkbox"/> Hilfskrhs. a.HH	23 <input type="checkbox"/> Strecknitz	3. Ort 27
09 <input type="checkbox"/> Ilten	24 <input type="checkbox"/> Tieg enh./Gn.	
10 <input type="checkbox"/> Königslutter	25 <input type="checkbox"/> UKE-Psychiat.	4. Dat. 28-30
11 <input type="checkbox"/> Kropp	26 <input type="checkbox"/> Versorgungsh.	4. Ort 31
12 <input type="checkbox"/> Liebenburg	27 <input type="checkbox"/> Weilmünster	
13 <input type="checkbox"/> Lüneburg	28 <input type="checkbox"/> Wien	5. Dat. 32-34
14 <input type="checkbox"/> Mainkofen	29 <input type="checkbox"/> Langenhorn	5. Ort 35
15 <input type="checkbox"/> Meseritz/Obrwalde	99 <input type="checkbox"/> nicht beantwortbar	
sonstige Orte (wörtlich angeben, neben jeweilige Ortskästchen)		6. Dat. 36-38
entwichen = 50/+ verl.=50+Ortsziffer/+aufgegriffen und unbek.=51		6. Ort 39

### 11a. Informationen über Personen, die in Langenhorn blieben/bzw. nach Langenhorn zurückkehrten

2  bis Kriegsende in Langenh.      9  nicht beantwortbar

### 14. Diagnose der Langenhorner Ärzte

#### 15. Todesort

01 <input type="checkbox"/> trifft n.z	09 <input type="checkbox"/> Liebenburg	17 <input type="checkbox"/> Strecknitz
02 <input type="checkbox"/> Bernburg	10 <input type="checkbox"/> Lüneburg	18 <input type="checkbox"/> Tieg enh./Gn.
03 <input type="checkbox"/> Hichberg	11 <input type="checkbox"/> Mainkofen	19 <input type="checkbox"/> UKE
04 <input type="checkbox"/> Hadamar	12 <input type="checkbox"/> Meseritz/Obrwalde	20 <input type="checkbox"/> Weilmünster
05 <input type="checkbox"/> Ilten	13 <input type="checkbox"/> Neumünster	21 <input type="checkbox"/> Wien
06 <input type="checkbox"/> Königslutter	14 <input type="checkbox"/> Rickling	<input type="checkbox"/> sonstiges
07 <input type="checkbox"/> Kropp	15 <input type="checkbox"/> Sachsenberg/S.	99 <input type="checkbox"/> nicht beantwortbar
08 <input type="checkbox"/> Langenhorn/O.	16 <input type="checkbox"/> Scheuern	

### 17. Todesursache, falls in Langenhorn/Ochsenzoll bis Kriegsende gestorben

wörtliche Bezeichnung aus der Krankenakte  
 01  trifft nicht zu      99  nicht beantwortbar

### 17a. Todesursache, falls nicht in Langenhorn bis Kriegsende gestorben

wörtliche Bezeichnung aus der Krankenakte  
 01  trifft nicht zu      99  nicht beantwortbar

### 18 Meldebogen

1  vorhanden      2  nicht vorhanden

### 19. Personalakte

1  vorhanden      2  nicht vorhanden

## *Gesamtauswertung der Patientendaten*

### **Grunderfassung der Krankenakten bis 1945**

- Item 1 Aktennummer;  
letzte Aktennummer vor dem Abtransport (aus Krankenakte oder Karteikarte entnommen).
- Item 2 Geschlecht;
- Item 3 Geburtsdatum;  
(aus Krankenakte oder Karteikarte entnommen).
- Item 4 Nationalität (es wurden hier die Grenzen vom 31.8.1939 zu Grunde gelegt.);  
1 deutsch, auch Sudetendeutsche und Österreicher, 2 östl. Ausland: etwa Polen, Sowjetunion, Ungarn, Slowenien und Protektorat Böhmen und Mähren, 3 westl. Ausland: etwa Italien, Schweiz, Schweden, Frankreich, England, 4 sonstiges: außereuropäische Länder.
- Item 5 Besondere Rassenzugehörigkeit;  
(Verschlüsselung wie angegeben).
- Item 6 Beruf;  
es wurde der zuletzt ausgeübte Beruf übertragen, bei Ehefrauen ohne Beruf und bei Minderjährigen der des Ehemanns bzw. des Vaters.
- Item 6a Schicht;  
die Zuordnung zu einer Sozialschicht erfolgte über ein grobes rating-Verfahren. Die Schichtzugehörigkeit wurde durch einabgestimmtes Urteil zweier Fragebogenauswerter ermittelt. In die Zuordnung zu den Kategorien Ober-, Mittel- und Unterschicht ging neben dem angegebenen Beruf und Bildungsstand auch der aus den Unterlagen gewonnene Gesamteindruck über die Person ein.
- Item 7 Aufnahmedatum;  
es wurde das letzte Aufnahmedatum in Langenhorn vor dem ersten Abtransport übertragen.
- Item 8 Einweiser;  
(Verschlüsselung wie angegeben);  
01 allgem. Hamb. Krhs.;  
alle somatischen Krankenhäuser in Hamburg, gleich, ob sie staatlich, kirchlich oder privat waren. Auch die somatischen

- Abteilungen des Universitätsklinikums.
- 04 Fürsorge;  
Fürsorgeamt, Sozialbehörde, Jugendamt.
- 06 Gefängnis, Zuchthaus, KZ ,Gericht;  
hierunter fallen auch alle Einweisungen über das Amtsgericht  
oder durch die Außenstellen des KZ-Neuengamme.
- 07 Hilfskrankenhäuser;  
diese wurden während des Krieges errichtet, teilweise in Gebäu-  
den, die bisher zu anderen Zwecken genutzt wurden und deren  
derzeitige Patienten verdrängt und zum Teil z. B. in neue Billigba-  
racken auf dem Gelände bestehender Anstalten verlegt wurden.
- 09 Militärlazarette;  
hierunter fallen die schon vor dem Krieg bestehenden Militärla-  
zarette wie Wandsbek und Harburg sowie die erst während des  
Krieges geschaffenen Hilfslazarette.
- 14 Psych. Krhs. außerhalb HH;  
gemeint sind alle psychiatrischen Anstalten und psychiatrische  
Teileinrichtungen in somatischen Krankenhäusern außerhalb  
Hamburgs, ausgenommen Lüneburg.
- 15 Rettungsstellen;  
diese sind mit Straßennamen in den Krankenakten eingetragen.
- 16 UKE-Psychiatrie;  
die »Psychiatrische und Nervenlinik der Hansischen Univer-  
sität« befand sich zunächst auf dem Gelände der aufgelösten  
Krankenanstalt Friedrichsberg, ab 1.4.1936 nannte sie sich »Psy-  
chiatrische und Nervenlinik der Hansischen Universität« und  
wurde im Sommer 1942 auf das Gelände des heutigen Univer-  
sitäts-Krankenhauses Eppendorf verlegt.
- 17 Angehörige/Vormund;  
aus Privat- oder Familienpflege.
- 18 Versorgungsheim;  
hier erfolgte bei der Auswertung eine genaue Auflistung ver-  
schiedener Heime und Heimtypen.
- Item 9 Mindestaufenthalt in der Psychiatrie vor der letzten Aufnahme;  
gemeint ist die mindestens feststellbare Verweildauer in psychia-  
trischen Einrichtungen vor der letzten Aufnahme in der Heil- und  
Pflegeanstalt. (Verschlüsselung wie angegeben).
- Item 10 Sterilisation;  
(Verschlüsselung wie angegeben).
- Item 11 Entlassungs-/Verlegungsdatum/-ort; durch die Felder 1-6 für die

## *Gesamtauswertung der Patientendaten*

Datums- und Zielortangaben soll der gesamte Verlegungsweg aufgezeichnet werden. Im Laufe der Erhebung sind noch der Zielort »40-Brandenburg« und »29-Uchtspringe« hinzugekommen.

- Item 11a Informationen über Personen, die nach Langenhorn zurückverlegt wurden und bis Kriegsende dort gelebt haben. (Verschlüsselung wie angegeben).
- Item 12 Todesdatum;  
anders als im Fragebogen formuliert, wurde das Todesdatum bis 31.12.1945 eingetragen.
- Item 14 Diagnose der Langenhorner Ärzte;  
die Zuordnung der wörtlich aus den Krankenakten übertragenen Diagnosen erfolgte nach der Methode eines »abgestimmten Expertenurteils«. Um die Diagnosen im Sinne des damaligen Zeitgeistes zu erfassen, erfolgte die Einteilung in enger Anlehnung an das Schema der Statistischen Kommission von 1930 (Wilmanns 1930), welches in der Reichsirrenstatistik zur Anwendung kam. Lediglich einige der ansonsten 21 Kategorien wurden zusammengefaßt, die Originaltitel aber erhalten.
- Item 16 Todesort;  
(Verschlüsselung wie angegeben). Im Laufe der Datenauswertung wurden als weitere Todesorte spezifiziert:  
22 Brandenburg  
23 Uchtspringe  
24 Allgem. Krankenhaus/Hilfskrankenhaus.
- Item 17 Todesursache, falls in Langenhorn bis Kriegsende gestorben.
- Item 17a Todesursache, falls nicht in Langenhorn bis Kriegsende gestorben.
- Item 18 Meldebogen;  
gemeint ist der Meldebogen der T4-Zentrale Berlin oder ab 1942 der »Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten«.
- Item 19 Personalakte der Patienten;  
liegt der Krankenakte bei.

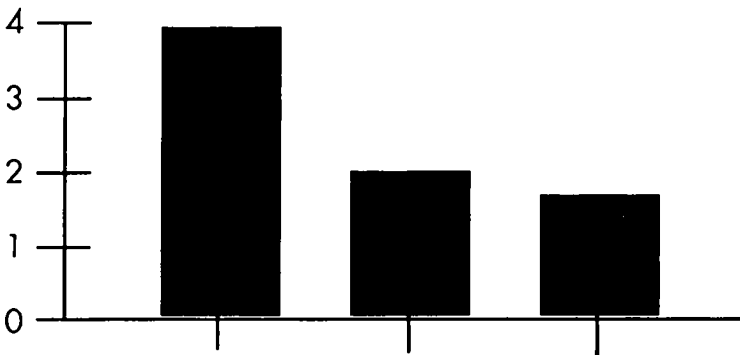
## 2. Statistische Auswertung

### 2.1. Geschlecht und Alter der Patienten

Es wurden insgesamt 3.755 Patienten erfaßt.

