

Psychiatrie im Nationalsozialismus zwischen ökonomischer Rationalität und Patientenmord

Gerhard Baader, Berlin

Unfasslich bleibt uns Heutigen die Barbarei, die im Nationalsozialismus zum Mord an den psychisch Kranken als den besonders schutzwürdigen Teilen der Gesellschaft führte. Nach unserem heutigen Kenntnisstand wurden von 1939 bis 1945 300.000 psychisch Kranke und Behinderte ermordet¹. Fern ist dies vom anthropologischen Ansatz des Psychiaters Philipp Damerows von 1844, bei dem – so Klaus Dörner – „der Stand der öffentlichen Irrenpflege zum sicheren Maßstab der geistigen Kultur und der sittlich-intellektuellen Freiheit eines Landes“² wurde. Andererseits zeigt sich auch bei Damerow die Problematik, in der die Psychiatrie in Deutschland auch schon in jener Zeit stand, nämlich, dass der Organismus der Irrenangelegenheiten dem Staatsorganismus stets untergeordnet werden müsse.³ Diese Unterordnung hat vielfach nichts anderes als die Ausgrenzung des psychisch Kranken zur Folge. Denn besonders in Deutschland standen Psychiater, besonders Anstaltspsychiater, seit der Zeit des Feudalismus in einem besonders engen Verhältnis zum Landesherren, ja zum Staat überhaupt. Der patriarchalisch- autoritäre Charakter der Anstalten war ebenso alt wie die finanzielle Abhängigkeit von eben diesen Landesherren. Darüber hinaus hatten die Anstalten nie die Funktion der Ausgrenzung des Auffälligen verloren.

Diese Psychiatrie, die abgesehen von wenigen namentlich zu benennenden Ausnahmen an diesen Vernichtungsaktionen im Nationalsozialismus Anteil hatte und in die sie in dieser oder jener Form verwickelt war, stand – und darauf ist besonders hinzuweisen – nicht anders als die gesamte Medizin seit der Mitte des 19. Jahrhunderts – unter dem Primat des Siegeszugs der Naturwissenschaft. Für die Psychiatrie ergeben sich jedoch bald einige Besonderheiten. Das von Wilhelm Griesinger auf naturwissenschaftlicher Basis entwickelte psychiatrische Paradigma – Geisteskrankheiten sind Erkrankungen des Gehirns – wird in Deutschland bald nach seinem Tode 1868 von der von ihm ebenfalls eingebrachten sozialpsychiatrischen Komponente bereinigt⁴. Anstelle dessen tritt immer mehr der neurologische Aspekt in den Vordergrund, ohne dass man in der Frage des somatischen Substrats der Geisteskrankheiten der anderen Medizin vergleichbare Erfolge erzielen konnte.

¹ Vgl. Heinz Faulstich, Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer, in: Andreas Frewer, Clemens Eickhoff (Hg.): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt am Main/New York 2000, S.227-229.

² Klaus Dörner, Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1969, S.346

³ Philipp Damerow, Einleitung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1 (1844) S.V.

⁴ Vgl. Heinz-Peter Schmiedebach, Psychiatrie und Psychologie im Widerstreit. Die Auseinandersetzung in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft (1867-1899; =Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, H.51), Husum 1986, S.236-242

Im Rahmen dieser Schulpsychiatrie erlangt schon im 19. Jahrhundert der Entwicklungsgedanke und die Darwinsche Abstammungslehre in immer größeren Maße an Bedeutung. Benedict Augustin Morels Degenerationslehre (1857), die Betonung von Heredität und genetischer Determination auf dem Boden des Darwinismus oder gar des Sozialdarwinismus führen zu rassenanthropologischen und rassenhygienischen Überlegungen auch in der Psychiatrie. Auf dem Boden dieses biologischen bzw. biologistischen Erklärungskonzepts taucht Ende des 19. Jahrhunderts der Psychopathiebegriff ebenso wie Cesare Lombrosos Lehre vom geborenen Verbrecher auf; bald sind es eugenische Überlegungen, die an Bedeutung gewinnen. Deszendenzlehre und besonders Selektionstheorie, d. h. die Lehre vom Kampf ums Dasein als dem alles beherrschenden Prinzip des Sozialdarwinismus, lässt die Schwachen und Untüchtigen zur Bedrohung des gesamten Volkes werden, wodurch dessen Weiterexistenz – unter maßloser Überschätzung des Erbfaktors - als Rasse gefährdet gilt. Durch Aufzucht des Tüchtigen, durch aktive oder wenigstens passive Ausjäte oder Ausmerze der schlechteren Convarianten – so der eigentliche Begründer einer sich wissenschaftlich gebenden Rassenhygiene Alfred Ploetz 1895 – sollte der Begünstigung der Untüchtigen und erblich Belasteten durch die Zivilisation, durch Sozial- und Wohlfahrtspflege durch die moderne Medizin entgegengewirkt werden.⁵ Das bedeutet zunächst bewusste Züchtung der „arischen Rasse als Kulturrasse par excellence“⁶. Denn – so Wilhelm Schallmayer in seiner 1918 umgearbeiteten Ausgabe seines 1900 im Rahmen des von Alfred Krupp initiierten Preisausschreibens „Was lernen wir aus den Prinzipien der Deszendenztheorie in Beziehung auf die innerpolitische Entwicklung und Gesetzgebung der Staaten“ mit dem ersten Preis ausgezeichneten bis 1919 führenden Lehrbuch der Rassenhygiene in Deutschland - „muß das mit Hilfe der Traditionsmittel mächtig gewordene intellektuelle Vermögen nun auch dem generativen Interesse entgegenkommen, mittels eines bewussten Rassedienstes, der teils auf Volksvermehrung, teils auf Erhaltung und Erhebung der Rassetüchtigkeit der Bevölkerung gerichtet sein muß“.⁷ Dieser positiven Rassenhygiene korrespondiert auf der anderen Seite die Forderung, dass den erblich Minderwertigen – und dazu gehörten Psychopathen, Geisteskranke wie auch Alkoholiker – als erblich Belasteten das Recht auf Fortpflanzung durch Versagen der staatlichen Ehegenehmigung, besonders aber

⁵ Vgl. Alfred Ploetz, Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältniss zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus, Berlin 1895, S.114-117.

⁶ Ebenda S.5.

⁷ Wilhelm Schallmayer, Vererbung und Auslese. Grundriß der Gesellschaftsbiologie und der Lehre vom Rassedienst, 3. Aufl., Jena 1918, S.247.

durch Zwangssterilisation, entzogen werden müsse.⁸ Die Menschenverluste – wie es nicht nur bei Schallmayer hieß – gerade der besten Teile des Volkes im Ersten Weltkrieg belebten diese Diskussion von neuem;⁹ dass sie nur durch eugenische Radikalkuren wett gemacht werden konnten, war allgemeine Anschauung. Doch spielen bei ihm Geistesranke nicht die Hauptrolle.

Andererseits ist die Frage der Versorgung psychisch Kranker so alt wie unsere Gesellschaft selbst; allerdings ist ihre Ausgliederung nicht die erste und schon gar nicht die einzige Antwort auf diese Herausforderung an uns. Trotzdem blieb das Asyl oder das sogenannte „Irrenhaus“ – mögen die Bezeichnungen sich auch mehrfach geändert haben – bei uns lange der Grundpfeiler der Versorgung psychisch Kranker. Andere Konzepte - wie das der familialen Pflege oder der gemeindenahen Psychiatrie – haben diese Grundlage meist nur ergänzt. Radikalere Forderungen – wie die nach Auflösung der Großkliniken – verhallten lange ebenfalls folgenlos. Zwei Positionen standen sich dabei unversöhnlich gegenüber, nämlich die Definition der Anstalten als Teil der Therapie selbst, und die der Anstalten als Instrument der Ausgrenzung der Unvernunft. Beide Elemente gehen bei Kraepelin ineinander über. Denn für diese Anstalten, die er um 1900 als Teil als Therapie bezeichnete,¹⁰ gab andererseits gerade er die wissenschaftliche Grundlage für ihre Begründung als reiner Ausgrenzungsinstitution.¹¹ Sie wird damit nichts anderes als ein Instrument der Ausgliederung des sozial Auffälligen und repressiver Gewalt.

Diese Anstalten von denen Kraepelin hier spricht, sind die in Deutschland seit dem Ende des 19. Jahrhunderts entstandenen Landesnervenkliniken, die bald die Zahl von 114 erreichen. Sie lösen die von Damerow bereits 1840 geforderten relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten ab¹², die er selbst „als die höchsten Humanitäts- und Wohltätigkeitsanstalten“¹³ bezeichnete. Als erste von ihnen wurde die 1837-1842 erbaute Illenau errichtet. Ihr Direktor war mit Christian Friedrich Wilhelm Roller ein Vertreter der französisch beeinflussten fortschrittlichen Psychiatrie in Baden. Sie war bereits Ende der 50er Jahre mit 500 Patienten maßlos überfüllt. Rollers weitergehendere Pläne der Errichtung einer neueren grösseren Anstalt bei Emmendingen scheiterten an der Budget-Kommission des

⁸ Vgl. ebda S.387-427.

⁹ Vgl. ebda S.177-182.

¹⁰ Vgl. Emil Kraepelin, Die psychiatrischen Aufgaben des Staates, Jena 1900, S.1, 25.

¹¹ Vgl. Hans-Georg Güse/Norbert Schmacke, Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, Kronberg ,S.129.

¹² Vgl. Heinrich Philipp Damerow, Über die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflegeanstalten, Leipzig 1840

¹³ Heinrich Philipp Damerow, Einleitung(wie Anm.3) S.V.

Landtags.¹⁴ Doch auch in ihnen bildete der arme Irre nur einen kleinen Teil der Klientel, dessen Zahl gerade zu dieser Zeit in ungewohnten Maße zunahm. Denn auch im Deutschland der 30er Jahre des 19. Jahrhunderts – wenn auch in geringeren Masse als in England und Frankreich – war es zu einer sprunghaften Ausdehnung der Transport-, Leicht- und Schwerindustrie gekommen. Als sie 1847 in ihre erste zyklische Überproduktionskrise geriet, geriet die Unterschicht der handarbeitenden Klassen in einem sich katastrophenartig sich steigernden Verelendungsprozeß. In Zusammenhang damit nahmen innerhalb dieses Prozesses die Geisteskrankheiten exponential zu. Denn es werden – so Wilhelm Griesinger 1861 – „die Menschenklassen, die in harter manueller Arbeit ein mühsames und bedrängtes Leben hinbringen“ , von Geisteskrankheiten „wie wohl von jeder andern Krankheit, öfter befallen“,¹⁵ wobei er „Elend, Hunger und Trunksucht“ eine besondere Bedeutung zuspricht. Damit wird der arme Irre wahrgenommen, nicht anders als es bereits bei den jungen Ärzten aus dem Umfeld der demokratischen Medizin der Revolutionäre des Jahres 1848 um Rudolf Virchow und für die Psychiatrie um Rudolf Leubuscher der Fall gewesen war. Der arme Irre sollte vom moralischen Zwang befreit und so weit als möglich an die bürgerliche Gesellschaft herangeführt werden.¹⁶ Daraus wird Griesinger 1868 eine Äusserung Damerows¹⁷ von 1862 aufgreifend, „dass mit den jetzigen öffentlichen Irren--, Heil- und Pflgeanstalten allein ... Zukunft allerdings nicht mehr aus- und durchzukommen“ ist, radikale Schlüsse ziehen: Aufhebung der schematischen Trennung in Heilbare und Unheilbare und stattdessen Differenzierung in akut und chronische Kranke, Schaffung von Stadtasylen am Rande jeder Stadt, auf deren „flottirende“¹⁸ Bevölkerung eingestellt, für akute Fälle. Sie sollen primär für die Angehörigen der niederen und mittleren Stände eingerichtet werden, um sofortige Abhilfe zu schaffen. Landasylen sollen hingegen, neben den reinen Verpflegshäusern für geistig und körperlich Sieche in Form der „agricolen Colonie“¹⁹ und der „familialen Verpflegung“,²⁰ eine humanere und ökonomisch zweckmässigere Versorgung chronisch Kranker gewährleisten. Diese Thesen haben sofort 1868 den geschlossenen Widerstand der Anstaltspsychiater

¹⁴ Vgl. Heinz Faulstich, von der Irrenfürsorge zur „Euthanasie“. Geschichte der badischen Psychiatrie, Freiburg im Breisgau, 1993, S.13-18.

¹⁵ Wilhelm Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende, 2. Aufl., Stuttgart 1861, S.151.

¹⁶ Vgl. Gerhard Baader, Stadtentwicklung und psychiatrische Anstalten, in: Gelerter der arzenie, ouch apoteker. Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte. Festschrift zum 70. Geburtstag von Willem F. Daems, hg. von Gundolf Keil (=Würzburger medizinhistorische Forschungen, Bd.24), Pattensen/Han.1982, S.247f.

¹⁷ August Philipp Damerow, Leitartikel . Ein Blick über die Lage von Irrenanstalts-Fragen der Gegenwart. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 19 (1862) S.187.

¹⁸ Wilhelm Griesinger, Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland, in: Wilhelm Griesingers Gesammelte Abhandlungen, Bd. 1, Berlin 1872, S.273.

¹⁹ Ebenda. S.299-301.

²⁰ Ebenda S.301-307

hervorgehoben. Denn Griesinger warf ihnen nichts anderes vor, als dass ihre Darstellung des psychiatrischen Krankenhauses als großer Familie nichts anderes als eine Verschleierung von deren Funktion als Dauerinternierung wäre. Denn – so Griesinger – „diese Kranken sind buchstäblich der Anstalt wegen da, nicht die Anstalt ihretwegen“.²¹

Doch andererseits wird das Irrenproblem in immer größerer Masse von der Bourgeoisie als Teil der sozialen Frage wahrgenommen. Ihre eigene Verunsicherung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in der sie als Teil der bürgerlichen Gesellschaft Ängste vor der für sie selbst undurchschaubar gewordenen kapitalistischen Lebens- und Wirtschaftsformen entwickelten, war verbunden mit der Tatsache, dass sie selbst Opfer der nun einsetzenden zyklischen Wirtschaftskrisen werden konnten. Dies ließ sie die Irrenfrage als soziale Frage wahrnehmen, wenn sie auch nicht in der Lage waren sie von ihren Grundlagen her zu erkennen. Trotzdem setzte diese Verunsicherung eine philanthropische Energie des Bürgertums frei, die sich gewissermaßen in einer Art Selbstidentifizierung mit dem Schicksal des armen Irren dem armen Irren zuwandte. Die Antwort darauf waren aufgrund einer humanen Utopie seit 1868 entstandene Anstalten neuen Stils, wie sie dieser neuen philanthropischen Energie geschuldet waren. Dazu gehören in der Rheinprovinz die Anstalten Grafenberg (1.7.1878), Düren (12.6.1882), Andernach (15.10.1876), Bonn (12.6.1882) und Merzig (30.7.1876).²² Der sofortige Erfolg dieser Maßnahme blieb jedoch aus; denn noch Ende der 80er Jahre stellte der für die rheinischen Irrenanstalten zuständige Provinzialverwaltungsrat fest, dass die neugegründeten Anstalten leer stünden. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die „tief eingewurzelte Gewohnheit häuslicher Pflege“; an dieser „alten Gewohnheit“ werde trotz neuer Institute „zähe festgehalten“.²³ Gerade der arme Irre wurde zur Enttäuschung des liberalen Bürgertums durch ihre philanthropische Maßnahme nicht sofort erreicht, sondern 75% der in Preussen 1871 registrierten Geisteskranken verblieb weiter in Familienpflege wie vor ihrer Errichtung. Eine Änderung dieser Situation lässt sich erst ab den 80er Jahren feststellen. Dann sind auch die schon erwähnten rheinischen Anstalten total überbelegt. Dieser Rückgang der Hauspflege hat eine seiner Ursachen im Zerschlagen der bisherigen Gesellschaftsstrukturen wie der Großfamilie im Zuge der Ausformung des meist am Rande des Existenzminimums lebenden Industrieproletariats. Wenn auch damit die Familienpflege immer schwieriger wurde, so wurde ihr endgültig der Boden durch die Reglementierungs- und Ausgrenzungsbestrebungen des imperialistischen wilhelminischen

²¹ Wilhelm Griesinger, Zur Kenntnis der heutigen Psychiatrie in Deutschland, Leipzig 1868, S.24f.

²² Vgl. Dirk Blasius, Bürgerliche Gesellschaft und bürgerliche Ängste: Der Irre in der Geschichte des 19. Jahrhunderts – Eine Skizze. Soz.wiss.Inform.Unterr. Stud. 8(1979)S.91; ders., Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses (= Fischer Taschenbuch 6726), Frankfurt am Main 1980, S.40-45.

²³ Dirk Blasius, Wahnsinn (wie Anm.22) S.75.

Staates gegenüber allen störenden Faktoren der Boden entzogen; dies hatte sich im politischen Bereich im Sozialistengesetz von 1878 manifestiert. Ab 1894 sollen die ausserhalb der Anstalt lebenden Geisteskranken einer behördlichen Kontrolle unterworfen werden. Die jährlich vorzunehmende Revision durch die Polizeibehörde gehört somit in das System gesellschaftlicher Einschüchterung;²⁴ einen Irren in der Familie zu haben bedeutete somit die Gefahr drohender Polizeipräsenz.²⁵ Hinzu kommt, dass auch die Psychiatrie zu diesen neuen Ausgrenzungsmechanismen ihren Beitrag geleistet hat. Kraepelin, der selbst die kostspielige Pflege der Geisteskranken eine schwere Belastung unseres Volkes nennt,²⁶ bei dem der Begriff der Entartung des Geschlechts eine große Rolle spielt²⁷, der mit seinem Paradigma der psychischen Krankheiten Kriterien für die Beurteilung des möglichen Heilerfolges prädisponiert, verlangt die unmittelbare Verstaatlichung der großen Anstalten, die vornehmlich für die armen Irren bestimmt sind. Diese Anstalten sind für ihn auch wichtigstes Vorbeugungsmittel gegen solche Krankheiten selbst; er hat damit dieser neuen Form der Unterbringung psychisch Kranker, wie sie um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert zur Norm wurde, ihre wissenschaftliche und ideologische Fundierung gegeben, indem er – wie es Klaus Dörner formuliert – eine Interessensidentität zwischen Staat, Psychiatrie und Patienten unterstellte,²⁸ aufgrund derer die Psychiater, nicht nur im Bereich der forensischen Psychiatrie, nicht mehr zwischen Staat und Gesellschaft unterscheiden konnten. Die Psychiatrie selbst wurde dabei in nicht geringen Maße zu einer Verwahrungspsychiatrie mit ordnungs- und sicherheitspolitischen Funktionen.²⁹ In den Anstalten selbst sollte nicht nur die dringende dauernde Kasernierung erblich minderwertiger Persönlichkeiten erfolgen, zu denen Kraepelin auch die Geisteskranken rechnete. In ihnen sollte ihnen die Möglichkeit der Fortpflanzung genommen werden und damit letztlich die Geisteskrankheiten eingedämmt werden.³⁰ Denn nur im Ausbau des Anstaltswesen sah Kraepelin eine Prophylaxe gegen ihre mögliche Fortpflanzung. „Die ihm als Leidende anvertrauten Menschen“ – so wieder Klaus Dörner – definiert er in diesem Kontext „immer wieder als konstitutionell Minderwertige, erblich Invalide, als Willensschwache, die ihre Triebe nicht zu unterdrücken vermögen und

²⁴ Dirk Blasius, Wahnsinn(wieAnnm.22) S.95-97.

²⁵ Dirk Blasius, Gesellschaft (wie Anm. 22) S.93.

²⁶ Vgl. Hans-Georg Güse/Norbert Schmacke, Psychiatrie (wie Anm.11) S.166.

²⁷ Ebenda S.164f.

²⁸ Klaus Dörner, Gesellschaftlicher Nutzen und Schaden des Krankheitsbegriffs, in: ders., Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und der Medizin, Frankfurt am Main/New York 1975, S.55.

²⁹ Vgl. Dirk Blasius, Wahnsinn(wieAnm.22)S.25.

³⁰ Vgl. Hans-Georg Güse/Norbert Schmacke, Psychiatrie(wie Anm. 11) S.167f.

daher im Lebenskampf scheitern, aber auch als Entartete, Unmoralische, Gemeingefährliche und Asoziale“.³¹

Die Psychiatrie als Wissenschaft hatte jedoch gerade in dieser Zeit entscheidende Fortschritte erzielt. Sie hatte sich vom engen hirnanatomisch-neurologischen Reduktionismus gelöst hin zu einem neuen Krankheitsverständnis, das sich in den bahnbrechenden Arbeiten Ludwig Kahlbaums zur Katatonie (1874), Ewald Heckers zum Hebephreniebegriff (1871) und der Eingrenzung der Dementia praecox durch Emil Kraepelin (1899) ebenso wie in Eugen Bleulers Studien zur Schizophrenie (1911) niederschlug. Kraepelin war es auch, der nicht nur die erste lange gültige Klassifizierung der psychischen Krankheiten geschaffen hat, sondern er hat auch dem Eindringen von Eugenik und Rassenhygiene in das psychiatrische Denken seiner Zeit Vorschub geleistet, wobei der Frage der Entartung und der Vererbung erblicher Minderwertigkeit ein besonderes Augenmerk galt. Kraepelin hat auf dieser Basis „heilbar“ und „unheilbar“ neu definiert und scheinbar streng naturwissenschaftlich abgesichert und von hier führt der Weg zur negativen Eugenik im Nationalsozialismus.

Hier sollen nicht die rassenbiologischen Grundlagen des Patientenmords seit 1940 oder die weiterführenden Pläne der Nationalsozialisten im Detail dargestellt werden. Es sollten alle sogenannten „Gemeinschaftsunfähigen“, wie der Gauamtsleiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP in Württemberg 1940, also mitten in den Vernichtungsaktionen der Geisteskranken, ausmerze unterliegen.³² „Das wahrscheinlich an die Million heranreichende Heer der Gemeinschaftsunfähigen – so der Gauamtsleiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP im Gau Hessen-Nassau, der Direktor des Universitätsinstituts für Erb- und Rassenpflege an der Universität Giessen Prof. Dr. Heinrich Wilhelm Kranz, der ganze Psychopathen-Sippen zusammenstellte, ebenfalls 1940 – „könne nur durch Ausmerze aus dem Fortpflanzungsprozeß ausgeschieden werden.“³³ Das bedeutet nichts anderes als „Ausmerze“ von 10% der Bevölkerung, die als erbmächtig oder als rassistisch degeneriert definiert wurde. Das beginnt mit der Ermordung des größten Teils der psychisch Kranken, findet seine Fortsetzung in der Shoah, dem Genozid am europäischen Judentum, erfasst Roma und Sinti, Homosexuelle und Lesben, Behinderte ebenso wie die sogenannten Asozialen und „Gemeinschaftsfremden“. Das ist keine Negierung der Einmaligkeit des Holocaust, sondern dieses Vernichtungskonzept steht vielmehr insgesamt in seiner Einmaligkeit vor uns.

³¹ Vgl. Klaus Dörner, Nutzen S.S.55.

³² Karl Ludwig Lechler, Erkennung und Ausmerze der Gemeinschaftsunfähigen. Deutsches Ärzteblatt 70 (1940) S.293.

³³ Heinrich Wilhelm Kranz, Das Problem der Gemeinschaftsfremden im Aufartungsprozeß unseres Volkes. NS-Volksdienst 7 (1940) S.63f.