Die Geschlechtsverteilung beträgt 51,6 % Männer (1.937) und 48,4 % Frauen (1.818).

Graphik 1: Geschlechtsverteilung der Patienten

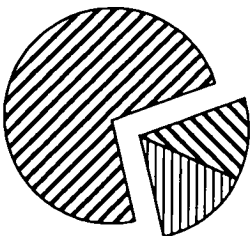


- 1: Alle erfaßten Patienten    2: Männliche Patienten    3: Weibliche Patienten  
Das Alter der verstorbenen Patienten zum Todeszeitpunkt lag zwischen 2 und 93 Jahren (Durchschnittsalter 53 Jahre). Der jüngste Patient wurde am 24.11.1941 geboren.

### 2.2. Schicksale der Patienten

Von den 3.755 Patienten sind 2668, d.h. 71,1 % bis zum 31.12.1945 verstorben. Davon starben 97 Patienten nach dem 8.5.1945. Bei 16 % der Patienten (599) ist das Todesdatum unbekannt, bei 13 % der Patienten (488) ist davon auszugehen, daß sie nach dem 31.12.1945 noch am Leben waren.

Graphik 2: Schicksale der Patienten



- 1: Verstorbene Patienten bis 31.12.1945  
2: Schicksal unbekannt  
3: Patienten, die wahrscheinlich nach dem 31.12.1945 noch lebten.

## Gesamtauswertung der Patientendaten

Die Todesdaten der 2.668 verstorbenen Patienten verteilen sich folgendermaßen auf den Zeitraum 1939 - 1945:

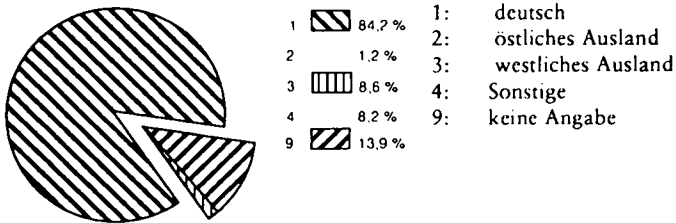
1939	1 Patient	(< 0,1%)
1940	203 Patienten	(7,6%)
1941	246 Patienten	(9,2%)
1942	488 Patienten	(18,3%)
1943	886 Patienten	(33,2%)
1944	558 Patienten	(20,9%)
1945	277 Patienten	(10,4%)
nicht bekannt	9 Patienten	(0,3%)
	2.668 Patienten	(100,0%)

### 2.3. Spezielle Angaben zu den Patienten

#### Item 4: Nationalität

84,2 % der Patienten waren deutscher Nationalität.

#### Graphik 3: Nationalität der Patienten



*Tabelle 1: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in bezug auf die Nationalität*

Nationalität	Anzahl der Pat.	Weibl. Pat.	Männl. Pat.
1	3.161	1.509	1.652
2	44	26	18
3	21	9	12
4	8	2	6
9	521	272	249
Gesamt	3.755	1.818	1.937

Item 5: Besondere Rassenzugehörigkeit

Über die Rassenzugehörigkeit läßt sich sagen, daß bei den Patienten, deren Rassenzugehörigkeit – wie dies in den Akten angegeben war – bekannt ist, der Anteil an »Juden« und »Jüdischen Mischlingen« bei 94 % lag.

Tabelle 2: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in bezug auf die Rassenzugehörigkeit

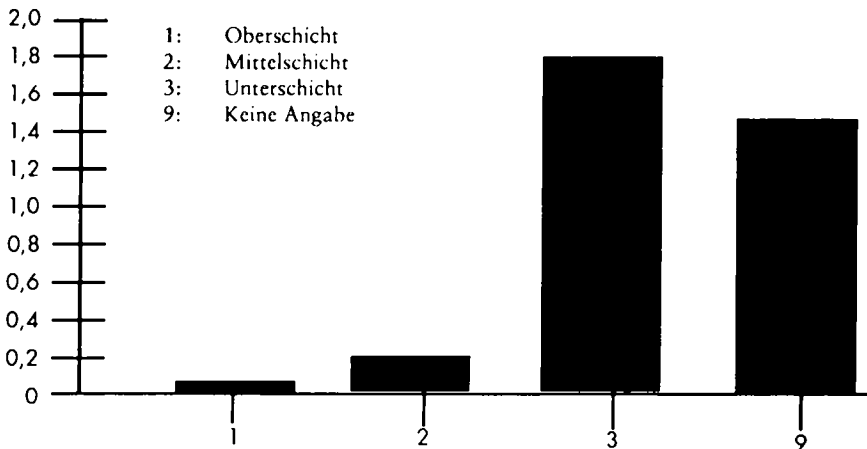
Rasse	Anzahl der Patienten	Weibliche Patienten	Männliche Patienten
Jüdische Patienten	143 (3,8%)	78 (4,3%)	65 (3,4%)
»Jüd.Mischlinge«	4 (0,1%)	1 (0,1%)	3 (0,2%)
Sonstige	10 (0,3%)	3 (0,2%)	7 (0,4%)
Keine Angabe	3.598 (95,8%)	1.736 ( 95,5%)	1.862 (96,1%)
Gesamt	3.755 (100,0%)	1.818 (100,0%)*	1.937 (100,0%)*

\* Rundungsfehler bei Addition der Spaltenprozent. In vergleichbaren Fällen wird dies in den folgende Tabellen nicht mehr extra ausgewiesen.

Item 6 a: Schicht

Der weitaus größte Anteil der Patienten stammte aus der Unterschicht (48,3%). Nur sechs Personen (0,2 %) gehörten der Oberschicht an und knapp 400 (10,6%) der Mittelschicht.

Graphik 4: Zugehörigkeit zu bestimmten Gesellschaftsschichten



## Gesamtauswertung der Patientendaten

*Tabelle 3: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung der Zugehörigkeit zu bestimmten Gesellschaftsschichten*

Gesellschafts- schicht	Anzahl der Patienten	Weibliche Patienten	Männliche Patienten
1	6 (0,2%)	2 (0,1%)	4 (0,2%)
2	397 (10,6%)	170 (9,4%)	227 (11,7%)
3	1.814 (48,3%)	745 (41,0%)	1.069 (55,2%)
9	1.538 (41,0%)	901 (49,6%)	637 (32,9%)
Gesamt	3.755 (100,0%)	1.818 (100,0%)	1.937 (100,0%)

### *Item 7: Aufnahmedatum*

Ca. ein Viertel der Patienten wurde bereits vor 1936 in Langenhorn aufgenommen, weitere 11,5 % der Patienten im Zeitraum 1936 - 1938 und ca. die Hälfte aller Patienten im Zeitraum 1939 - 1945.

*Tabelle 4: Letztes Aufnahmedatum in Langenhorn*

Aufnahmedatum in Langenhorn	Anzahl der Pat.	Weibl. Pat.	Männl. Pat.
Nov. 1892	1	-	1
1900 - 1909	32	15	17
1910 - 1919	86	30	56
1920 - 1929	298	105	193
1930 - 1935	465= 882 (23,5%)	195	270
1936 - 1938	430= (11,5%)	197	233
1939	267	144	123
1940	293	168	125
1941	456	261	195
1942	335	144	191
1943	538	331	207
1944	117	41	76
1945	14=2.020 (53,8%)	2	12
unbekannt	423= (11,3%)	185	238
Gesamt	3.755	1.818	1.937



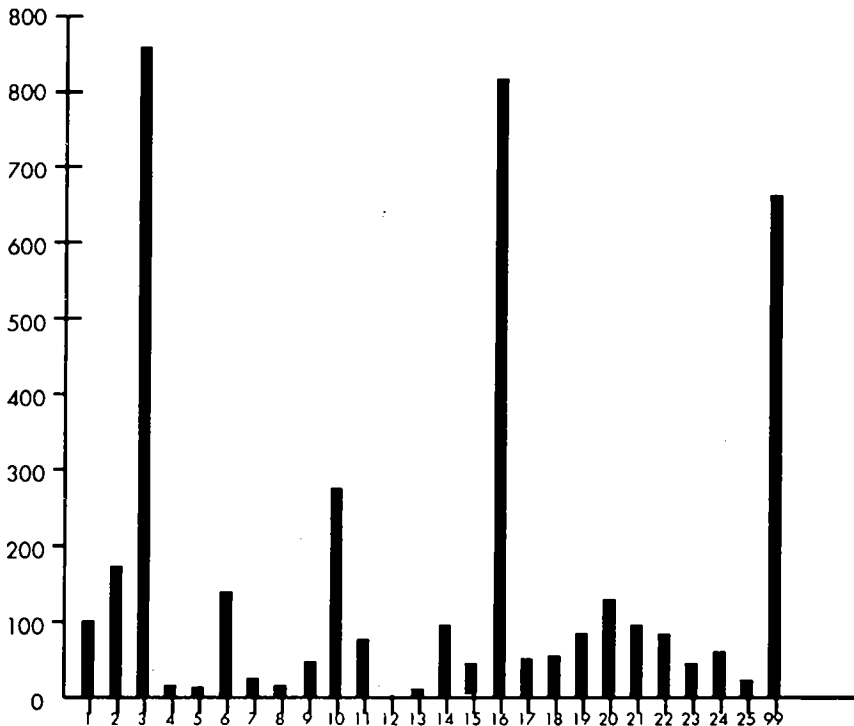
2.4. Einweiser, Diagnosen, Verlegungsorte, Todesorte

Item 8: Einweiser

Bei den erfaßten Patienten traten folgende Institutionen als Einweiser auf:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1: allg. Hamb. Krhs.;                 | 14: Psych. Krhs. außerhalb Hamburgs;              |
| 2: Alsterdorfer Anstalten;            | 15: Rettungsstellen;                              |
| 3: Friedrichsberg, bis 31.3.1936;     | 16: PNK (UKE-Psychiatrie), ab 1.4.36;             |
| 4: Fürsorge;                          | 17: Angehörige / Vormund;                         |
| 5: Gesundheitsamt;                    | 18: Versorgungsheim, ohne nähere Angabe;          |
| 6: Gefängnis, Zuchthaus, KZ, Gericht; | 19: Sonstige, ohne nähere Angabe;                 |
| 7: Hilfskrankenhäuser;                | 20: Versorgungsheim Oberaltenallee;               |
| 8: Lager d. Arbeitsdienstes;          | 21: Versorgungsheim Farmsen;                      |
| 9: Militärlazarette;                  | 22: Kirchliches Heim Anscharhöhe;                 |
| 10: niedergelassene Ärzte;            | 23: Versorgungsheim Averhoffstraße;               |
| 11: Polizei;                          | 24: Sonstige Heime inner- und außerhalb Hamburgs; |
| 12: Privatklinik Dr. Lienau;          | 25: Privatheim Eichenkamp;                        |
| 13: Psych. Krhs. Lüneburg;            | 99: keine Angabe;                                 |

Graphik 5: Einweiser



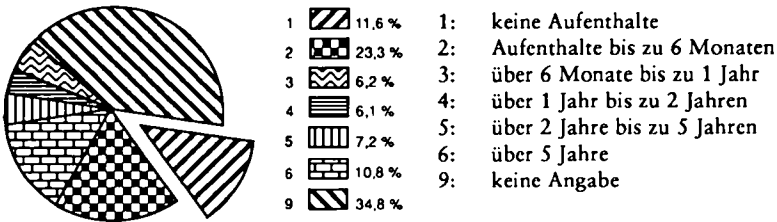
## Gesamtauswertung der Patientendaten

Die Grafik auf Seite 481 zeigt deutlich, daß Friedrichsberg und die PNK einen hohen Anteil an Einweisungen nach Langenhorn hatten, gefolgt von niedergelassenen Ärzten.