Doch zunächst galt die Asylisierung der psychisch Kranken in den Anstalten als das probate Mittel zur Bekämpfung der Verbreitung der Minderwertigkeit und damit des Herdes für sie. Doch mit der vorgeblichen Zunahme der als degeneriert definierten Personen nach 1900 waren nicht nur die Psychiater vor die Frage gestellt, ob es richtig und ökonomisch verantwortbar sei, sie alle in psychiatrischen Anstalten festzuhalten. Denn wenn 10% der Bevölkerung als Psychopathen definiert wurden, die zumindest zum Teil das Reservoir für die Geisteskranken bildeten, galt es zunächst die Kosten festzustellen, die Staat und Gesellschaft für diesen Personenkreis erwachsen und damit kommt der ökonomische Gesichtspunkt ins Gespräch.³⁴ Denn es wurden für Preußen 1911 133.000 Minderwertige in Anstalten gezählt, für die 33 Millionen Mark aufgewandt wurden; für die preußische Fürsorgeerziehung waren 1909 10 Millionen Mark aufgewandt worden. Interessant ist, dass man in diesem Zusammenhang zum ersten Mal Gegenüberstellungen der Kosten für einen normalen Volksschüler von jährlich 120-130 Mark in Vergleich zu einem Hilfsschüler mit 250 Mark findet, wie es 1925 der Assistenzarzt an der Staatskrankenanstalt Hamburg- Langenhorn Otto Kankleit bilanzieren wird.³⁵ Um jedoch insgesamt die Kosten für die sog. „Minusvarianten“ zu differenzieren, inwiefern nämlich ihre Minderwertigkeit das Ergebnis von Milieu-Einflüssen oder von angeborenen bzw. ererbten Krankheiten wären³⁶, wurde von der „Umschau“, einer Wochenschrift für die Fortschritte in Wissenschaft und Technik, ein Preisausschreiben ausgelobt „Was kosten die schlechten Rasseelemente den Staat und die Gesellschaft“. Doch in keiner der Bewerbungsschriften war gerade diese Frage beantwortet worden,³⁷ auch nicht vom ersten Preisträger dieses Preisausschreibens Ludwig Jens, einem Beamten der Allgemeinen Armenanstalt Hamburg. Jens ermittelte für Hamburg für 1906 insgesamt 9,783.534 Mark Ausgaben als Kosten für „Schwachsinnige, taubstumme und blinde Kinder, Zwangszöglinge, außerdem für die Armen- und Waisenpflege, für das Gefängniswesen, die öffentlichen Krankenhäuser, das Irrenwesen und schließlich für die Privatwohlthätigkeiten“ und stellte dem den Ertrag der direkten Einkommensteuer für Hamburg von 30,8 Millionen gegenüber. Somit habe Jens – und das war auch der Gegenstand der Kritik an ihm - nur die für wirtschaftlich Minderwertige, d. h. nicht voll Erwerbsfähige, aufgewandten Geldsummen zusammengestellt, nicht jedoch differenziert nach den

³⁴ Vgl. Paul Weindling, Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945, Cambridge et al 1989, S.239.

³⁵ Vgl. Otto Kankleit, Künstliche Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen und sozialen Gründen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 98 (1925) S.224f.

³⁶ Vgl. Peter Weingart, Jürgen Kroll, Kurt Bayertz, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt am Main 1988, S.259-262.

³⁷ Vgl. Anna Bergmann, Die verhütete Sexualität. Die medizinische Bemächtigung des Lebens, Berlin 1998, S.72f.

Aufwendungen für Geisteskranke und schon gar nicht in bezug auf die Frage, inwieweit es sich bei ihnen um angeborene sog. Minderwertigkeit handeln würde. Das gilt auch für andere Zusammenstellungen aus dieser Zeit wie für Erhebungen in der Provinz Berlin-Brandenburg. Der dortige Provinzialverband verausgabte für 1909 5 Millionen Mark für Geisteskranke, Taubstumme, die Stadt Berlin über 71/2 Millionen für ihre sieben Irrenanstalten.

Jens hatte keine Differenzierung seiner Daten vorgenommen, weil es ihm noch unmöglich schien die ererbte Minderwertigkeit von der milieumässig erworbenen zu trennen. Es schien ihm beim damaligen Stand der Erblichkeitsforschung infolgedessen noch unmöglich für diesen Personenkreis Maßnahmen - wie die von den Rassenhygienikern propagierte Sterilisation - zu empfehlen. Nicht galt dies für Sozial- und Rassenhygieniker Ignaz Kaup, der sich der Frage, was die minderwertigen Elemente dem Staat und der Gesellschaft kosten, 1913 erneut annahm. Zwar gelingt es auch ihm nicht verlässliche Daten zu ermitteln, doch ist er in seinen Schlussfolgerungen radikal, denn „unsere gesunde Nachkommenschaft hat das Recht auf Schutz vor einem Verderb durch Keimschädlinge, und jede vorwärtsstrebende Nation hat die Pflicht, den Ballast der Minderwertigenkosten möglichst zu vermindern.“³⁸

Der Erste Weltkrieg mit seinem Hungersterben der Patienten in den Anstalten³⁹ bildet in der Debatte um die Verringerung der für die Geisteskranken zunehmenden Kosten eine Wasserscheide. Wohl bleibt es schwierig die Zahlen für die einzelnen Anstalten und die einzelnen Regionen zu vergleichen, doch scheint die Zahl von 71.000 Hungertoten nicht zu hoch gegriffen zu sein. Die Diskussion um die Zunahme der ökonomischen Lasten für die psychisch Kranken geht durch die ganze Kriegszeit. Kraepelin, für den die Geisteskranken stets als „schwere „ - auch ökonomische - „Belastung unseres Volkes“ darstellten, bemerkt dazu zynisch, dass , durch die „grausame Absperrung der Lebensmittelzufuhren“ während des Ersten Weltkriegs zumindest zeitweilig durch das Hungersterben in den Anstalten „die wirtschaftliche Last, die unheilbar Geisteskranke bedeuten, erleichtert wurde“.⁴⁰ Für ihn gilt angesichts der in den ersten Nachkriegsjahren in Deutschland und Österreich katastrophalen Versorgungssituation , dass wir unsere menschenfreundlichen Bestrebungen für die Geisteskranken beschränken müssten, „wenn nicht die guten Bestandteile unseres Volkes durch die minderwertigen zugrunde gerichtet werden sollten“.⁴¹ Die radikalste Stimme ist in diesem Kontext die den Patientenmord legitimierende Schrift des Juristen Karl Binding und

³⁸ Ignaz Kaup, Was kosten die minderwertigen Elemente den Staat und die Gesellschaft? Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 10(1913)S.747.

³⁹ Vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914 – 1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau 1998, S.26-68.

⁴⁰ Emil Kraepelin, Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte. Süddeutsche Monatshefte 17 (1919) H.2 S.182.

⁴¹ Ebenda.

des Psychiaters Alfred Hoche von 1920 „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“, der damit den Verbrechen des Nationalsozialismus vorgreift. Neben eugenischen Gesichtspunkten treten bei ihm stets auch auch ökonomische. Denn bei Hoche finden sich Berechnungen, was uns diese „Ballastexistenzen“ kosten. Aus einer von ihm durchgeführten Umfrage bei sämtlichen deutschen Irrenanstalten ergibt sich – so Hoche - „dass der durchschnittliche Aufwand pro Kopf und Jahr für die Pflege der Idioten bisher 1300 M. betrug, Wenn wir die Zahl der in Deutschland zurzeit gleichzeitig vorhandenen, in Anstaltspflege befindlichen Idioten zusammenrechnen, so kommen wir schätzungsweise etwa auf die Gesamtzahl von 20-30000. Nehmen wir für den Einzelfall eine durchschnittliche Lebenserwartung von 50 Jahren an, so ist leicht zu ermessen, welches ungeheure Kapital in Form von Nahrungsmitteln, Kleidung und Heizung, dem Nationalvermögen für einen unproduktiven Zweck entzogen wird ... Die Frage, ob der für diese Kategorien von Ballastexistenzen notwendige Aufwand nach allen Richtungen hin gerechtfertigt sei, war in verflossenen Zeiten des Wohlstands nicht dringend; jetzt ist es anders geworden, und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen.“ Denn in der Zeit der Schwierigkeiten nach dem Ersten Weltkrieg wird „unsere deutsche Aufgabe für lange Zeit sein: eine bis zum höchsten gesteigerte Zusammenfassung aller Möglichkeiten, ein Freimachen jeder verfügbaren Leistungsfähigkeit für fördernde Zwecke. Der Erfüllung dieser Aufgabe, steht das moderne Bestreben entgegen, möglichst auch die Schwächlinge aller Sorten zu erhalten allen auch den zwar nicht geistig toten, aber ihrer Organisation nach minderwertigen Elementen Pflege und Schutz angedeihen zu lassen – Bemühungen, die dadurch ihre besondere Tragweite erhalten, dass es bisher nicht möglich gewesen, aber auch nicht im Ernste versucht worden ist, diese Defektmenschen von der Fortpflanzung auszuschliessen.“⁴² War die hiermit vertretene „Euthanasie“ in der Folgezeit auch ein Gegenstand kontroverser Diskussionen, in denen allerdings die Zustimmung zu den Thesen von Binding und Hoche unter Ärzten und Juristen nicht unbeträchtlich war,⁴³ so waren die meisten der gemäßigten Eugeniker eher zurückhaltend.⁴⁴ Was sich jedoch immer mehr in dieser Zeit radikalisierte, war die Debatte um die von Hoche auch angesprochene Sterilisation. Nicht nur der Direktor der Tübinger Nervenlinik Robert Gaupp lehnte bei der

⁴² Karl Binding und Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920, S.54- 56.

⁴³ Vgl. Karl-Heinz Hafner und Rolf Winau, „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Eine Untersuchung zur Schrift von Karl Binding und Alfred Hoche. Medizinhistorisches Journal 9 (1974) S.233 mit Anm. 46 und Gerhard Fichtner, , die Euthanasiediskussion in der Zeit der Weimarer Republik, in: Albin Eser (Hg.), Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, Stuttgart 1976, S.24-40.

⁴⁴ Vgl. Gerhard Baader, Die Medizin im Nationalsozialismus. Ihre Wurzeln und die erste Periode ihrer Realisierung, in: Christian Pross und Rolf Winau (Hg.), nicht mißhandeln (=Stätten der Geschichte Berlins, Bd.5), Berlin 1984, S.80.

Besprechung der von Binding/Hoche 1920 in der Deutschen Strafrechtszeitung die dort geäußerten Gedanken zur Euthanasie nicht grundweg ab. Unter Bezug auf Gedanken Karl Bindings „Denkt man sich gleichzeitig ein Schlachtfeld bedeckt mit Tausenden toter Jugend ... und stellt man in Gedanken unsere Idioteninstitute mit ihrer Sorgfalt für ihre lebenden Insassen daneben – und man ist auf das tiefste erschüttert von diesem grellen Missklang zwischen der Opferung des teuersten Gutes der Menschheit im größten Maßstabe auf der einen und der größten Pflege nicht nur absolut wertloser, sondern negativ zu wertender Existenzen auf der anderen Seite“⁴⁵ spricht Gaupp davon dass wenn man die Schlachtfelder aufgrund der „technischen Ungeheuerlichkeiten des Weltkrieges“ in Betracht ziehe, die so grauenhafte Verletzungen hervorgerufen hätten, sich der Gedanke der Sterbehilfe geradezu aufdränge; denn „der Kampf um das tägliche Brot für unsere Kinder in einem blockierten und gefesselten Lande schärfte den Blick für die Wahrnehmung falscher Humanität, die wertlose Leben hätschelt und pflegt, während wertvolle Leben an anderer Stelle, aber vielleicht weniger sichtbar zugrunde gehen. Aus persönlicher Erfahrung füge ich hinzu: es ist mir im Winter 1916/17, als unser Volk mit dem Hungertod kämpfte, oft nicht leicht geworden, die frühere Sorgfalt in der Pflege wertloser Leben unheilbarer Geisteskranker und um ihre reichliche Ernährung mich zu mühen, während draußen im Leben Hunger die vollwertigen Menschen schwächte und auf Krankenlager tuberkulösen Siechtums warf; ich hätte z. B. die reichlich eingehenden Butter- und Fleischpakete, die solche unheilbaren Geisteskranken aus bäuerlichen Kreisen von ihren Familien oft erhielten, manchmal lieber an wertvollere Menschen verteilen mögen. Aus solchen Stimmungen versteht sich der Binding-Hochesche Vorstoß“.⁴⁶ Ist dies in der Weimarer Republik noch eine Minderheitsmeinung, so gilt das nicht für die Forderung nach Sterilisation, die Gaupp vehement vertritt, wobei sich – wie häufig - rassenhygienische mit ökonomischen Argumenten vermischen. „Deutschland hat mit dem Frieden von Versailles“ – so Gaupp – „einen zu kleinen Nahrungsspielraum erhalten; seine Bevölkerung vermehrt sich zur Zeit stärker, als dieser Nahrungsspielraum gestattet. Trotz der Rationalisierung der Fortpflanzung und der Abtreibungsseuche ist der Geburtenüberschuß gegenwärtig größer als die Möglichkeit ausreichender Versorgung aller Glieder des Volkes“, wobei sich „die Minderwertigen ... rascher fortpflanzen als die Hochwertigen.“ Infolgedessen ist „die Belastung des Deutschen Reiches durch die geistig und sittlich Minderwertigen“ – und damit meint er auch die sich ausserhalb der Anstalten sich befindlichen psychisch Kranken und Psychopathen, die angeblich 10% der Bevölkerung

⁴⁵ Karl Binding/Alfred Hoche, Freigabe S.27.

⁴⁶ Robert Gaupp, Rez. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Deutsche Strafrechtszeitung 7 (1920) S.336f.

ausmachen,- „enorm und angesichts unserer Verarmung und unserer schwer ringenden Wirtschaft eine trostlose Belastung.“⁴⁷ Unter Bezug auf die von Kaup und Otto Kankleit in seinem Beitrag für 1910 genannten Zahlen ist es für ihn eine unabdingbare Forderung: „Die von einem Arzte nach sorgfältiger Beratung vorgenommene Sterilisation des einwilligenden Kranken muss unzweifelhaft straffrei sein.“⁴⁸ Zwar gesteht er ein, dass wir niemals „alle geistig und sittlich Minderwertigen aus unserem Volkskörper ausscheiden können, niemals die Neuentstehung des Krankhaften, der Entartung, vermeiden können, selbst wenn wir nach dem Vorschlag des Amerikaners Laughlin fortlaufend ein Zehntel aller Lebenden sterilisieren würden. Aber wir auch nur an hundert oder tausend Stätten bewirken könnten, dass Krankhaftes sich nicht weiter vererbt, dass den ungeborenen Geschlechtern der Fluch schlechter Erbanlagen erspart bleibe, so hätten wir als Ärzte Gutes für unser Volk Wertvolles geleistet.“⁴⁹

Trotz solch radikaler Positionen, war der wirtschaftliche Aufschwung in der Zeit der Weimarer Republik vor der Weltwirtschaftskrise 1925 – 1930 nicht geeignet einen gesellschaftlichen Konsens in diesen Fragen zu erzielen. Noch eine noch in der Weltwirtschaftskrise im Juli 1932 vom Ausschuss für Bevölkerungswesen und Eugenik verabschiedete Gesetzesvorlage zur freiwilligen Sterilisierung aus eugenischen Gründen, die immer mehr Zustimmung zu finden begann, blieb in den Wirren der späten Weimarer Republik unverabschiedet.⁵⁰ Was stattfand, war eine neuerliche Diskussion um die Senkung der Kosten für die psychisch Kranken. So setzte im April 1931 das für die Anstalten zuständige Bayerische Staatsministerium eine Kommission ein, um den Sparwillen der Anstalten zu stärken. Neben der Entlassung von Patienten oder deren Verlegung von Heil- in Pflegeanstalten, wurde vor allem der Pflegesatz und in ihm besonders der Verköstigungssatz weitgehend um 30-40% von etwa 1 RM auf bis zu 55 Pfennige gesenkt. Von den zwei im Mai 1931 vom Deutschen Verein für Psychiatrie gestellten Preisaufgaben trug eine den Titel „Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?“ Der Preisträger, der Direktor der Wittenauer Heilstätten in Berlin Emil Bratz, sieht nicht nur in einer Senkung der Verköstigungskosten vor allem für Chronisch-Kranke sondern auch in ihrer Verlegung in Pflegeeinrichtungen oder durch deren frühzeitige Entlassung eine Möglichkeit zur Kostensenkung. Doch warnt er andererseits vor den langfristigen, auch ökonomischen Folgen

⁴⁷ Robert Gaupp, Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 100 (1926) S. 158f.

⁴⁸ Ebenda S. 176f.

⁴⁹ Ebenda S. 181.

⁵⁰ Vgl. Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens', 1890-1945 (=Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 75), Göttingen 1987, S. 102-105.

dieser Politik, da die von ihnen ausserhalb der Anstalten erzeugte Nachkommenschaft sich in das Gegenteil verkehren könnte, da die aus der fortpflanzungsverhindernden Anstalt Entlassenen ungezählte neue seelisch Abnorme liefern und damit neue Kosten für die Anstalten verursachen würden. So befürwortet er die Entlassung von erblich Schizophrenen und erblich Schwachsinnigen nur nach vorheriger Sterilisierung.⁵¹

Die Nationalsozialisten haben nach 1933 das Schubladengesetz der Weimarer Republik zur Sterilisation als eines der ersten Gesetze als „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am 14. Juli 1933, nur unter Hinzufügung des Zwangsparagraphen verabschiedet. Sie waren bereits in den Beratungen des Ausschusses für Bevölkerungswesen und Eugenik die eugenischen Scharfmacher gewesen, gemäss der Forderung von Hitler selbst, wie er sie schon in „Mein Kampf“ 1925 zum Ausdruck gebracht hatte. „dass defekten Menschen die Zeugung anderer ebenso defekter Menschen unmöglich gemacht“⁵² werden solle. So stellt auch anlässlich der Eröffnung der Staatsärztlichen Akademie in München am 25. August 1933, die das ausgesprochene Ziel hatte, alle im öffentlichen Dienst befindlichen Ärzte für ihre neuen rassenbiologischen und bevölkerungspolitischen Aufgaben vorzubilden, der Staatssekretär für das Gesundheitswesen im Bayerischen Innenministerium Walter Schultze rassenbiologische Argumente in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Unter Ausmerze versteht er hier noch im Sinne der klassischen Rassenhygiene zwar allgemein die Verminderung der Fruchtbarkeit der Erbuntüchtigen und noch nicht den Patientenmord. Für die leichteren, aber doch unbedingt sicher erblichen Geisteskranken, auf welche die Sterilisierung keine Anwendung finden soll“ und die „dem weitverzweigten Krankheitsbild der Schizophrenie angehörenden absolut unsozialen Elemente“ empfiehlt er hingegen „dauernde Absonderung“ und somit „Asylierung. Sie könnte in Arbeitshäusern, Arbeitskolonien usw. erfolgen und hat ihren Anfang teilweise schon in unseren heutigen Konzentrationslagern gefunden. Sie würde dem Staat keine oder doch nur geringe Kosten verursachen“ – und damit kommen ökonomische Argumente wieder in Spiel -, „da sie sich bei vernünftiger Arbeitsauswahl unschwer aus der Arbeit ihrer Insassen selbst erhalten könnte.“⁵³ Diese ökonomischen Argumente, oft mit rassenhygienischen vermennt, werden jetzt das allgemeine Schema des Diskurses prägen. So wird wieder Robert Gaupp der Durchführung dieses Gesetzes professionelle Schützenhilfe leisten, wenn er 1934 die für die Minderwertigen entstehenden Kosten vor dem Landesverein Württemberg des Deutschen

⁵¹ Vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben (wie Anm. 39) S.88-93;

⁵² Adolf Hitler, Mein Kampf, München 1925, S.279.

⁵³ Walter Schultze, Grundlagen und Ziele der Rassenhygiene. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie einschließlich Rassen- und Gesellschaftshygiene 28 (1934) S.65.

Roten Kreuzes detailliert aufführen wird. Von seiner noch 1925 geäußerten Skepsis, dass ihm genaue Zahlen für Deutschland fehlen würden, ist jetzt keine Rede mehr. Es betrügen die täglichen Anstaltskosten für einen Taubstummen bzw. Krüppel 6 Reichsmark, für einen Geisteskranken 4,50 RM, für einen Verbrecher 3,50 RM. Demgegenüber stünden einem Beamtenhepaar täglich 8 RM, einen Angestelltenhepaar 7 RM zur Verfügung. Darüber hinaus würden für einen Hilfsschüler jährlich 573 RM, für einen bildungsfähigen Geisteskranken 950 RM, für einen blind- und taubgeborenen Schüler 1500 RM, für einen normalen Volksschüler aber nur 125 RM ausgegeben. „Diese von Jahrzehnt wachsende Zahl der geistig Kranken und Minderwertigen ... stellt auch wirtschaftlich, nicht bloß menschlich und rassenhygienisch, eine große Belastung dar, die dem erbgesunden Teil des Volkes gegenüber nicht zu rechtfertigen ist.“⁵⁴ Vergleichbare Aufrechnungen sollten Allgemeingut vieler werden; das zeigt die Tatsache, dass sie sogar in die Algebrabücher der Höheren Schüler eingehen.⁵⁵

Doch radikalisierten sich bei der Propagierung der Zwangssterilisation in der Folgezeit die rassenhygienischen ebenso wie die ökonomischen Argumente. Reichsärztführer Wagner ist hier ein Scharfmacher. Er hat am Reichsparteitag 1934 mit beiden Argumenten die Maßnahmen zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erkrankten Nachwuchses gerechtfertigt. Denn „während die Vergangenheit aus Mangel an biologischen Denken der besonders starken Vernichtung des durchschnittlich Tüchtigen keinen Einhalt gebot, hat sie auf der anderen Seite eine große Reihe von erblichen Belastungen und Krankheiten durch künstliche Pflege geradezu gezüchtet ... Die wirtschaftliche Belastung durch Erbkrankte beträgt zur Zeit für das deutsche Reich 1,2 Milliarden Mark jährlich. Diese Summe setzt sich folgendermaßen zusammen: Von 33.000 Blinden sind etwa 15 bis 20 Prozent = 5000 als erblind anzusehen. Bei einer durchschnittlichen Aufwendung pro Kopf von 1000 Mark bedingen diese Erbblinden einen Gesamtaufwand von 5 Millionen jährlich, von denen allein 21/2 Millionen Mark für Anstaltspflege verbraucht werden. Von 300 000 Krüppeln sind gleichfalls 15 bis 20 Prozent= 50 000 als Erbkrüppel anzusprechen, die bei einem Bedarf von 1000 Mark jährlich pro Person eine Aufwendung von 50 Millionen verlangen. Für diese 50 Millionen sind über 16 Millionen Mark für Anstaltspflege verbraucht worden. Wesentlich größer ist die Zahl der erbbedingten Taubstummen, da man bei Taubstummen in gut der Hälfte der Familie eine erbliche Belastung annehmen muss. Die 20 000 anfallenden erblich

⁵⁴ Robert Gaupp, Die Quellen der Entartung von Mensch und Volk und die Wege der Umkehr, Stuttgart 1934, S.20.