### Item 9: Mindestaufenthalte in der Psychiatrie vor der letzten Einweisung in die Krankenanstalt Langenhorn

Die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Abteilungen wurde unterteilt in kein Aufenthalt, Aufenthalt bis zu sechs Monaten, Aufenthalt bis zu einem Jahr, Aufenthalt bis zu zwei Jahren, bis zu fünf Jahren und Aufenthalt länger als fünf Jahre. Patienten ohne Angaben wurden mit einer »9« codiert.

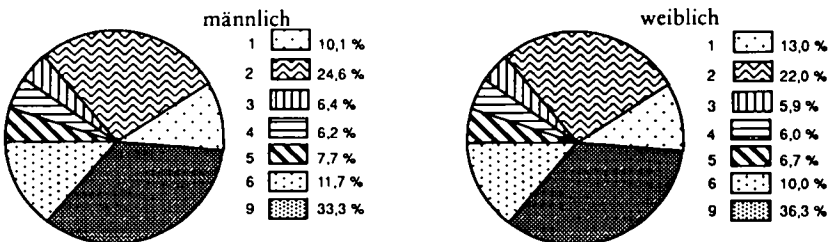
Graphik 6: Mindestaufenthalt der Patienten in psychiatrischen Abteilungen vor der letzten Einweisung in Langenhorn



Es wird deutlich, daß 35 % der Patienten nicht länger als sechs Monate in Behandlung war. Der Anteil der Patienten ohne oder mit einem länger als ein Jahr dauernden Aufenthalt in der Psychiatrie bewegt sich zwischen 6 % und 12 %.

Auch bei Berücksichtigung der Geschlechtsverteilung zeigt die Verteilung der Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen kein anderes Bild. Die Anzahl an männlichen und weiblichen Patienten weicht nur geringfügig voneinander ab.

Graphik 7: Geschlechtsverteilung in bezug auf Mindestaufenthalte in der Psychiatrie vor der letzten Aufnahme in Langenhorn



Ziffernkodierung wie Abbildung 6.

*Tabelle 5: Absolute Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in bezug auf Mindestaufenthalt in psychiatrischen Abteilungen vor der letzten Aufnahme in Langenhorn*

Aufenthalt	Gesamtanzahl	Weibliche Patienten	Männliche Patienten
1	435	183	252
2	874	447	427
3	231	117	114
4	230	113	117
5	270	140	130
6	407	213	194
9	1.308	605	703
Gesamt	3.755	1.818	1.937

*Tabelle 6: Aufnahme in und Verlegungen aus Langenhorn*

Aufnahme in Langenhorn	Erste Verlegung aus Langenhorn										Gesamt
	1922-1929'	1930-1935'	1936-1938'	1939	1940**	1941	1942	1943	1944	1945	
1892 – 1909	1	19	4	9	25	80	53	204	61		456 (12,1%)
1910 – 1919	3	13	2	2	11	25	12	17		1	86 (2,3%)
1920 – 1929	5	68	10	8	36	94	28	46	3		298 (7,9%)
1930 – 1935		94	21	18	52	158	42	78	2		465 (12,4%)
1936 – 1938			55	26	61	156	52	77	3		430 (11,5%)
1939				16	58	109	38	43	3		267 (7,1%)
1940					97	122	28	46			293 (7,8%)
1941						286	95	74	1		456 (12,1%)
1942							134	199	2		335 (8,9%)
1943								461	77		538 (14,3%)
1944									75	42	117 (3,1%)
1945										14	14 (0,4%)
Gesamt	9	194	92	79	340	1.030	482	1.245	227	57	3.755(100,0%)

\* = Vorkriegszeit (Erstverlegungen in Hamburger Umlandanstalten vor Kriegsbeginn)  
 \*\* = einschließlich Verlegungen nach Lübeck-Strecknitz, die in der Gesamttransportliste für das Jahr 1940 nicht gesondert aufgeführt worden sind.

## Gesamtauswertung der Patientendaten

Tabelle 7: Aufenthalt in Langenhorn bis zur ersten Verlegung

Aufenthaltsdauer	Anzahl der Pat.
bis zu 1/2 Jahr	1.067 (28,4 %)
bis zu 1 Jahr	664 (17,7 %)
bis zu 2 Jahre	213 (5,7 %)
bis zu 3 Jahre	172 (4,6 %)
bis zu 4 Jahre	176 (4,7 %)
bis zu 5 Jahre	413 (11,0 %)
bis zu 10 Jahre	340 (9,1 %)
bis zu 15 Jahre	186 (4,9 %)
bis zu 20 Jahre	13 (0,3 %)
bis zu 25 Jahre	12 (0,3 %)
bis zu 30 Jahre	63 (1,7 %)
über 30 Jahre	436 (11,6 %)
Gesamt	3.755 (100,0 %)

### Item 10: Sterilisation

1 = vor dem 1.1.1934 sterilisiert	=	12 Patienten (0,3 %)
2 = nach dem 1.1.1934 sterilisiert	=	445 Patienten (11,9 %)
3 = nicht sterilisiert	=	999 Patienten (26,6 %)
4 = beantragt, näheres unbekannt	=	17 Patienten (0,5 %)
5 = beantragt, nicht durchgeführt	=	6 Patienten (0,2 %)
9 = nicht beantwortbar	=	2.276 Patienten (60,6 %)

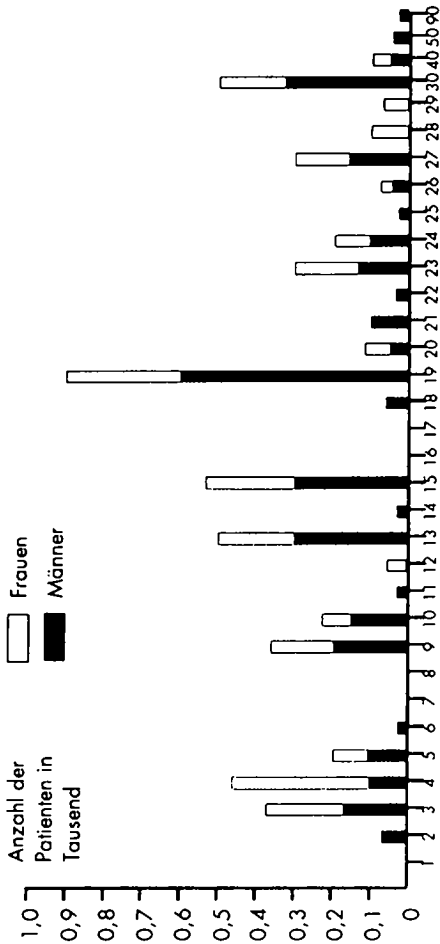
Von 457 Patienten ist bekannt, daß sie sterilisiert wurden. Die Angaben sind insofern unzuverlässig, als in den Krankenakten häufig keine Hinweise zur Frage der Sterilisationen zu finden sind.

### Item 11: Entlassungs- u. Verlegungsort in bezug auf die Verlegungen aus Langenhorn ab 1939 (betrifft auch Mehrfachverlegungen)

Verlegungsorte wurden wie folgt codiert:

1: Trifft nicht zu;	12: Liebenburg;	23: Strecknitz;
2: Bernburg;	13: Lüneburg;	24: Tiegenhof;
3: Eichberg;	14: Mainkofen;	25: PNK;
4: Hadamar;	15: Meseritz-Obraw.;	26: Versorgungsheim;
5: n.Hause/in Pflege entl.;	16: Militärlazarett Hamb.;	27: Weilmünster;
6: Allg. Hamb. Krhs.;	17: Neumünster;	28: Wien;
7: Hilfskrhs. in Hamb.;	18: Neustadt;	29: Uchtsprunge;
8: Hilfskrhs. a. Hamb.;	19: Rickling;	30: Langenhorn;
9: Ilten;	20: Sachsenberg;	40: Brandenburg;
10: Königslutter;	21: Scheuern;	50: entwichen ;
11: Kropp;	22: Schleswig;	99: keine Angabe

Graphik 8: Verteilung der Patienten auf die Verlegungsorte



Die Verlegung und teilweise Mehrfachverlegung der Langenhorner Patienten in Außen- und Umlands-, in Zwischen- und in Tötungsanstalten erfolgte aus verschiedenen Gründen. Einmal wurde in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn Platz benötigt für einen normalen Krankenhausbetrieb mit den Abteilungen für Medizin, Infektion, Chirurgie, Tuberkulose und Dermatologie. Die Psychiatrie mußte demzufolge stark eingeschränkt werden. Auf der anderen Seite dienten die Verlegungen in die o.g. Anstalten u. a. der Täuschung über den nachvollziehbaren Verbleib der ausgesonderten Patienten. Zu den Umlandanstalten gehörten Lüneburg und Rickling. Die Außenanstalten waren Lübeck-Strecknitz, Eichenkamp und Ansharhöhe. Weilmünster, Eichberg, Königslutter und Scheuern zählten zu den Zwischenanstalten und waren u. a. »Zulieferer« für die Tötungsanstalten Hadamar, Bernburg, Meseritz und Tiegenhof (vgl. entsprechende Kapitel).

1.673 (44,6 %)	Patienten wurden	1mal,
1.283 (34,2 %)	“ “	2mal,
549 (14,6 %)	“ “	3mal,
155 (4,1 %)	“ “	4mal,
81 (2,2 %)	“ “	5mal und
14 (0,4 %)	“ “	6mal verlegt,
		wobei auch Rückverlegungen nach
		Langenhorn mitgezählt wurden.