⁵⁵ Vgl. Adolf Dorner (Hg.), Mathematische Aufgaben aus der Volks-, Gelände- und Wehrkunde, 1. Teil (Mittelstufe), Frankfurt am Main 1936, S.2.

bedingten Taubstummen bedürfen pro Kopf einen jährlichen Aufwand von 800 Mark, insgesamt 15 Millionen, von denen für Anstaltspflege 2 215 500 Mark aufgewendet werden. Bei den geistig Gebrechlichen liegt in etwa 70 Prozent der Fälle eine erbliche Bedingtheit vor. Diese 230 000 geistig Gebrechlichen bedingen bei je 1000 Mark Unterhaltskosten im Jahr 160 Millionen Mark, von denen etwa 112 Millionen Mark für Anstaltsbehandlung Verwendung finden. In dieser Zahl geistig Gebrechlicher sind 60 000 Schwachsinnige schwerster Form einbegriffen. Schwachsinnige leichter Form, aber erbbedingt, wurden aufgrund der letzten zur Verfügung stehenden Statistik 250 000 gezählt. Die Zahl der Hilfsschüler beträgt 70 000. Die notwendigen Aufwendungen für den einzelnen Hilfsschüler betragen im Jahresdurchschnitt 1015 Mark, während sie für einen normalen Schüler nur 328 Mark betragen. Insgesamt beansprucht die schulische Ausbildung von Hilfsschülern jährlich 71 050 000 Mark. Insgesamt beträgt der Aufwand für die Erhaltung erblicher Belasteter 301 Millionen Mark pro Jahr, von denen etwa 192 Millionen für Anstaltspflege aufgewendet werden. Nicht mit eingerechnet sind die Kosten für 200 000 Trinker und etwa 400 000 Psychopathen. Die für diese aufzuwendenden Mittel sind pro Jahr auf etwa 200 Millionen zu veranschlagen. Der durch Erbkrankte bedingte Arbeitsausfall beträgt in Deutschland 300 Millionen im Jahr. In Fürsorgeerziehung stehen 80 000 Jugendliche, die einen Gesamtaufwand von 56 Millionen bedingen, Die für Rechtspflege und Polizei aufgewendeten Mittel betragen 1,5 Milliarden jährlich, von denen schätzungsweise 250 Millionen durch erblich belastete Verbrecher und Asoziale bedingt sind. Eine erblich belastete Person bedarf bis zu einem Lebensalter von rund sechzig Jahren ohne Anstaltsbehandlung einen Aufwand von über 50 000 Mark. Diese ungeheure gesundheitliche und wirtschaftliche Belastung unseres Volkes durch Erblichbelastete würde von Jahr zu Jahr steigen, sofern nicht die nationalsozialistische Regierung im Interesse der Gesamtheit des Volkes und seiner Zukunft eingegriffen hätte ... Es sei bemerkt, dass aber auch völlig unabhängig von den wissenschaftlichen Erwägungen, die für den Nationalsozialismus niemals den Ausschlag geben, das Ziel der Rassenhygiene und der Ausschaltung Erbuntüchtiger von der Fortpflanzung gerechtfertigt und selbstverständlich ist. Denn wir glauben, dass in der Natur und im Leben ein göttliches Gesetz der Kraft und der Stärke als Voraussetzung allen Fortschrittes auf dieser Welt zum Ausdruck kommt, dem auch wir uns nicht entziehen dürfen. Und wir bejahen das Recht des gesunden, starken und aufsteigenden gegenüber dem schwachen und verlöschenden Leben, weil wir an die Zukunft und an eine künftige Größe der Menschheit glaube.“⁵⁶ Besonders die ökonomischen

⁵⁶ Gerhard Wagner, Rasse und Volksgesundheit. Ziel und Weg 4 (1934) S.679f.

Argumente werden in populären Darstellungen⁵⁷ und auf Plakaten aufgegriffen und weiter zugespitzt. „60.000 RM kostet dieser Erbkrankte die Volksgemeinschaft auf Lebenszeit“ oder „Hier trägst du mit. Ein Erbkrankter kostet bis zur Erreichung des 60. Lebensjahres im Durchschnitt 50.000 RM“ heißen die Slogans auf diesen Plakaten.⁵⁸ Diese Argumente sind alle aus der Parteitagrede Wagners von 1934 entnommen und das gilt auch für die im Auftrag des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP seit 1935 produzierten Dokumentarfilme⁵⁹ zur Propagierung der Notwendigkeit der Sterilisation „Erb und Geisteskrankter“. Sie sollten „auch den letzten Volksgenossen von der Notwendigkeit unserer Maßnahmen überzeugen.“⁶⁰ Auf dem Reichsparteitag der Ehre 1936 wird Gerhard Wagner, diese Argumente noch verschärfen. „Die Millionen und Milliarden, die in der Vergangenheit dafür ausgegeben wurden und die etwa eine Milliarde Mark, die wir auch heute noch jährlich für die Pflege der Erbkranken opfern müssen, stellen eine Vergeudung am Volksvermögen dar, die nach unserer nationalsozialistischen Auffassung dem erbgesunden Teil des Volkes gegenüber nicht zu rechtfertigen ist. Wenn kinderreiche erbgesunde Arbeiterfamilien heute nur gerade das zum Leben Notwendigste verdienen, ist es nicht zu verantworten, dass der Staat für manche erbkrankte Familien, bei denen oft mehrere Familienangehörige seit Jahren in den Anstalten untergebracht sind, Jahr für Jahr Tausende von Mark ausgeben muß.“⁶¹ Die Notwendigkeit des Zwangscharakters der Sterilisation nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses steht für ihn dabei außer Frage. „Nach unserer Meinung wäre es ein Unding, einem Erbkrankten, bei dem der Verstand – wie beim Schwachsinn – oder der freie Wille – wie etwa bei einer Geisteskrankheit – nicht vorhanden ist und dem wir durch Entmündigung das Verfügungsrecht über das Geld und andere tote Dinge genommen haben, die Entscheidung über die tausendmal wichtigeren Fragen der Fortpflanzung und des Weiterlebens in Kindern zu überlassen. Der nationalsozialistische Staat hat durch das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ dafür gesorgt, dass in Zukunft aus Minderwertigem nicht immer wieder minderwertiges neues Leben geboren werden kann.“⁶² Von der Möglichkeit des Patientenmords wird in diesem Zusammenhang noch nicht gesprochen. Selbst der später zu den Haupttätern beim Patientenmord zu zählende Direktor von Eglfing-Haar Hermann Pfannmüller wird 1938 noch kryptisch davon sprechen, dass „unsere erste und

⁵⁷ Z.B. Neues Volk 2 (1934) H.1 S.16.

⁵⁸ Chistfried Tögel und Volkmar Lischka (Hg.), „Euthanasie“ und Psychiatrie (=Uchtspringer Schriften zur Psychiatrie, Neurologie, Schlafmedizin, Psychologie und Psychoanalyse, Bd.3), Uchtspringe 2005, S.90f.

⁵⁹ Vgl. Karl Ludwig Rost, Sterilisation und Euthanasie im Film des Dritten Reiches. Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, H.55), Husum 1987, S.59-83.

⁶⁰ Neues Volk 4 (1936) H. 2 S.15.

⁶¹ Ziel und Weg 6 (1936) S.511.

⁶² Ebenda S.512.

vornehmlichste ärztliche Betreuung nicht den Unrettbaren und Verlorenen zuzuwenden ist, sondern den Menschen, die für die Volksgemeinschaft überhaupt noch einen Wert haben.“⁶³ Dass mit all dem jedoch Patientenmord gemeint war, erkannten bald Weitsichtige. „Es könnte ein Arzt auf den Gedanken kommen“ – so Kardinal Faulhaber bereits 1934 – „die schmerzlose Tötung der sicher unheilbaren Kranken, auch der unheilbar Geisteskranken, erspare dem Staat große Fürsorgelasten und diene deshalb zum Wohle des Volkes.“⁶⁴ Wie richtig er mit seinen Befürchtungen lag, zeigte ein Gespräch das der Reichsärztführer Gerhard Wagner auf dem Reichsparteitag 1935 mit Hitler über diese Frage führte. Als Wagner ihn auf die Notwendigkeit der Vernichtung lebensunwerten Lebens ansprach, empfahl Hitler zunächst „vorsichtiges Abwarten“. Doch im Falle eines Krieges, werde er diese Euthanasiefrage aufgreifen und durchführen.⁶⁵ Sie galt jedoch auch in der Zeit ihrer Durchführung von 1940 an als geheime Reichssache und war im Gegensatz zur Zwangssterilisation nie Teil der nationalsozialistischen biopolitischen Propaganda geworden. Was weiter diskutiert wurde, waren die ökonomischen Argumente, die bei Scharfmachern wie Pfannmüller schon vor den ersten Mordmaßnahmen in den Gasanstalten ab 1940 schon 1939 zur Forderung an die Bayerische Staatsregierung nach Genehmigung von Patientenmord führten. „Als konfessionell ungebundener und überzeugter nationalsozialistischer Anstaltsleiter halte ich mich ... für verpflichtet, eine wirkliche Sparmaßnahme aufzuzeigen, die geeignet ist, die Lage der Anstalten wirtschaftlich günstig zu beeinflussen. Ich erachte es an dieser Stelle für angebracht, einmal offen und mit aller Deutlichkeit auf die Notwendigkeit hinzuweisen, dass wir Ärzte hinsichtlich ärztlicher Betreuung lebensunwerten Lebens auch die letzte Konsequenz im Sinne der Ausmerze ziehen. Es handelt sich darum, dass jene an sich wohl bedauernswerten Kranken, die nur ein Scheindasein eines Menschen leben, die für die soziale Eingliederung in die menschliche Gesellschaft vollkommen unbrauchbar geworden sind, ...die sich selbst, ihren Angehörigen und ihrer Umgebung zur Qual und zur Last“ geworden „sind, verschärfter Ausmerze unterworfen werden müssen ... Gerade diese Tage, in denen von unseren wertvollsten Männern die schwersten Opfer an Blut und Leben verlangt werden, lehren uns eindrucksvoll, dass es nicht möglich sein darf, aus wirtschaftlichen Gründen vermehrt die Anstalten mit lebenden Leichen für einen trotzdem immer noch unverhältnismässig hohen Verpflegesatz zu belegen, Für mich ist die Vorstellung

⁶³ Vgl. Hans-Walter Schmuhl, (wie Anm50). S.89.

⁶⁴ Johann Neuhäusler, Kreuz und Hakenkreuz. Der Kampf des Nationalsozialismus gegen die katholische Kirche und der kirchliche Widerstand, Bd.1, 2. Aufl., München 1946, S.307f.

⁶⁵ Vgl. Alexander Mitscherlich und Fred Mielke (Hg.), Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses(1948;=Fischer Taschenbuch 2003), Frankfurt am Main 1960, S.184.

untragbar, dass beste, blühende Jugend an der Front ihr Leben lassen muss, damit verblichene Asoziale und unverantwortliche Antisoziale ein gesichertes Dasein haben.⁶⁶

Pfannmüller war zwar ein Vorreiter der Maßnahmen, die erst für die zweite dezentrale Phase der „Euthanasie“ ab 1941 charakteristisch wurden, nämlich den Patientenmord in den Anstalten durch Hungersterben in den Anstalten selbst. Doch die auch bei Pfannmüller wieder geäußerten ökonomischen Argumente dienten selbst in der Aktion T 4, dem Patientenmord durch das Gas, keineswegs nur zur Verschleierung der Mordmaßnahmen. Denn dass es den Nationalsozialisten mit diesen ökonomischen Argumenten wirklich Ernst war, zeigt die Hartheim-Statistik über die Ergebnisse der ersten Phase der „Euthanasie“, die aufgrund der Berechnungen der täglichen und jährlichen Einsparungen durch die „Desinfektion“ von 70.273 Personen aufgrund eines Tagessatzes von 3,50 RM sowie der Hochrechnung der Einsparungen auf zehn Jahre bis zum September 1951 zu Einsparungen von 885,439.800 RM kommt. Dies wird detailliert an den jetzt nicht mehr nötigen eingesparten Kosten für Lebensmittel spezifiziert.⁶⁷

Doch abgesehen von dieser Zuspitzung gingen – meist regional unterschiedlich und mit oder ohne Weisungen - bereits vor 1939 die in der Weltwirtschaftskrise begonnene Reduktion der Verköstigungskosten für die Insassen der Anstalten weiter. Zwei Beispiele seien hier erwähnt. Für den Regierungsbezirk Kassel erließ der Oberpräsident des Bezirksverbandes Hessen-Kassel bereits am 25. November 1937 Richtlinien, nach denen den Anstalten nur ein Durchschnittssatz von 45 –47 Pfennig zugebilligt werden können; Anstalten wie Hadamar blieben auch noch freiwillig darunter.⁶⁸ 39 Pfennig wurden im allgemeinen zur Norm. In Sachsen, wo die Verköstigungssätze noch darüber lagen – sie war mir Erlaß vom 20. 1. 1933 auf 65 Pfennig festgelegt worden und auch 21. Dezember 1937 setzte das Innenministerium einen relativ günstigen Satz mit 60 Pfennig fest- ging der Direktor von Pirna-Sonnenstein Hermann Paul Nitsche eigene Wege. Er hatte bereits 1934 in seiner Anstalt nur 61 Pfennig benötigt. 1936 führte er für Patienten, denen „die Wertung des Essens voll und ganz oder zum großen Teil abgeht“, eine breiförmige Sonderkost ein. Bei 180 – wie er sie bezeichnet - niedergeführten Patienten- das sind wohl chronische, arbeitsunfähige und bettlägerige Kranke-, bei denen diese Sonderkost angewandt wurde, betrug 1938 die Ersparnis 2.500 Mark, 1938 wurden alle sächsischen Anstalten zu dieser Sonderkost verpflichtet. Am 4. Dezember 1939, erhielten bereits 44% der sächsischen Anstaltspatienten diese Sonderkost.

⁶⁶ Zit. nach: Jochen-Christoph Kaiser – Kurt Nowak – Michael Schwarz (Hg.), Eugenik Sterilisation „Euthanasie“. Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation, Berlin 1992, S.250.

⁶⁷ Vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben (wie Anm.39) S.264-266.

⁶⁸ Ebenda S.124, 212f.

Zwar wurde Ende September 1939 der Verköstigungssatz generell von 60 auf 35 Pfennig heruntergesetzt, doch Nitsche ging noch weiter. Die Kosten für seine Brei- und Suppenkost kann man mit 20 Pfennig veranschlagen. Um das Hungern zu erleichtern, empfahl Nitsche zusätzlich einen stärkeren Einsatz von Narkotika. Dieses Massensterben, dem insgesamt 1500 Patienten zum Opfer fielen, übt zwar zunächst keine Signalwirkung für das Deutsche Reich insgesamt aus. Jedoch bei Pfannmüller in Eglfing-Haar ist schon für den Herbst 1939 bezeugt, dass er dort aufgrund seiner eigenen Aussage Tötung von Kindern, die zum Teil nicht geisteskrank, sondern Kinder von jüdischen Eltern waren, durch allmähliche Verringerung der Rationen veranlasste. Denn „diese Geschöpfe ... stellen für mich als Nationalsozialisten natürlich nur eine Belastung unseres gesunden Volkskörpers dar.“⁶⁹

Solche Maßnahmen sollten in der zur zweiten Phase der „Euthanasie“ von 1941 an zur Norm werden. Nach dem sog. „Euthanasie“-Stopp, der nie einer war, wurde dieses Hungersterben und das Nitschesche Luminalschema, wie es für Sachsen typisch war – so drückt es Heinz Faulstich aus – insgesamt stilbildend, für Hadamar, Eichberg, Uchtspringe und den Steinhof in Wien, um nur einige Beispiele des dezentralen Patientenmords 1942-1945 zu nennen.⁷⁰ Ein Beispiel hierfür sind die Ereignisse in Bayern. Dort treffen sich in dieser 2. Phase der sog. Euthanasie am 17. November 1942 in einer Konferenz im Bayerischen Innenministerium die Anstaltsleiter; auf ihr berichtet der Direktor von Kaufbeuren Valentin Faltlhauser über die bei ihm seit August 1942 nicht arbeitsfähigen Patienten verabreichte fettlose E-Kost. „Er gehe jetzt in seiner ihm unterstellten Anstalt so vor, dass er den Kranken, die sonst unter die Euthanasie gefallen wären, eine völlig fettlose Kost verabreichen ließe, er mache ausdrücklich auf fettlos aufmerksam. Innerhalb dreier Monate gingen die Kranken daraufhin durch Hungerödeme ein.“⁷¹ Aufgrund des Berichts von Faltlhauser wurden auf dieser Konferenz Vorschläge verabschiedet, aufgrund derer am 30. November 1942 eine Anordnung des Bayerischen Innenministeriums an die Heil- und Pflegeanstalten erfolgte, für ihre nicht arbeitenden Insassen eine besondere fettlose Kost zuzubereiten. In Eglfing-Haar bei München werden ab Januar 1943 bettlägerige Schwerkranke in zwei Hungerhäusern zusammengefasst, in denen bettlägerigen Patienten diese Sonderkost gegeben wird. 429 Patienten sterben auf diese Weise. Somit ist Klaus Dörner beizupflichten, wenn er nicht nur für diese 2. Phase der

⁶⁹ Aussage von Ludwig Lehner; zit. nach: Jochen-Christoph Kaiser-Kurt Nowak-Michael Schwarz (Hg.), Eugenik Sterilisation „Euthanasie“. Politische Biologie in Deutschland 1895 – 1945. Eine Dokumentation, Berlin 1992, S.237f.

⁷⁰ Vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben (wie Anm.39) S.191-202; ders., Der sächsische Sonderweg, in: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.), Der sächsische Sonderweg bei der NS-„Euthanasie“. Fachtagung vom 15. bis 17. Mai 2001 in Pirna Sonnenstein (=Berichte des Arbeitskreises Bd.1), Ulm 2001, S.55-62.

⁷¹ Zit. nach: Heinz Faulstich, Hungersterben (wie Anm.39) S.319

sog. „Euthanasie“ davon spricht, dass dieser Patientenmord nicht nur der Logik der nationalsozialistischen Vernichtungsmedizin, sondern ebenso vom psychiatrischen System der Ökonomisierung der Anstalten geschuldet ist. Denn Hungersterben in den Anstalten ist in der deutschen Psychiatrie, mit bestimmten Verlaufskurven, seit 1900 nachweisbar.

Der Übergang von der zentralen zur dezentralen Phase der „Euthanasie“ ist von der 1941 anlaufenden sog. Aktion Brandt begleitet. Der Begleitarzt Hitlers Karl Brandt war am 28. 7. 1942 zum Bevollmächtigten für das Gesundheitswesen ernannt worden.⁷² Ab 21.5. 1943 erhielt er durch Führererlaß im Zuge der Verschärfung des Luftkrieges und der Schwierigkeit der Versorgung der Verwundeten die Vollmacht über die Errichtung und Belegung von Ausweichkrankenhäusern, die an die Stelle von zerbombten Einrichtungen treten sollten, sowie von Lazaretten. Zur Durchführung dieser Maßnahmen konnte er auf die Heil- und Pflegeanstalten zurückgreifen, deren Patienten durch den Gasmord und durch das Hungersterben bereits weitgehend dezimiert waren. Er konnte dabei auf die Mithilfe von Herbert Linden, des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten rechnen,⁷³ in deren Verlauf psychiatrische Anstalten zur Errichtung sogenannter Ausweich- und Sonderkrankenhäuser für evakuierte Patienten aus luftkriegsgefährdeten Gebieten herangezogen werden sollten. Das bedeutete zunächst die Überbelegung von im Reichsgebiet noch bestehender Heil- und Pflegeanstalten, langfristig jedoch nichts anderes als die indirekte oder direkte Verdrängung der Psychiatriepatienten zugunsten körperlich Kranker aus Heil- und Pflegeanstalten. Beispielhaft soll die Situation in den rheinischen Anstalten und in Berlin verdeutlicht werden. Von den rheinischen Anstalten, die von der Aktion T4 nur gestreift worden waren, setzten am 1. März 1942 die ersten Transporte in ausserrheinische Anstalten ein und finden ab 1943 einen Höhepunkt mit 6.500 Patienten.⁷⁴ In Berlin war die Situation eine andere. Wittenau war als einzige Berliner Anstalt übriggeblieben. Die anderen Berliner Anstalten, Buch, Herzberge und Wuhlgarten, waren Zug um Zug geschlossen worden, Buch schon am 31.10.1940; Herzberge und Wuhlgarten wurden 1943 endgültig zugunsten eines Wehrmachtslazaretts und eines Allgemeinkrankenhauses aufgelöst. Doch auch in Wittenau war trotz des zunehmenden Aufnahmedrucks ab 2. Februar 1943 zwei Häuser von psychiatrischen Patienten freigemacht worden und zu einem Krankenhaus Wittenau

⁷² Vgl. Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939 – 1945 (=Studien zur Zeitgeschichte, hrsg. vom Institut für Zeitgeschichte, Bd.65), München 2003, S.76f.

⁷³ Ebenda S.83-85.

⁷⁴ Vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben (wie Anm.39) S.383-387.

umgewidmet. worden.⁷⁵ Von den 15.000 Patienten, die von 1939 bis 1945 die Wittenauer Heilstätten durchlaufen hatten, wurde etwa ein Drittel direkt oder indirekt in Zwischen- oder Tötungsanstalten verlegt. Von ihnen wurden 3.000 zum Großteil in der Aktion T 4 ermordet. In Wittenau selbst war es jedoch bereits seit 1933 zu einem Hungersterben gekommen, das zunächst vor allem die noch in der Anstalt bis 1940 befindlichen jüdischen Patienten überproportional betraf, sowie später die in der Anstalt behandelten 1563 Zwangsarbeiter. Zusätzlich war ab 1941 die Versorgungslage auch in Wittenau so schlecht, so dass man auch hier von einem dezentralen Patientenmord sprechen kann. Zwei Methoden kamen dabei zur Anwendung. Die eine war die schon erwähnte Hungerkost und das Nitzschesche Luminalschema.⁷⁶ Ein Sonderfall sind die Verlegungen nach Meseritz-Obrawalde. Meseritz-Obrawalde war 1904 als vierte Provinzial-Irrenanstalt der Provinz Posen gegründet worden, geriet aber 1938 unter Pommersche Verwaltung und damit in den Machtbereich des Gauleiters Franz Schwede-Coburgs, unter dessen Ägide bereits 1939 eine „Euthanasie“ vor dem offiziellen Beginn der „Euthanasie“ in brutalster Weise um sich griff. Die Deportationen aus Meseritz-Obrawalde von – wie es hiess - unheilbaren Geisteskranken in Anstalten im Osten waren Deportationen in den Tod. Aus Wittenau waren bereits 1939 64 Patienten nach Meseritz-Obrawalde verlegt worden, die jedoch erst in Meseritz in das Räderwerk der Aktion T 4 gerieten und in Pirna-Sonnenstein ermordet wurden. Doch das war nur ein Vorspiel. Von den rheinischen Anstalten waren 1943 1573 Patienten dorthin in den Tod verlegt worden, von Wittenau waren es zwischen 1942 und 1944 1959, darunter 64 Zwangsarbeiter gewesen. Selektiert wurde jetzt in den Abgbeanstalten wie Wittenau dezentral nach Arbeitsfähigkeit der Patienten, ob es sich um unruhige Patienten oder um Langzeitpatienten gehandelt hat, von anstaltseigenen Stationsärzten und Pflégern. Von diesen zwischen 1942 und 1945 nach Meseritz-Obrawalde aus Wittenau und anderen Anstalten des Reiches verlegten Patienten wird der Großteil – 6.991 – sofort nach ihren Eintreffen durch Morphium- Scopolamin, Luminal oder Veronal ermordet.⁷⁷ Insgesamt kann insgesamt kann man mit Recht davon sprechen, dass auch hier wie in der gesamten zweiten dezentralen Phase der Euthanasie die

⁷⁵ Vgl. Norbert Emmerich, Die Wittenauer Heilstätten 1933-1945, in: Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer- Nervenlinik (Hg.), Totgeschwiegen 1933 –1945.Zur Geschichte der Wittenauer Heilstätten seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (=Stätten der Geschichte Berlins, Bd.17), 2. Aufl., Berlin 1989, S.85-87.