## Gesamtauswertung der Patientendaten

### Ein Beispiel:

Der Patient Adolph Sch., geb. 1900, ohne Ausbildung, Aufnahme in Langenhorn 4. 10. 1929, Einweiser Friedrichsberg. Bei Aufnahme in Langenhorn bereits über fünf Jahre Aufenthalt in der Psychiatrie.

Am 23. 4.1940 weiterverlegt nach Rickling,  
am 4. 2.1942 zurück nach Langenhorn,  
am 25. 8.1942 wieder verlegt nach Ilten,  
am 25. 9.1942 zurück nach Langenhorn,  
am 7. 8.1943 nach Eichberg verlegt und  
am 13. 10. 1943 von Eichberg nach Weilmünster.

Sein weiteres Schicksal ist unbekannt, seine Krankenakte ist nicht mehr vorhanden. Da der Patient aber auf einer Liste Langenhorner Patienten vermerkt ist, die am 7. 8. 1943 nach Eichberg, von dort am 13. 10. 1943 nach Weilmünster und weiter nach Hadamar verlegt wurden, ist anzunehmen, daß er in Hadamar den Tod fand.

Interessant war darüber hinaus die Lebensdauer der verstorbenen Patienten nach ihrer letzten Verlegung aus Langenhorn. Hierbei bleibt aber anzumerken, daß natürlich nicht alle Patienten zum gleichen Zeitpunkt verlegt wurden und ihre unterschiedliche Überlebensdauer begründet sein kann in dem Zeitpunkt der Verlegung, dem Verlegungsort, Alter und Konstitution des Patienten.

### Überlebensdauer der bis Ende 1945 gestorbenen Patienten nach ihrer letzten Verlegung aus Langenhorn:

bis 1 Monat	739 (27,7 %)
über 1 - 6 Monate	671 (25,1 %)
über 6 - 12 Monate	422 (15,8 %)
über 12 Monate	836 (31,3 %)
Gesamt	2.668 (100,0 %)

### Item 14: Diagnosen

Die Zuordnung der wörtlich aus den Krankenakten übertragenen Diagnosen erfolgte nach der Methode eines »Abgestimmten Expertenurteils« und in enger Anlehnung an das Schema der Statistischen Kommission von 1930:

- 1: Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände
- 2: Psychische Störungen bei Gehirnverletzungen, Gehirnentzündungen, Hirnkrankheiten, akuten Infektionen, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien

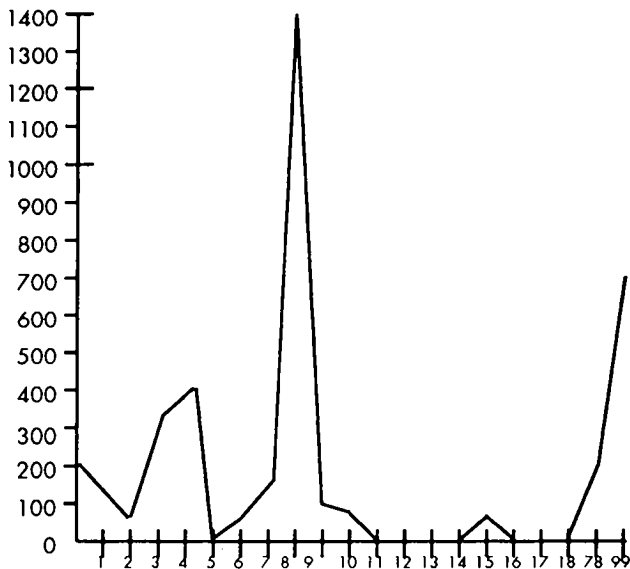
- 3: Progressive Paralyse und psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes
- 4: Psychische Störungen des höheren Alters
- 5: Huntington'sche Chorea
- 6: Alkoholismus, Morphinismus, Kokainismus und verwandte Sucht, psychische Störungen bei anderen Vergiftungen
- 7: Epilepsie
- 8: Schizophrener Formenkreis
- 9: Manisch-depressiver Formenkreis
- 10: Psychopathische Persönlichkeiten und abnorme Reaktionen sowie psychopathische Kinder und Jugendliche
- 11: Körperliche Erkrankungen, außer hirnorganische Syndrome, Lues, TBC und Kriegsverletzungen
- 12: Körper- und Sinnesbehinderungen
- 13: Kriegspsychosen und hirnorganische Syndrome
- 14: Körperliche Kriegsschäden
- 15: Verwirrtheit nach Bombenangriff oder reaktive Psychose nach Bombenangriff
- 16: TBC
- 17: Sonstige
- 18: Psychopathische Kinder und Jugendliche
- 70: Geisteskrankheit
- 99: keine Angabe

*Tabelle 8: Absolute Häufigkeit der Diagnosen der Patienten in Langenhorn*

Diagnose	Anzahl der Patienten
1	241 (6,4 %)
2	67 (1,8 %)
3	264 (7,0 %)
4	411 (10,9 %)
5	6 (0,2 %)
6	22 (0,6 %)
7	195 (5,2 %)
8	1.330 (35,4 %)
9	112 (3,0 %)
10	101 (2,7 %)
11	7 (0,2 %)
12	4 (0,1 %)
14	1 (<0,1 %)
15	45 (1,2 %)
16	1 (<0,1 %)
17	2 (0,1 %)
18	5 (0,1 %)
70	245 (6,5 %)
99	696 (18,5 %)

## Gesamtauswertung der Patientendaten

Graphik 9: Ärztliche Diagnosen bei den Patienten in Langenhorn



Es wird deutlich, daß 35,4 % der Patienten eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis hatten, 10,9 % psychische Störungen des höheren Lebensalters, 7 % Progressive Paralyse, Lues und Tabes, 6,4 % angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn, 5,2 % epileptische Krankheiten, 3 % manisch-depressiver Formenkreis, 2,7 % sog. Psycho-pathie, 1,8 % psychische Störungen bei Gehirnverletzungen etc, 1,2 % Verwirrtheit nach Bombenangriffen, 6,5 % eine nicht näher spezifizierte Geisteskrankheit. Die restlichen 20 % verteilten sich auf die übrigen Diagnosen bzw. hatten keine diesbezügliche Angabe.

### Item 16: Todesorte

Die Todesorte wurden wie folgt codiert:

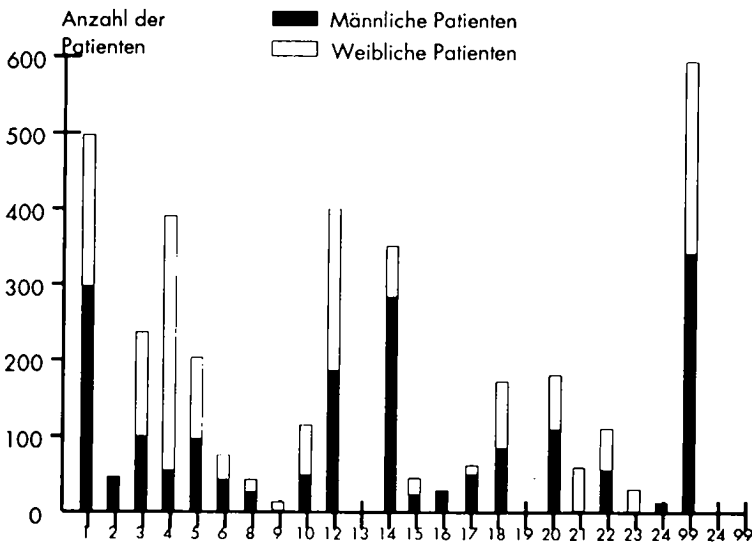
- |                     |                      |                   |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| 1: trifft nicht zu; | 10: Lüneburg;        | 19: PNK;          |
| 2: Bernburg;        | 12: Meseritz-Obraw.; | 20: Weilmünster;  |
| 3: Eichberg;        | 13: Neumünster;      | 21: Wien;         |
| 4: Hadamar;         | 14: Rickling;        | 22: Brandenburg;  |
| 5: Ilten;           | 15: Sachsenberg;     | 23: Uchtspringe;  |
| 6: Königslutter;    | 16: Scheuern;        | 24: Allg. Krhs.;  |
| 8: Langenhorn;      | 17: Strecknitz;      | 99: Keine Angabe. |
| 9: Liebenburg;      | 18: Tiegenhof;       |                   |



Tabelle 9: Todesort

Todesort	Männl. Pat.	Weibl. Pat.	Gesamtzahl	
1	288	200	488	(13,0 %)
2	49		49	(1,3 %)
3	96	141	237	(6,3 %)
4	64	330	394	(10,5 %)
5	97	108	205	(5,5 %)
6	54	29	83	(2,2 %)
8	31	22	53	(1,4 %)
9	1	15	16	(0,4 %)
10	65	70	135	(3,6 %)
12	189	213	402	(10,7 %)
13		1	1	(<0,1 %)
14	274	61	335	(8,9 %)
15	17	27	44	(1,2 %)
16	29		29	(0,8 %)
17	62	18	8	(2,1 %)
18	90	94	184	(4,9 %)
19		1	1	(<0,1 %)
20	123	67	190	(5,1 %)
21		61	61	(1,6 %)
22	61	74	135	(3,6 %)
23		32	32	(0,9 %)
24	2		2	(0,1 %)
99	345	254	599	(16,0 %)
Gesamt	1.937	1.818	3.755	(100,0 %)