⁷⁶ Vgl. Christina Härtel, Marianne Hühn, Norbert Emmerich, Krankenmorde in den Wittenauer Heilstätten, in: Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer- Nervenlinik (Hg.), Totgeschwiegen (wie Anm.75) S.185-189

⁷⁷ Vgl. Thomas Beddies, Die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde im Dritten Reich, in: Kristina Hübener (Hg.) in Zusammenarbeit mit Martin Heinze, Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit (=Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg, Bd.3), Berlin-Brandenburg 2002, S.231-258.

erbbiologischen Gesichtspunkte gegenüber den ökonomischen in den Hintergrund zu treten scheinen.⁷⁸

Ökonomische Zweckrationalität, d. h. die Antwort auf die Frage, wie die Kosten für die psychiatrischen Anstalten gesenkt werden könnten, muss jedoch nicht im Patientenmorden enden. Schon in der Weimarer Republik und zuvor gab es auf die Frage, wie der Überfüllung der Anstalten zu steuern sei und damit auch die Kosten für die Anstalten gesenkt werden könnten, andere Konzepte. Denn es war die Frage, wie diese Landesnervenkliniken finanziert werden könnten, ein ihre Entwicklung stets begleitender Diskurs. Um ihre finanzielle Situation zu verbessern, wurden den Anstalten seit alters her agricole Kolonien angegliedert, in der ein Teil der für ihren Unterhalt nötigen Subsistenzmittel selbst produziert werden konnten. Die sächsische koloniale Irrenanstalt Alt-Scherbitz, die auf einem 1876 erworbenen Rittergut errichtet wurde, ist das bekannteste Beispiel dafür.⁷⁹ Was Österreich betrifft, wurde 1896-1898 Salzburg als koloniale Irrenanstalt nach dem Beispiel von Alt-Scherbitz errichtet.⁸⁰ Kolonien kennen 1899 Gugging⁸¹, 1899 Feldhof⁸², 1907 Pergine auf dem Gutshof „Stadelhof“ in der Gemeinde Pfatten,⁸³ 1908 Hall in Tirol⁸⁴, 1909 die Valduna in Tufers⁸⁵ und das 1898 gegründete Mauer-Oehling⁸⁶. Darüber hinaus wurde auch der Griesingerschen Gedankens der einst verketzerte familiäre Pflege aufgegriffen, jetzt aber nicht zum Ersatz, sondern als Ergänzung der Anstalten und fand als Mittel der Einsparung jetzt auch die nötige Unterstützung seitens der Behörden. Ilten unter Ferdinand Warendorff ist 1880 das bekannteste Beispiel.⁸⁷ Der Erfolg blieb jedoch auch gering. Die Zahl von 4.000⁸⁸ wurde in

⁷⁸ Vgl. Christina Härtel, Transporte in den Tod. Die Verlegungen von den Wittenauer Heilstätten nach Obrawalde bei Meseritz, in: Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (Hg.), Totgeschwiegen (wie Anm.75) S.191-206

⁷⁹ Vgl. Albrecht Paetz, Landes-Heil- und Pflegeanstalt der Provinz Sachsen Rittergut Alt-Scherbitz, in: Johannes Bresler (Hg.), Deutsche Heil- und Pflegeanstalten in Wort und Bild. Den Mitgliedern des IV. Internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke Berlin, den 3. bis 7. Oktober 1910 gewidmet, Bd.1, Halle an der Saale 1910, S.344f.

⁸⁰ Vgl. J. Schweighofer, Landesheilanstalt für Geistes- und Gemütskranke in Salzburg, in: Heinrich Schlöss (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild, Halle an der Saale 1912, 264-275.

⁸¹ Vgl. o. V., Niederösterreichische Landes-Irrenanstalt Gugging bei Wien, in: Heinrich Schlöss (Hg.), Irrenpflege (wie Anm.80), S.203f.

⁸² Vgl. Otto Hassmann, Die steiermärkische Landes-Irren- Heil- und Pflegeanstalt „Feldhof“, in: Heinrich Schlöss (Hg.) Irrenpflege (wie Anm. 80) S.207-301.

⁸³ Vgl. Pius Deiacco, Tiroler Landes-Irrenanstalt Pergine, in: Heinrich Schlöss (Hg.), Irrenpflege (wie Anm.80) S.331.

⁸⁴ Vgl. Josef Offer, Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol, in: Heinrich Schlöss, Irrenpflege (wie Anm. 69) S.317.

⁸⁵ Vgl. P. P. Pfausler, Die Irrenanstalt für das Land Vorarlberg in Valduna, in: Heinrich Schlöss (Hg.), Irrenpflege (wie Anm.80) S- 357f..

⁸⁶ Vgl. Josef Starlinger, Kaiser-Franz-Josef-Landes- Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling, Nieder-Oesterreich an der Westbahnlinie Wien – Linz, in der Nähe des Städtchens Amstetten, Bahn- und Poststation, in: Heinrich Schlöss (Hg.), Irrenpflege (wie Anm.80) S.222f.

⁸⁷ Vgl. Rudolf Warendorff, Ferdinand Warendorff 1826-1898, In: Theodor Kirchhoff (Hg.), Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens, Bd.2, Berlin 1924, 71f.

⁸⁸ Vgl. Heinz Faulstich, Irrenfürsorge (wie Anm.14) S.121.

Deutschland gegenüber 122.588 Anstaltsfällen⁸⁹ kaum – das ist die Zahl von 1906 - überschritten. In Österreich ist vor 1918 familiäre Pflege nur in Mauer-Oehling⁹⁰ und Ybbs⁹¹ nachweisbar.

Auch in der 1905 unter Gustav Kolb neuerrichteten oberfränkischen Heil und Pflegeanstalt Kutzenberg war zwar auch die familiäre Pflege eingeführt worden.⁹² Wichtiger wird jedoch bei ihm in Kutzenberg und noch mehr seit 1911 unter seinem Direktorat in Erlangen⁹³ das System der offenen Fürsorge. Kolb sah es dabei als notwendig an, psychisch Kranke auch außerhalb der Anstalt zu betreuen. Die Fürsorge sollte den Kranken nach seiner Entlassung mit fachärztlicher Betreuung in das Familien- und Erwerbsleben zurückbegleiten und ihm helfen, seinen Platz in der Gesellschaft behalten. Sie war als eine allgemeine Fürsorge in medizinischer und sozialer Hinsicht gedacht und umfasste alle Beziehungen des Versorgten zu seiner Umwelt unabhängig davon, ob sie ärztlicher, wirtschaftlicher, rechtlicher, familiärer oder sonstiger Natur waren. Die offene Fürsorge nach Kolb trug somit erheblich dazu bei, die Lebensbedingungen eines aus der Anstalt entlassenen Menschen zu verbessern. „Dadurch“ – so Kolb selbst – „dass der Irrenarzt sich auch nach der Entlassung noch um den Kranken annimmt, ihm mit Rat und Tat zur Seite steht, ihm Arbeitsgelegenheit verschafft, ihm im Notfalle Unterstützung gewährt, wird auch der Irrenarzt dem Kranken gegenüber und schließlich auch im Bewusstsein des Kranken, der Angehörigen, im Volksbewusstsein zu dem, was jeder Arzt sein soll: zum Freund und Helfer, während bisher Kranke, Angehörige und Volk in dem Irrenarzte vielfach noch den Feind, den Kerkermeister der Kranken erblickten.“⁹⁴

Als im Zuge der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage nach dem Ersten Weltkrieg die Behörden bereit waren nach jedem Mittel der finanziellen Entlastung beim Unterhalt der Anstalten zu greifen, unterstützten sie das Kolbsche Konzept, gegen den Widerstand der meisten Psychiater, die darin ihre ärztliche Kompetenz als Direktoren der Anstalten in Frage gestellt sahen. Trotzdem bauten bis 1927 42 Anstalten eine solche offene Fürsorge auf und

⁸⁹ Vgl. Dirk Blasius, Wahnsinn (wie Anm.22) S.152.

⁹⁰ Vgl. Josef Starlinger, Mauer-Oehling (wie Anm.80) S.225.

⁹¹ Vgl. Josef Quirchtmayer, Die niederösterreichische Landes-Pflegeanstalt für Geisteskranke in Ybbs, in: Heinrich Schlöss (Hg.), Irrenpflege (wie Anm. 80) S.231.

⁹² Vgl. Alfons Zenk, Die oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg, in: Michael v. Cranach und Hans Ludwig Siemen (Hg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999, S.123f.

⁹³ Vgl. Hans Ludwig Siemen, Heil- und Pflegeanstalt Erlangen, in: Michael v. Cranach und Hans Ludwig Siemen (Hg.), Psychiatrie (wie Anm.92) S. 159f.

⁹⁴ Gustav Kolb, Reform der Irrenfürsorge. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 47 (1919) S. 137.

betreuten 12.000 Menschen,⁹⁵ wobei . über eine vor allem ein auf Leistung beruhende Arbeitstherapie das auf ihr beruhende Konzept der sog. aktiveren Heilbehandlung, wie es Hermann Simon in Gütersloh entwickelt hatte,⁹⁶ in die offene psychiatrische Fürsorge integriert wurde.

Doch gerade durch diese aktivere Heilbehandlung gerieten, besonders durch die nach der Weltwirtschaftskrise von 1929 hervorgerufene schwierige wirtschaftliche Gesamtsituation und die damit verbundene katastrophalen Auswirkungen auf den Anstaltsbetrieb und insbesondere auf die eingeführten Reformen⁹⁷, nicht die chronischen, sondern die als heilbar bezeichneten Patienten in den Mittelpunkt des Interesses; denn sie konnten nach einem relativ kurzen Anstaltsaufenthalt wieder entlassen und der offenen psychiatrischen Fürsorge anvertraut werden. Die sich unsozial verhaltenden, die pflegebedürftigen und arbeitsunfähigen oder –unwilligen Patienten, die bald – wenn auch nicht bei Kolb – in unheilbare uminterpretiert wurden, „wurden“ – so hat es Hans-Ludwig Siemen ausgedrückt – „zu einem sicht- und spürbaren Problem auch für den modernen Psychiater, der diesen Menschen gegenüber seine Hilflosigkeit und Ohnmacht empfindlich verspürte. Nicht von ungefähr wird während der Weltwirtschaftskrise in Zusammenhang mit einer effektiven und therapeutisch ausgerichtete Psychiatrie die Vernichtung von chronisch psychisch Kranken diskutiert“.⁹⁸ Der Grad der Arbeitsfähigkeit wurde so bereits in der Zeit der Radikalisierung der Psychiatrie seit 1929 zum Selektionskriterium, „das nicht zufällig“ - so auch wieder Hans Ludwig Siemen – „ab 1939 zum zentralen Kriterium bei der Vernichtung von Anstaltsbewohnern wurde“.⁹⁹

Doch über dieses Leistungsdenken hinaus hatte Eugenik und Rassenhygiene bereits früh auch in das Denken der Reformpsychiater der Weimarer Republik Eingang gefunden. Hans Roemer aus der Illenau, mit Kolb und Maximilian Thumm aus Konstanz einer der Vorkämpfer einer offenen psychiatrischen Fürsorge, würdigte bereits im April 1912 auf dem 2. Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre die Bedeutung der Rassenhygiene für die Psychiatrie. Sie habe der psychiatrischen Hereditätsforschung ganz wesentlich die Wege geebnet und insbesondere auf die Bedeutung der Psychopathien und der psychischen Entartung für die Volksgesundheit aufmerksam gemacht. „Die psychiatrische

⁹⁵ Vgl. Hans Ludwig Siemen, Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik: Subjektive Ansprüche und Macht des Faktischen. In: Franz Werner Kersting, Karl Teppe et al. (Hg.) Nach Hadamar. Zum Verständnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (=Westfälisches Institut für Regionalgeschichte. Landschaftsverband Westfalen-Lippe-Münster. Forschungen zur Regionalgeschichte, Bd.7), Paderborn 1993, S.105f.