Graphik 10: Verteilung der Patienten auf die Todesorte



Gesamtauswertung der Patientendaten

# Gesamtübersicht über die aus Langenhorn abgegangenen Zweiten Weltkrieges

Transport Datum	Anzahl Frauen / Männer		Eich-berg	Hada-mar	Ilten	Konigs-lutter	Lieben-burg	Lüne-burg	Meseritz-Obraw.	Neu-stadt	Pinne-berg
28. 8.39*	160										
31. 8.39*	50										
5. 9.39	30	20									
19. 9.39	50 ( Flucht.aus Landau)										
6.11.39	11										
<b>Gesamt 1939</b>	<b>80</b>	<b>241</b>									
	<b>= 321 Patienten</b>										
23. 4.40	26	25									
23. 9.40	74	62									
5.11.40	20										
<b>Gesamt 1940</b>	<b>100</b>	<b>107</b>									
	<b>= 207 Patienten</b>										
17. 2.41		31									
10. 3.41	23										
19. 3.41	20	30									
20. 3.41	40	85						125			
21. 3.41	50	50								100	
26. 5.41	20							20			
26.6.41	20							20			
3. 7.41		20						20			
10. 7.41		50									
18. 7.41	20					50					
29. 7.41	30					30		20			
8. 8.41	10	10									
14. 8.41		75				75					
16. 9.41	45										
9.10.41		40									
17.10.41		75			75						
21.10.41	30	45			75						
14.11.41	69										
20.11.41		65									
27.11.41	32	37									
vom 1.9.39 bis 23.9.41	93	135									
<b>Gesamt 1941</b>	<b>502</b>	<b>748</b>			<b>150</b>	<b>155</b>		<b>205</b>		<b>100</b>	
	<b>= 1250 Patienten</b>										
6. 2.42	15	15						30			
17. 2.42		27									
18. 2.42	35				35						
24. 3.42	15	15				30					
25. 3.42	10	10									
13. 4.42	15	19						34			
4. 5.42	20	70									
20. 5.42	20	30			50						
22. 5.42	15	20						35			
12. 6.42	6	16									
16. 6.42	35							35			
31. 7.42	15	15							30		
25. 8.42	20	45			65						
13.10.42		20						20			
6.11.42	10	22									
<b>Gesamt 1942</b>	<b>231</b>	<b>324</b>			<b>150</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>149</b>			
	<b>= 555 Patienten</b>										

# Transporte geisteskranker Patienten während des

Rick- ling	Sachsen- berg	Scheu- ern	Schles- wig	Streck- nitz	Tiegen- hof	Ucht- springe	Versorgh. Oberalt.	Weil- munster	Wien	Jüd. Opfer
150				10						
50										
50										
11										
311				10						
51										136
20										
71										136
31										
23										
50										
20										
45										
40										
					69					
					65					
					69					
				228						
209				228	203					
27										
20										
30							60			
22										
32										
131							60			

## Gesamtauswertung der Patientendaten

Transport-Datum	Anzahl Frauen / Männer		Eich- berg	Hada- mar	Ilten	Königs- lutter	Lieben- burg	Lüne- burg	Meseritz- Obraw.	Neu- stadt	Pinne- berg
12. 1.43		39									
13. 1.43		20						20			
25. 2.43	40				40						
25. 3.43		50							50		
2. 4.43		50							50		
9. 4.43	50								50		
16. 4.43		50							50		
25. 5.43	60										
1. 6.43	45										
8. 6.43		50									
18. 6.43	6	12									
22. 6.43	49			49							
29. 6.43	50			50							
6. 7.43	50			50							
14. 7.43	51			51							
21. 7.43	50			50							
1. 8.43**	7	1									
5. 8.43	79					20					
7. 8.43	97	177	78	97							
16. 8.43	72										
19. 8.43	39	13 + 5 Kinder							57		
22.10.43		50							50		
2.11.43	50								50		
16.12.43		21									
<b>Gesamt 1943</b>	<b>795</b>	<b>533+5</b>	<b>78</b>	<b>347</b>	<b>40</b>	<b>20</b>		<b>20</b>	<b>357</b>		
	= 1333 Patienten										
25. 1.44	50								50		
1. 2.44		50							50		
28. 4.44	10	30									
9. 5.44	50								50		
23. 6.44	15	35									
28. 8.44	2										
21. 9.44	50										
26. 9.44		50									
3.11.44	12	1									
<b>Gesamt 1944</b>	<b>189</b>	<b>166</b>							<b>150</b>		
	= 355 Patienten										
15. 1.45		30									
14. 2.45		22									
16. 2.45	12										
8. 3.45	3	9									12
<b>Gesamt 1945</b>	<b>15</b>	<b>61</b>									<b>12</b>
	= 76 Patienten										
<b>Gesamt:</b>	<b>1912</b>	<b>2185</b>	<b>78</b>	<b>347</b>	<b>340</b>	<b>205</b>	<b>35</b>	<b>374</b>	<b>507</b>	<b>100</b>	<b>12</b>

\* Die beiden Transporte nach Rickling Ende August 1939 werden mitaufgeführt, weil sie im unmittelbaren Zusammenhang mit kriegsbedingten Räumungsmaßnahmen in Langenhorn standen.

\*\* Am 1.8.1943 »irrtümlich« ins Reservelazarett Lübtheen, von dort am 19.9.1943 nach Sachsenberg weiterverlegt.

Ingesamt wurden vom 28.8.1939 — 8.3.1945 4.097 Patienten verlegt.

## Statistische Auswertung

Rick- ling	Sachsen- berg	Scheu- ern	Schles- wig	Streck- nitz	Tiegen- hof	Ucht- springe	Versorgh. Oberalten.	Weil- münster	Wien	Jüd. Opfer
39										
								60 45 50		
18										
	8						59			
		99							72	
21										
78	8	99				59		155	72	
40										
50										
	50 50		2							
			13							
90	100		15							
30										
22										
12										
64										
954	108	99	15	238	203	59	60	155	72	136

Quelle: Als Grundlage diente die vermutlich von Dr. Knigge erstellte Zusammenfassung der Transporte in: StA HH, 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve, Sonderband Langenhorn, Strafsache Quickert u.a., Bl. 28-30. Sie wurde durch zusätzliche Unterlagen soweit als möglich ergänzt und korrigiert.

## Gesamtauswertung der Patientendaten

### Item 18: Meldebogen

Von 344 Patienten (9,2 %), entsprechend 245 Frauen und 99 Männern, war ein Meldebogen in den Krankenakten vorhanden.

### Item 19: Personalakte

In 1.122 (29,9 %) Krankenakten befanden sich auch die Personalakten, und zwar von 705 Frauen und 417 Männern, in denen u. a. Briefwechsel mit Behörden und Angehörigen zu finden sind.

Von den 3.755 erfaßten Patienten hatten insgesamt 371 (ca. 10 %) eine §-Eintragung in ihren Akten vermerkt, welche sich wie folgt aufteilen:

§ 22 Verh. Ges.	296 Patienten = 79,8 %
§ 42b StGB	50 Patienten = 13,5 %
§ 51b StGB	10 Patienten = 2,7 %
§ 81 StPO	6 Patienten = 1,6 %
§ 175 StGB	3 Patienten = 0,8 %

Sechs Patienten verteilen sich auf diverse andere Paragraphen.

Erklärungen der oben genannten Paragraphen:

- § 22 Verh. Ges. Hamburger Verhältnissgesetz, Einweisung durch die Polizei zum eigenen Schutz oder zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung.
- § 42b StGB Strafgesetzbuch Sicherheitsverwahrung. (Nach Begehen einer strafbaren Handlung).
- § 51b StGB Strafgesetzbuch. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störungen der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.
- § 81 StPO Strafprozeßordnung Einweisung durch das Gericht zur zeitlich begrenzten Beobachtung.
- § 175 StGB Strafgesetzbuch. Widernatürliche Unzucht, welche zwischen Personen männlichen Geschlechts begangen wird.

# Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesarchiv Koblenz
BA/MA	Bundesarchiv-Militärarchiv Freiburg i. Breisgau
Gekrat	Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft
GStA	Generalstaatsanwaltschaft
Gestapo	Geheime Staatspolizei
HH	Hamburg
NSBO	Nationalsozialistische Betriebszellenorganisation
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
PNK	Psychiatrische und Nervenlinik der Hansischen Universität
PVG	Polizeivollzugsgesetz
RStGB	Reichsstrafgesetzbuch (siehe auch StGB)
SA	Sturmabteilung
SS	Schutzstaffel
StA	Staatsanwaltschaft
StArch	Staatsarchiv
StGB	Strafgesetzbuch (siehe auch RStGB)
StPO	Strafprozeßordnung
T 4	Tiergartenstraße 4, Sitz der Euthanasie-Zentrale in Berlin

# Quellen- und Literaturverzeichnis

(Aufgeführt sind nur die Quellenbestände und die Literatur, die in der Untersuchung zitiert werden.)

## 1. Unveröffentlichte Quellen

- Bundesarchiv Koblenz
  - R 36 Deutscher Gemeindetag
- Bundesarchiv-Militärarchiv Freiburg i. Breisgau
  - H 20/463 u. H 20/465 Planungsakte Nitsche I u. II
- Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt/Main
  - Js 17/59, Ermittlungsverfahren gegen Prof. Heyde u.a.
  - Js 18/61, Ermittlungsverfahren gegen Dr. Renno
  - Js 20/61, Ermittlungsverfahren gegen Vorberg und Allers
- Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg
  - Zentralregistratur, Gesundheitsbehörde
- Staatsanwaltschaft Hamburg
  - 147 Js 58/67, Ermittlungsverfahren gegen Lensch und Dr. Struve
  - 14 Js 256/48, Ermittlungsverfahren gegen Bayer u.a.
- Staatsarchiv Hamburg
  - Architekt Konstanty Gutschow
  - Finanzdeputation IV
  - Gesundheitsämter 4
  - Gesundheitsverwaltung-Personalakten
  - Hochschulwesen II
  - Senatskanzlei-Personalabteilung I
  - Senatskanzlei-Personalakten
  - Senatskommission für den höheren Verwaltungsdienst
  - Sozialbehörde I, II
  - Staatliche Pressestelle I-IV
  - Staatskrankenanstalt Langenhorn
  - Staatsverwaltung-Allgemeine Abteilung
  - Zeitgeschichtliche Sammlung
- Niedersächsisches Hauptstaatsarchiv Hannover
  - Nds. 721, Hannover Acc. 61/81
  - Hann. 155, Lüneburg Acc. 56/83
- Staatsanwaltschaft Hannover
  - 2 Js 80/50, Ermittlungssache gegen Dr. Meumann
  - 2 Js 122/48, Ermittlungssache gegen Dr. Bräuner



## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 2 Js 201/48, Strafsache gegen Gessner, Andreae und Fröhlich  
2 Js 237/56, Strafsache gegen Prof. Dr. Hans Heinze u.a.  
11 Js 10/74, Ermittlungsverfahren gegen Dr. Barnstorf u.a.  
Staatsanwaltschaft Lüneburg  
2a Js 279/62, Ermittlungssache gegen Dr. Bräuner  
Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden  
Eichberg, Verwaltungsakten 430-1  
Archiv Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll  
Aufnahmebücher 1939 – 1945  
Krankenregister 1939 – 1945  
Patientenakten  
Personalakten, Personalkartei  
Verlegungslisten der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn aus  
GStA Frankfurt/Main Js 20/61, Verfahren gegen Vorberg und  
Allers, Beiakte 2, Teil II  
Akten verlegter Patienten wurden eingesehen oder beschafft aus den An-  
stalten in:  
Eichberg (im Bestand des Hessischen Hauptstaatsarchivs Wiesba-  
den)  
Hadamar  
Ilten  
Lübeck-Strecknitz  
Lüneburg  
Meseritz-Obrawalde (im Bestand des Archiwów Panstwowych  
Szczecin)  
Rickling  
Scheuern (im Bestand des Archivs der Anstalt Hadamar)  
Schleswig-Stadtfeld  
Weilmünster (im Bestand des Archivs der Anstalt Hadamar)  
Wien-Baumgartnerhöhe

### 2. Veröffentlichungen vor 1945

- Ärzteblatt für Norddeutschland, 1. Jg. 1938  
Binding, Karl und Alfred E. Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebens-  
unwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920  
Bresler, Johannes: Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz, in:  
Bresler, Johannes (Hrsg.): Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für  
psychisch Kranke in Wort und Bild, Halle 1910, S. 257 ff.  
Gütt, Arthur, Ernst Rüdin und Falk Ruttke: Gesetz zur Verhütung erb-  
kranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsver-  
ordnungen, München 1934  
Hamburger Gesetz- und Verordnungsblatt, 1934

## *Quellen- und Literaturverzeichnis*

Handbuch Reichsgau Wien, 63./64. Jg., Wien 1941

Hanko, Gerhard: 50 Jahre Heil- und Pflegenanstalt Langenhorn. Zum Jubiläum der Anstalt am 1. April 1943, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 1943, H. 6, S.86 ff.