⁹⁶ Hermann Simon, Aktivere Heilbehandlung in der Heilanstalt, Berlin 1929, S. 152.

⁹⁷ Vgl. Heinz Faulstich, Irrenfürsorge (wie Anm.14) S.139-141.

⁹⁸ Hans-Ludwig Siemen, Psychiatrie im Nationalsozialismus, in: Michael v. Cranach und Hans Ludwig Siemen (Hg.), Psychiatrie (wie Anm.92) S.19f.

⁹⁹ Hans- Ludwig Siemen, Reformpsychiatrie (wie Anm.95) S.107.

Erblichkeitsforschung“ – so Roemer – „ist somit als die wichtigste Aufgabe einer sozialen Psychiatrie, die auf die psychische Sanierung des Volksganzen ausgeht, und zugleich als eine der dringlichsten Erfordernisse der Gesellschafts- und Rassenhygiene überhaupt zu betrachten“. ¹⁰⁰ Wollte Kolb die Einbeziehung der Patienten, die er Psychopathen nennt, in die offene psychiatrische Fürsorge nur auf vorübergehend in der Anstalt verpflegte Personen beschränken ¹⁰¹, waren in den 20er Jahren von den Behörden zunehmend andere Menschen der Offenen Fürsorge zur Schutzaufsicht zugewiesen worden. Von Valentin Falthhauser, der seit 1904 Assistenz- und später Oberarzt bei Kolb gewesen war und als verantwortlicher Fürsorgearzt in Erlangen für die Umsetzung der Offenen Fürsorge in Erlangen verantwortlich zeichnete, wird letzterer Personenkreis in gemeingefährliche Geisteskranke, chronische Alkoholisten und Psychopathen unterteilt, von denen besonders letztere zum Teil „durch ihre Eigenschaften gesellschaftsfeindliche Tendenzen aufweisen“. ¹⁰² Sie stellen für Falthhauser überhaupt die Hauptproblemgruppe dar und mit ihrer Überwachung und Kontrolle übernehmen die Reformpsychiater ihrem Selbstverständnis nach eine politische Funktion. Im Konsens mit der Mehrheit der deutschen Psychiater betrachten auch Kolb und Falthhauser die deutsche Revolution und die anschließende Rätezeit als ein Werk geistig Minderwertiger, Hysteriker und Psychopathen. Zur Verhinderung solcher Ereignisse in der Zukunft glaubten die Vertreter der Offenen Fürsorge geeignete Mittel zur Hand zu haben und boten ihre Mithilfe zu ihrer Prophylaxe an. ¹⁰³ Denn „eine“ gerade hinsichtlich der Zunahme der vermeintlich erbbedingten psychischen Krankheiten „wirksame Eugenik anzubahnen und durchzuführen, ist“ – so Falthhauser – „eine hervorragende Aufgabe“ der Offenen Fürsorge. ¹⁰⁴ Auch für die Radikalisierung solcher Vorstellungen ist die Weltwirtschaftskrise ein Beschleuniger. „Konfrontiert“ – so wieder Hans-Ludwig Siemen - „mit dem wachsenden sozialen Elend und gerade der Hilflosigkeit, die gerade die Psychiater der Offenen Fürsorge jeden Tag spürten, erschien die Sterilisation von Geisteskranken als probates Mittel, um das soziale und psychische Elend zumindest langfristig einzuschränken und die eigene Ohnmacht durch aktive Teilnahme an dieser rassenhygienischen Maßnahme aufzuheben“. ¹⁰⁵ Als Direktor von Kaufbeuren seit 1929 wird Falthhauser ab 1933 492 Zwangssterilisationen an

¹⁰⁰ Hans Roemer, Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Archiv für Rassenbiologie 9 (1912) S.309f.

¹⁰¹ Gustav Kolb, Die offene psychiatrische Fürsorge, in: Oswald Bumke, Gustav Kolb et al. (Hg.), Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge, Berlin/Leipzig 1931, S.120.

¹⁰² Valentin Falthhauser/Gustav Kolb/Hans Roemer, Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten, Berlin 1927, S.227

¹⁰³ Vgl. Ulrich Pötzl, Dr. Valentin Falthhauser. Reformpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung, in: Michael v. Cranach und Hans-Ludwig Siemen (Hg.), Psychiatrie (wie Anm. 92) S.387f.

¹⁰⁴ Valentin Falthhauser, Die wirtschaftliche Unentbehrlichkeit und die wirtschaftliche Gestaltung der offenen Geistesfürsorge und der Gegenwart unter besonderer Berücksichtigung der Fürsorge in der Stadt. Zeitschrift für psychische Hygiene 5(1932) S.90

¹⁰⁵ Hans-Ludwig Siemen, Psychiatrie (wie Anm.98) S.21.

Patienten seiner Anstalt als Richter am Erbgesundheitsgericht Kempten durchführen lassen.¹⁰⁶ Doch auch in Kaufbeuren ist er anfangs noch Reformpsychiater. Er modernisierte zunächst diese noch traditionellen Behandlungsmethoden verhaftete Anstalt durch die Einführung der Arbeitstherapie in Form der aktiveren Therapie und baute die offene Fürsorge in Schwaben auf. Andererseits hat er die Ortsgruppe Kaufbeuren der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene gegründet. Bereits 1940 wird er als Gutachter für die Aktion T 4 gewonnen. Sein Weg vom Reformpsychiater zum Mordgehilfen war damit vorgezeichnet. 688 Patienten wurden in der ersten Phase der NS-„Euthanasie“ aus Kaufbeuren in den Tod deportiert¹⁰⁷; eine Kinderfachabteilung wurde 1941 in Kaufbeuren selbst und in der Nebenanstalt Irrsee eingerichtet, in der insgesamt 209 Kinder getötet wurden.¹⁰⁸ Mit Hungerkost¹⁰⁹, aber auch mit Luminal, Veronal, Trional und Morphium-Scopolamin wurde in der Anstalt selbst in der zweiten Phase der NS-„Euthanasie“, besonders aber auch in Irrsee systematisch getötet, entsprechend dem Prinzip nationalsozialistischer Sozialpolitik, die auf die Vernichtung der vermeintlich nicht heilbaren erblich belasteten psychisch Kranken zielte, die zusätzlich eine ökonomische Last für den Volkskörper bildeten, und auf die radikale Therapie der heilbaren Menschen. Dieser Zielrichtung hat Faltlhauser in herausragender Position gedient, man spricht von 695 bis 1942 und bis zum April 1945 von weiteren 1200 ermordeten Patienten.¹¹⁰ Vergessen waren die sozialreformerischen Maßnahmen der Weimarer Republik. Vernichtungsstrategien sind es, die auf dem Boden eugenisch-rassenhygienischen Denkens eine radikale Verwirklichung fanden. Heilen und Vernichten sind hier, wie auch bei anderen Reformpsychiatern der Weimarer Republik eine untrennbare Einheit eingegangen. So findet sich Faltlhauser und Carl Schneider unter den Sozialpsychiatern, die 1940 an der Vorbereitung eines letztlich nichterlassenen Gesetzes über „Sterbehilfe für Lebensunfähige“ zusammen mit rein rassenhygienisch orientierten Psychiatern – hier sei beispielhaft nur Hermann Pfannmüller- genannt beteiligt. In einem Umlaufverfahren, in dem sie zu einem in der Strafrechtskommission schon seit 1939 diskutierten Gesetzestext¹¹¹ Stellung nahmen,

¹⁰⁶Vgl. Martin Schmidt/ Robert Kullmann/Michael v. Cranach, Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, in: Michael v. Cranach und Hans-Ludwig Siemen (Hg.) Psychiatrie (wie Anm.92) S.276-279,316f. ; Hans Ludwig Siemen, Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten im Nationalsozialismus, in: Michael v. Cranach und Hans-Ludwig Siemen (Hg.), Psychiatrie (wie Anm.92) S.456..

¹⁰⁷ Vgl. Martin Schmidt/Robert Kullmann/Michael v. Cranach, Kaufbeuren (wie Anm.106) S.282f.

¹⁰⁸ Ebenda S.295f.

¹⁰⁹ Vgl. Heinz Faulstich, Hungersterben (wie Anm.39) S.337-341.

¹¹⁰ Vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel, Die Entwicklung der psychiatrischen Familienpflege in Ostpreußen vom Ende der Weimarer Republik bis 1940, in: Gunter Wahl und Wolfram Schmitt (Hg.), Vom Nutzen und Nachteil der Historie. Warthausener Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde (=Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde, Bd.1), Reichenbach 1994, S.147.

¹¹¹ Vgl. Karl Heinz Roth 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 :Karl

haben sich klar zum Patientenmord bekannt. „Die Legitimation zum Töten“ – so Karl Heinz Roth und Götz Aly – „wurde hier wissenschaftlich exakt festgelegt. Es wurde eine Beobachtungs- und Begutachtungszeit von zwei Anstaltsjahren mit entsprechenden ‚aktiven‘ Therapieversuchen verbindlich gemacht“, denn „das administrative Töten sollte nur wirklich unheilbare und dauernd leistungsunfähige Menschen treffen“. Diese Reformpsychiater waren schließlich davon überzeugt, „dass der Kreis der nach der Ära der Massentötungen“ von 1940 und 1941 „nachwachsenden chronisch Kranken durch weitere Neuerungen auf dem Gebiet der „aktiven Therapie“ immer weiter eingeengt werden könne“¹¹². Solche Gedanken wurden schließlich in einer Denkschrift von 1943 „Gedanken und Anregungen betreffend die künftige Entwicklung der Psychiatrie“ wiederaufgenommen und weitergeführt, für die unter anderem zwei Reformpsychiater der Weimarer Republik, Carl Schneider und Paul Nitsche, verantwortlich zeichneten. „Sie wenden sich damit“ –so Gerrit Hohendorf, Volker Roelcke und Maïke Rotzoll – „gegen den mit der „Euthanasie“-Aktion verbundenen Ansehensverlust des eigenen Faches und fordern ein umfassendes Programm zur Reform der psychiatrischen Therapie, Ausbildung und Forschung. Angesichts der modernen aggressiven Therapieverfahren von der Arbeits- bis zur Schocktherapie war das psychiatrische Forschungsinteresse durch die Idee geleitet, zwischen den kranken Menschen, die einer therapeutischen Aktivität zugänglich sind, und den Nichttherapierbaren zu unterscheiden“. Mit dem Ziel, den Kranken ebenso vor Siechtum wie auch vor lebenslanger Anstaltsinternierung zu bewahren, sodass er trotz seiner Erkrankung und nach seiner Unfruchtbarmachung ein tätiges Mitglied der Volksgemeinschaft bleiben kann, vereinten diese Psychiater ebenso reformpsychiatrische Ansätze der Weimarer Republik, leistungsmedizinische derselben Zeit, die im Nationalsozialismus kulminierten, Forderungen nach ökonomisch bedingter Zweckrationalität „mit den Vernichtungsstrategien der sog. „Euthanasie“, nämlich der nach „Auslöschung derer, die einem therapeutischen Aktivismus nicht zugänglich waren“.¹¹³

Heinz Roth (Hg.), Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“, Berlin 1984, S.108.

¹¹² Ebenda S.115.

¹¹³ Gerrit Hohendorf/Volker Roelcke/Maïke Rotzoll, Von der Ethik des wissenschaftlichen Zugriffs auf den Menschen: Die Verknüpfung von psychiatrischer Forschung und „Euthanasie“ im Nationalsozialismus und einige Implikationen für die heutige Diskussion in der medizinischen Ethik, in: Matthias Hamann und Hans Asbek (Hg.), Halbierete Vernunft und totale Medizin. Zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus (=Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 13) Berlin/Göttingen 1997, S.82f.