Hanko, Gerhard: Gedanken zum Problem der Reorganisation des deutschen Irrenwesens, auch im Hinblick auf die Heil- und Pflegenanstalten, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 1941, H. 8, S. 149 ff.

Reichsgesetzblatt 1933, 1941, 1942

Schäfer, Gerhard: Über einige Aufgaben des Arztes bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, in: Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1. Jg. 1934, S. 136 f.

Steigertahl, Georg: Neuordnung im Anstaltswesen, in: Soziale Praxis, 43. Jg. 1934, Sp. 409 ff.

### **3. Veröffentlichungen nach 1945**

Aly, Götz (Hrsg.): Aktion T4 1939-1945. Die »Euthanasie«-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, Berlin 1987

Aly, Götz: Anstaltsmord und Katastrophenmedizin 1943-1945. Die »Aktion Brandt«, in: Dörner, Klaus (Hrsg.): Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen, Rehburg-Loccum 1984, S. 33 ff.

Aly, Götz: Medizin gegen Unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1, Berlin 1985, S. 9 ff.

Aly, Götz: Der Mord an behinderten Hamburger Kindern zwischen 1939 und 1945, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 147 ff.

Aly, Götz: Der saubere und der schmutzige Fortschritt, in: Reform und Gewissen. »Euthanasie« im Dienst des Fortschritts, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 2, Berlin 1985, S. 9 ff.

Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (Hrsg.): »Totgeschwiegen« 1933-1945. Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, Berlin 1988

Asendorf, Manfred: Als Hamburg in Schutt und Asche fiel und wie der NS-Staat die Krise bewältigte, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 188 ff.

Baader, Gerhard und Ulrich Schultz (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Berlin 1983

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne, Hamburg 1991
- Beck, Christoph: Sozialdarwinismus – Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im »Dritten Reich« – und heute, Bonn 1992
- Blasius, Dirk: Das Ende der Humanität. Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit, in: Pehle, Walter H. (Hrsg.): Der historische Ort des Nationalsozialismus. Annäherungen, Frankfurt/Main 1990, S. 46 ff.
- Blasius Dirk: Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie, Bonn 1986
- Blasius, Dirk: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Wahnsinns, Frankfurt/Main 1980
- Bock, Gisela: Krankenmord, Judenmord und nationalsozialistische Rassenpolitik: Überlegungen zu einigen neueren Forschungshypothesen, in: Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei, Hamburg 1991, S. 285 ff.
- Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zu Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986
- Broszat, Martin: Der Staat Hitlers. Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung, München 1983
- Bussche, Hendrik van den: Die Fakultät im Strudel der »neuen Zeit«, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.): Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«, Berlin-Hamburg 1989, S. 145 ff.
- Bussche, Hendrik van den: Die Hamburger Psychiatrie auf dem Weg zur Rassenhygiene, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.): Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«, Berlin-Hamburg 1989, S. 233 ff.
- Bussche, Hendrik van den (Hrsg.): Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«. Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät, Berlin-Hamburg 1989
- Chroust, Peter (Bearb.): Friedrich Mennecke. Innenansichten eines medizinischen Täters im Nationalsozialismus. Eine Edition seiner Briefe 1935-1947, 2 Bde., Hamburg 1987
- Daub, Ute: »Krankenhaus – Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus« – die letzte Phase der »Euthanasie« in Frankfurt am Main, in: Psychologie und Gesellschaftskritik 2, 1992, S. 39 ff.
- Delius, Peter: Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Kiel 1988
- Dickel, Horst: »Die sind doch alle unheilbar«. Zwangssterilisationen und Tötung der »Minderwertigen« im Rheingau 1934-1945 (Materialien zum Unterricht, Sekundarstufe I, Heft 77, Projekt »Hessen im Nationalsozialismus«), Wiesbaden 1988

## *Quellen- und Literaturverzeichnis*

- Diner, Dan: Historisches Verstehen und Generationenalt. Der Judenrat als erkenntnistheoretische Warte, in: Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei, Hamburg 1991, S. 307 ff.
- Dörner, Klaus (Hrsg.): Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. Wert und Verwertung des Menschen im 20. Jahrhundert, Rehburg-Loccum 1984
- Dörner, Klaus: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 15, 1967, S. 121 ff.
- Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder: die Soziale Frage: Entstehung, Medizinisierung, NS-Endlösung, heute, morgen, Gütersloh 1988
- Dörner, Klaus u.a.(Hrsg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach »Holocaust«: Erkennen – Trauern – Begegnen, Rehburg-Loccum 1980
- Dörner, Klaus und Ursula Plog: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Wunstorf/Hannover 1978
- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hrsg.): Widerstand und Verfolgung in Niederösterreich 1934-1945. Eine Dokumentation, Bd. 3, Wien 1987
- Ebbinghaus, Angelika: Kostensenkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung. Konsequenzen für das Anstaltswesen, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 136 ff.
- Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984
- Eder, Klaus: Die Vergesellschaftung der Natur. Studien zur sozialen Evolution der praktischen Vernunft, Frankfurt/Main 1988
- Ehrhardt, Helmut: Euthanasie und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens, Stuttgart 1965
- Epha, Oskar: Der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein in der Zeit der Weimarer Republik und des Dritten Reiches. Festschrift zur Feier des 100-jährigen Bestehens des Landesvereins, Rickling 1975
- Frei, Norbert: Der Führerstaat. Nationalsozialistische Herrschaft 1933 bis 1945, München 1987
- Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991
- Garfinkel, Harald: Conditions of Successful Degradation Ceremonies, in: American Journal of Sociology 61, 1955/56, S. 420 ff.
- Göpfert, Matthias, Friedemann Pfäfflin und Herbert Rüb: Die Psychiatrische und Nervenklinte und ihre Patienten, in: van den Bussche,

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- Hendrik (Hrsg.): Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«, Berlin-Hamburg 1989, S. 289 ff.
- Habermas, Jürgen: Theorie des kommunikativen Handelns, 2 Bde, Frankfurt/Main 1981
- Hase, Hans-Christoph (Hrsg.): Evangelische Dokumente zur Ermordung der »unheilbar Kranken« unter nationalsozialistischer Herrschaft in den Jahren 1939-1945. Im Auftrag der Inneren Mission – Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Stuttgart 1964
- Haug, Wolfgang Fritz: Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts. Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus, Berlin 1986
- Honolka, Bert: Die Kreuzelschreiber. Ärzte ohne Gewissen. Euthanasie im Dritten Reich, Hamburg 1961
- Hubenstorf, Michael: Kontinuität und Bruch in der Medizingeschichte. Medizin in Österreich 1938 bis 1955, in: Stadler, Friedrich (Hrsg.): Kontinuität und Bruch. 1938-1945-1955, Beiträge zur österreichischen Kultur und Wissenschaftsgeschichte, Wien-München 1988, S. 299 ff.
- Jenner, Harald: 100 Jahre Ansharhöhe 1886 – 1986, Neumünster 1986
- Jenner, Harald: Konzentrationslager Kuhlen 1933, Rickling 1988
- Kaul, Friedrich Karl: Die Psychiatrie im Strudel der »Euthanasie«. Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes, Frankfurt/Main 1979
- Klee, Ernst (Hrsg.): Dokumente zur »Euthanasie«, Frankfurt/Main 1985
- Klee, Ernst: »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt/Main 1985
- Klee, Ernst: Was sie taten – was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt/Main 1986
- Kleining, Gerhard: Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34, 1982, S. 224 ff.
- Köhler, Ernst: Arme und Irre. Die liberale Fürsorgepolitik des Bürgertums, Berlin 1977
- Köhler, Ernst: Das Morden theoretisch eingegeben. Zur Wissenschaftskritik der »Hamburger Schule«, in: Schneider, Wolfgang (Hrsg.): »Vernichtungspolitik«, Hamburg 1991, S. 89 ff.
- Kreßin, Arthur: Das Allgemeine Krankenhaus Langenhorn in Hamburg 1950, Hamburg 1950
- Kuhlbrodt, Dietrich: »Verlegt nach ... und getötet«. Die Anstaltstötungen in Hamburg, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 156 ff.
- Leipert, Matthias, Rudolf Styrnal und Winfried Schwarzer: Verlegt nach

## *Quellen- und Literaturverzeichnis*

- unbekannt. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen 1933-1945, Pulheim-Brauweiler 1987
- Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988
- Lohalm, Uwe: Die Wohlfahrtskrise 1930 – 1933. Vom ökonomischen Notprogramm zur rassenhygienischen Neubestimmung, in: Bajohr, Frank, Werner Johe und Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei, Hamburg 1991, S. 193 ff.
- Mader, Ernst T.: Das erzwungene Sterben von Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee zwischen 1940 und 1945 nach Dokumenten und Berichten von Augenzeugen, Blöcktach 1982
- Medizin im Nationalsozialismus, München 1988
- Middlebrook, Martin: Hamburg Juli '43. Alliierte Luftstreitkräfte gegen eine deutsche Stadt, Hamburg 1984
- Mitscherlich, Alexander und Fred Mielke (Hrsg.): Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation, Heidelberg 1947
- Mitscherlich, Alexander und Fred Mielke (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt/Main 1960
- Nausner, Peter: Organisierte und »wilde« Euthanasie, in: Spuren der Vernichtung – »Euthanasie« und Faschismus in Österreich, (LOS Nr. 10), Linz 1986, S. 27 ff.
- Neugebauer, Wolfgang: »Euthanasie« und Zwangssterilisierung, in: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hrsg.): Widerstand und Verfolgung in Niederösterreich 1934-1945, Wien 1987, Bd. 3, S. 632 ff.
- Neugebauer, Wolfgang: Von der »Rassenhygiene« zum Massenmord, in: Wien 1938, 110. Sonderausstellung des Historischen Museums Wien, Wien 1988, S. 262 ff.
- Pfäfflin, Friedemann: Zwangssterilisation in Hamburg. Ein Überblick, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984, S. 26 ff.
- Peukert, Detlev: Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde. Anpassung, Ausmerze und Aufbegehren unter dem Nationalsozialismus, Köln 1982
- Platen-Hallermund, Alice: Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der deutschen Ärztekommision beim amerikanischen Militärgericht, Frankfurt/Main 1948
- Podhajsky, Wilhelm: Festrede zum 50jährigen Bestehen der Anstalt, in: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XVI/4, Wien 1959, S. 345 ff.
- Projektgruppe für die vergessenen Opfer des NS-Regimes (Hrsg.): Verachtet-verfolgt-vernichtet – zu den »vergessenen« Opfern des NS-

- Regimes, Hamburg 1986
- Reemtsma, Jan Philipp: Terroratio. Überlegungen zum Zusammenhang von Terror, Rationalität und Vernichtungspolitik, in: Schneider, Wolfgang (Hrsg.): »Vernichtungspolitik«, Hamburg 1991, S. 135 ff.
- Rönn, Peter von: Auf der Suche nach einem anderen Paradigma. Überlegungen zum Verlauf der NS-«Euthanasie» am Beispiel der Anstalt Langenhorn, in: *Recht und Psychiatrie* 9, 1991, S. 50 ff.
- Roer, Dorothee und Dieter Henkel (Hrsg.): *Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933 – 1945*, Bonn 1986
- Romey, Stefan: Fritz Niemand. Ich war in der Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde – Erinnerungen, Erfahrungen, Dokumente, in: *Behinderten-Pädagogik*, H. 4, 1984, S. 367 ff.
- Roth, Karl Heinz: Großhungern und Gehorchen. Das Universitätskrankenhaus Eppendorf, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und ders. (Hrsg.): *Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg*, Hamburg 1984, S. 109 ff.
- Roth, Karl Heinz: Ein Mustergau gegen die Armen, Leistungsschwachen und »Gemeinschaftsunfähigen«, in: Ebbinghaus, Angelika, Heidrun Kaupen-Haas und ders. (Hrsg.): *Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg*, Hamburg 1984, S. 7 ff.
- Roth, Karl Heinz und Götz Aly: Das »Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken«. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941, in: Roth, Karl Heinz (Hrsg.): *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe«*, Berlin 1984, S. 101 ff.
- Schierbaum, Clausjürgen: Aussondern des »Unwerten«. Anmerkungen zur nationalsozialistischen »Euthanasie«-Politik im Spiegel der Forschung, in: *Neue Politische Literatur* 32, 1987, S. 220 ff.
- Schmidt, Gerhard: *Selektion in der Heilanstalt 1939-1945*, Frankfurt/Main 1983
- Schmuhl, Hans-Walter: *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens« 1880-1945*, Göttingen 1987
- Schneider, Wolfgang (Hrsg.): »Vernichtungspolitik«. Eine Debatte über den Zusammenhang von Sozialpolitik und Genozid im nationalsozialistischen Deutschland, Hamburg 1991
- Schwediauer, Karl: *Alltag in Steinhof. Leben in einer psychiatrischen Großanstalt*, Wien-Köln-Graz 1984
- Spuren der Vernichtung – »Euthanasie« und Faschismus in Österreich, (LOS Nr. 10), Linz 1986
- Stern, Joseph P.: *Hitler. Der Führer und das Volk*, München 1981
- Sueße, Thorsten und Heinrich Meyer: *Die Konfrontation niedersächsischer Heil- und Pflegeanstalten mit den »Euthanasiemaßnahmen«*

## *Quellen- und Literaturverzeichnis*

- des Nationalsozialismus, Diss. med., Hannover 1984
- Sutter, Peter: Der sinkende Petrus. Rickling 1933-1945, Rickling 1986
- Thiele, Wilhelm: Epidemiologie, Registrierung und Nachsorge bei Krebskranken, in: van den Bussche, Hendrik (Hrsg.): Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«, Berlin-Hamburg 1989, S. 364 ff.
- Thom, Achim: Die Entwicklung der Psychiatrie und die Schicksale psychisch Kranker sowie geistig Behinderter unter den Bedingungen der faschistischen Diktatur, in: ders. und Genadij Ivanovic Caregorodcev (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin/DDR 1989, S. 127 ff.
- Thom, Achim und Genadij Ivanovic Caregorodcev (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin/DDR 1989
- Timpke, Henning (Hrsg.): Dokumente zur Gleichschaltung des Landes Hamburg, Hamburg 1983
- Wollasch, Hans-Josef: Caritas und Euthanasie im Dritten Reich. Staatliche Lebensvernichtung in katholischen Heil- und Pflegeanstalten 1936-1945, in: Dörner, Klaus u.a. (Hrsg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Rehburg-Loccum 1980, S. 129 ff.
- Wunder, Michael: Die Abtransporte von 1941, in: ders., Ingrid Genkel und Harald Jenner: Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr, Hamburg 1987, S. 118 ff.
- Wunder, Michael: Die Auflösung von Friedrichsberg. Hintergründe und Folgen, in: Hamburger Ärzteblatt 44, 1990, H. 4, S. 128 ff.
- Wunder, Michael: Euthanasie in den letzten Kriegsjahren. Die Jahre 1944 und 1945 in der Heil- und Pflegeanstalt Hamburg-Langenhorn, Husum 1992
- Wunder, Michael: »Euthanasie« und Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen?, in: Holl, Adolf (Hrsg.): Neues vom Tod. Heutige Umgangsformen mit dem Sterbenmüssen, Wien 1990, S. 28 ff.
- Wunder, Michael: Der Transport nach Wien, in: ders., Ingrid Genkel und Harald Jenner: Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr, Hamburg 1987, S. 213 ff.
- Wunder, Michael, Ingrid Genkel und Harald Jenner: Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr. Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus. Hrsg.: Vorstand der Alsterdorfer Anstalten, Pastor Rudi Mondry, Hamburg 1987
- Wuttke-Groneberg, Walter: Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch, Rottenburg 1982



# Personenregister

Adlhoch, Walter	307	Bunke, Heinrich	195, 197-198
Allers, Dietrich	105, 133, 205, 251	Conti, Leonardo	63, 132
Altwater	342	Crinis, Max de	133, 442
Andreae, Georg	302	Cropp, Fritz	70, 92-93
Banse, Johannes	377	Dombrowsky	447-448
Barnstorf, Fritz	200, 202, 206	Eberl, Irmfried	71, 194-197, 205
Bassewitz-Behr, Georg Henning von	99	Eckholdt, Heinrich	234
Baumert, Willi	200, 269	Ehrhardt, Helmut	208
Baumhardt, Ernst	336	Enge, Johannes	233
Becker, Hellmuth	83	Faltlhauser, Valto	444
Berner, Friedrich	336	Fleger, Anton	196, 198, 200
Bernotat, Fritz	320, 326, 330, 336, 352	Frank, Johann Peter	442
Bertha, Hans	441-445, 456-457, 459-460	Freese, Franz	57, 62, 76, 78, 8 94-97, 99, 101-104, 106, 109-113, 116-118, 146, 270, 346, 402, 425
Biemann, Paul-Rudolf	67-68, 74	Frick, Wilhelm	92, 100
Binding, Karl	29, 138, 140-141, 143-145, 147, 205-206, 210	Gercke, Harry	358, 369
Blankenburg, Werner	444	Geßner, Ludwig	149, 157
Bock von Wülffingen, Constantin	92	Gilnreiner, Nadeschka	447, 465
Borm, Kurt	112	Goebbels, Joseph	98, 100
Bormann, Martin	99	Göring, Hermann	100
Bouhler, Philipp	69, 397	Gorgaß, Hans Bodo	336, 399
Brack, Victor	399	Grabow	110
Bräuner, Max	87, 268-270	Grabowski, Walter Ferdinand	109, 377, 394
Brandt, Karl	16, 22, 25, 69, 80-82, 91, 100-103, 128, 132-133, 257, 397- 398, 400, 425-426	Gruenwaldt, Louis	234
Bruha, Franz	445, 463, 465	Gütt, Arthur	147
Bürger-Prinz, Hans	49, 52, 392, 458	Gundel	439
		Haberlandt	202

## Personenregister

- Hallervorden, Julius 197  
Hanko, Gerhard 39, 45, 47,  
50-51, 53-57, 59, 61,  
84, 89, 108, 118, 438  
Hefelmann, Hans 68, 269, 445  
Hegener, Richard von 68  
Heinze, Hans 109, 205-206, 444  
Hennecke, Günter 336  
Heyde, Werner 158, 440  
Himmler, Heinrich 99  
Hitler, Adolf 22, 63, 80, 91,  
195-196, 306, 314,  
397, 399, 447  
Hoche, Alfred 29, 138, 140-141,  
143-145, 147,  
205-206, 210  
Holm, Kurt 34  
Hülsemann, Otto 343  
Jekelius, Erwin 445  
Kaufmann, Karl 43-44, 61,  
72-73, 82, 92, 107,  
313-314  
Kerl, Friedrich 52, 143-144,  
265, 324, 331, 358, 407  
Klein, Alfons 336  
Knigge, Friedrich 51, 69-70, 74,  
94, 106, 108, 110, 112,  
117-118, 137-138, 143,  
263-264, 324, 332, 340-  
341, 344, 350, 352-353,  
357-358, 364, 369, 383,  
386-387, 389, 407, 418,  
437, 458  
Körtke, Heinrich 41-42, 45, 47,  
63, 74, 85, 112-113,  
138, 308, 340-341, 350,  
357-358, 360, 369, 388  
Krüger, Adolf 118  
Kryspin-Exner, Richard 440,  
445, 465  
Labriga, Richard 106  
Lange-Eichbaum,  
Wilhelm 52, 124, 139-  
144, 152, 265, 386  
Lensch, Friedrich 9, 66, 75  
Lienau, Arnold 74  
Linden, Herbert 68, 70, 81-82,  
91-93, 95, 97, 103-106,  
108-109, 149, 157-158,  
222, 301, 398, 400, 440  
Lua, Martin 41, 138-139,  
142-143, 263-265, 324,  
331-332, 386-387, 389,  
407, 416, 418  
Lüdemann, Ernst 199-200  
Marquardt 196  
Martini, Oskar 31, 45, 58, 73,  
75, 88, 98, 131  
Mauczka, Alfred 439, 442, 44  
446, 455, 459  
Mauz, Friedrich 118  
Menk, Walter 86  
Mennecke, Friedrich 306-307, 399,  
444-445  
Meumann, Ernst 195, 202-20  
207, 212, 214  
Meyer, Heinrich 209  
Milch, Erhard 73  
Mootz, Theophil 96, 377-378,  
393  
Müller, Robert 202, 205-207,  
221-222, 225  
Neuberger, Theodor 28, 38  
Niemand, Fritz 390-394  
Nitsche, Hermann Paul 132-13  
206, 401, 440, 443-444,  
460  
Novotny 465  
Ofterdinger, Friedrich 35-36, 3  
44-47, 49, 54, 59, 63-65,

Personenregister

69, 73-75, 77, 82-83, 85, 93-94, 99-100, 104, 106- 108, 111, 117, 137-138, 162, 249, 258, 402, 426	Schubert, Max	36, 39
	Schwarke, Rolf	94
	Sernau, Wilhelm	287
	Siebert, Gerhard	77, 95, 98, 102 251, 337, 425
Petersen, Käthe	88, 459	Sporleder
Petersen, Rudolf	199	Starke, Werner
Pfannmüller, Hermann	158	Stehr, Willy
Pfeiffer, Ernst	31	Steigertahl, Georg
Podhajsky, Wilhelm	441, 446	45, 59, 427, 468
Proschmann	249	Steinbömer, Anneliese
		94, 1 260, 265, 274, 340, 344, 349, 357-358, 360-364, 369, 407
Quickert, Wigand	143, 171, 324, 329, 418	Steinmeyer, Theo
		301, 444
Ratajczak, Amanda	379	Stöter
Ratka, Viktor	444	Strohmann, Heinrich
Rautenberg, Helmuth	29, 65	111-112
Reinke, Elli	201	Struve, Kurt
Reiter, Hans	43	9, 64-67, 69-70, 7 75, 77, 80, 82, 84-85, 88, 93-96, 98-101, 104, 107, 109, 116, 119, 125, 131, 137, 144, 249, 337, 425
Richter, Alfred	44	Stuckart, Wilhelm
Rittershaus, Ernst	52-53	73
Rothe, Rudolf	427	Thaller, Max
Rüdin, Ernst	147	445
Runckel, Curd	105-107	Thiel, Adolf
Ruttke, Falk	147	320, 327-328, 332
		Timcke, Hermann
Saupe, Georg	260, 265, 274, 340, 344, 349, 352, 357-358, 369, 384, 388- 389, 407, 418	64, 84, 93, 104
Schäfer, Gerhard	32, 41-42, 44-45, 51, 74, 121	Todt, Carl jun.
Schlippe, Ludwig	260, 265, 274, 340, 342, 345, 349-350, 358, 360, 369, 386, 388- 389, 407, 418, 426	320
Schlüter	203	Uiberrak, Barbara
Schmidt, Hans	65	459
Schmidt, Walter	79, 252, 306	Ullrich, Aquilin
Schneider, Carl	79, 101, 321, 443-444	197
Schröder, Carl August	28	Umlauf, Hubert
		447
		Vigano
		307
		Wagner, Alwine
		448
		Wahlmann, Adolf
		327, 332, 336, 344, 360, 363-364
		Walther
		72
		Wernicke, Hilde
		378
		Westphal
		299
		Wex, Hellmut
		398

*Personenregister*

Willige, Hans 287-288, 298-299,  
301-303  
Wödl, Anny 440  
Wunderer, Karl 447-448, 465

# Ortsregister

Andernach	320, 325-326	Erlangen	97
Bad Bramstedt	349, 369	Frankfurt/Main	328, 337
Bad Kreuznach	443	Galkhausen/Rheinland	336, 378
Bayreuth	98	Geesthacht	103, 111
Bedburg-Hau/Kleve	378	Gugging	439
Berlin	40, 43, 52, 68-69, 72, 74, 77-78, 82-83, 95-98, 103, 107, 109, 111, 117, 137, 148, 152, 157, 172, 174-175, 181, 188, 195, 197, 200, 202, 204, 222, 248, 251, 268-269, 301, 305, 320, 322, 337, 339, 357, 397, 400-401, 425, 440, 443	Gmunden	440
Bernburg	150, 194-200, 228, 262	Görden/Brandenburg	205-206
Bevensen	82	Grafeneck	336
Brandenburg	25, 70, 196, 244- 245, 247	Graz	442-443
Braunschweig	202, 209, 269	Hadamar	80, 98-99, 101, 104, 116, 131, 194, 245, 250, 253, 262, 269, 276, 283, 305-306, 308, 310-311, 313, 316-318, 320-322, 324-333, 335-338, 340- 342, 344-356, 358-365, 369-370, 372-375, 397, 429
Bremen	269, 398-399	Hamburg	passim
Buchenwald	206	Hannover	157, 208, 214, 268, 287, 302
Cholm/Lublin	70	Hartheim	439
Düssin/Mecklenburg	59, 61, 160, 280	Hassenheim	314
Dziekanka/Gnesen	378	Heidelberg	320, 443
Eglfing-Haar	101, 153	Herborn	249-250, 253, 268-269, 305, 336
Eichberg	76, 79, 101, 131, 245, 248-252, 254, 305-308, 311-318, 324-326, 330, 336, 426, 429	Herzberge	165
Eichenkamp	47-48, 340, 386, 428	Hildesheim	269, 298
		Idstein	305
		Ilten	58, 76-79, 86-87, 119, 134, 226, 245, 269, 273, 276, 281-283, 287-303, 429-430

## Ortsregister

Kalmenhof	131	262-263, 269-270, 273-
Kaufbeuren-Irsee	77, 119,	276, 281-282, 284, 335,
	296, 302, 397	377-390, 393-394, 398,
Kiel	110, 391	401-419, 429-430, 468,
Königsutter	75-76, 78, 96-97,	470
	101, 138, 146-147, 149,	
	151, 153-154, 158-163,	Neuerkerode 202, 226
	170, 193-196, 198-214,	Neuruppin 130, 132, 195
	216-226, 228, 245, 272-	Neustadt/Holstein 58-59, 72,
	276, 281-284, 288, 290-	159, 194, 262, 273, 275,
	291, 300, 426, 431, 436,	278, 285, 353, 387, 427
	450-451, 468	Neustadt/Westpreu-en 377
Koscian	377	Niedernhart 441
Kuhlen	256	
		Oldenburg 256
Landau	267	
Langenfeld/Rheinland	336, 378,	Passau 446
	397	Pfafferode/Thüringen 119, 256
Lauenburg/Pommern	377	Pinneberg 113, 134
Liebenburg	76, 87, 226, 298-	Posen 377-378, 462
	299, 304, 429-430	
Lindenhaus/Lippe	234	Regensburg 77, 302, 446
Linz/Donau	228, 360, 432,	Rellingen 54
	462	Rendsburg 390-391
Lübeck-Strecknitz	30-33, 46-	Rickling 48, 62-63, 72, 82,
	47, 58-59, 76, 79-80, 82,	87, 95, 110, 113, 119, 142,
	159, 224, 233-252, 254,	160, 199, 223, 226, 245,
	285, 288, 306	256-265, 267, 272-274, 276,
Lübtheen/Mecklenburg	100, 131	278, 281-282, 285, 288, 342,
Lüneburg	58, 72, 76, 78, 87,	361, 401-409, 430
	95, 100, 102-103, 110,	Rotenburg/Hannover 269
	119, 134, 159, 262, 268-	
	283, 288, 298, 385, 387,	Sachsenberg/Schwerin 110, 131,
	389, 406, 417, 425, 429-	273-274, 276, 281-283,
	430	375, 381
		Scheuern 245, 249-250, 305, 308,
Majdanek	379	320-321, 324-333, 336
Mauer-Öhling	194, 439, 441,	Schleswig 58, 112-113, 196,
	462	199, 203, 244, 390-393
Meseritz-Obrawalde	15, 68, 71-	Schleswig-Stadtfeld 110, 112-
	72, 88, 95-97, 99, 101-	113, 133, 194, 199
	102, 104, 106, 109-111,	Schussenried/Württemberg 68,
	116-117, 119, 227, 245,	72, 88

Sonnenstein/Pirna	194, 269, 399
Stralsund	377
Strecknitz	siehe Lübeck-Strecknitz
Tiegenhof/Gnesen	25. 75-78, 119, 273, 276, 281-283, 288, 429-430
Treptow/Rega	377
Uchtspringe	273-274, 426
Vechta	166-167, 171-172, 174, 177, 181, 189
Waldheim	269
Waldniel/Niederrhein	378
Weilmünster	76, 79, 97-99, 101, 245, 248-254, 273- 274, 281-282, 305-310, 312, 316-318, 336, 351, 429-430
Weinsberg/Heilbronn	336
Weißbach	443
Wien	101-102, 119, 227, 325, 425-427, 431-435, 437- 451, 453-468, 470
Wiesbaden	326-327, 330
Wiesloch/Heidelberg	336
Wintermoor	82
Wittenau/Berlin	470
Wunstorf	269, 298
Ybbs/Donau	439-440
Zwiefalten	68, 72, 88

# Verzeichnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Marc Billhardt, geb. 1967, Student der Medizin in Hamburg
- Klaus Böhme, geb. 1935, Dr. med., Professor für Psychiatrie an der Universität Heidelberg, Ärztlicher Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll
- Georg Dahmen, geb. 1958, Dr. med., Wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
- Uwe Lohalm, geb. 1939, Dr. phil., Wissenschaftlicher Referent in der Forschungsstelle für die Geschichte des Nationalsozialismus in Hamburg
- Regina Marien-Lunderup, geb. 1958, Diplomsoziologin in Hamburg
- Renate Otto, geb. 1950, Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie in Stade
- Peter von Rönn, geb. 1940, Diplomsoziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen und Nervenklinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf
- Eveline Sonn, geb. 1951, Diplompsychologin und Diplomsoziologin im Verein Interdisziplinäre Beratung bei Trennung und Scheidung in Hamburg e. V.
- Michael Wunder, geb. 1952, Dr. med., Psychologe in den Alsterdorfer Anstalten in Hamburg