

Selektionskriterium

Korrelation "Arbeitsfähigkeit + Pflegeaufwand + Sozialverhalten"

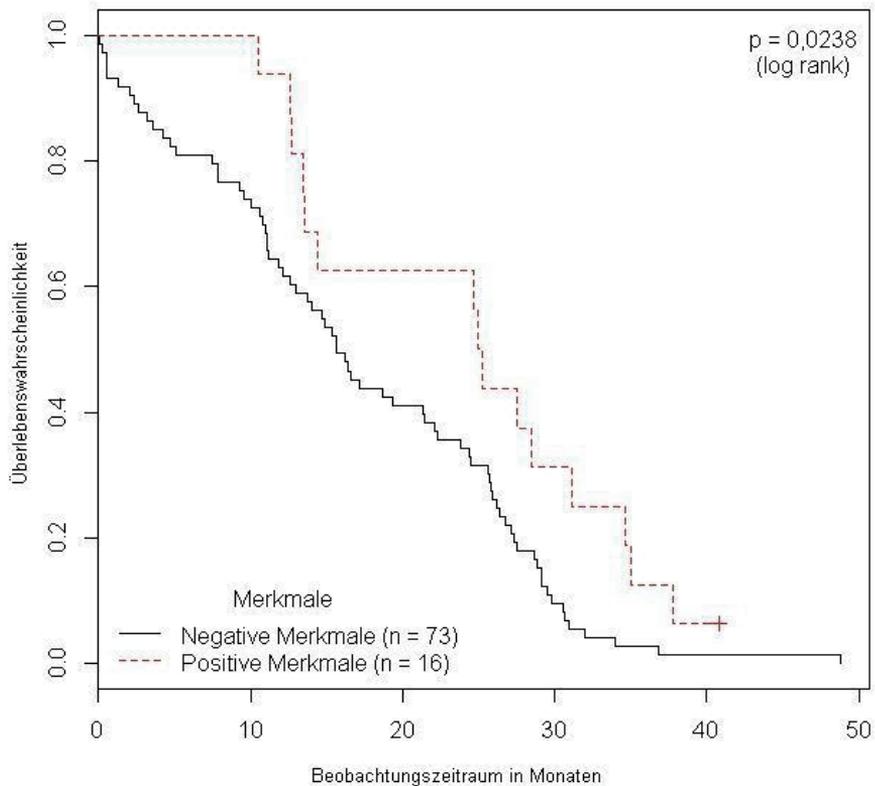


Diagramm 8: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Korrelation: Arbeitsfähigkeit + Pflegeaufwand + Sozialverhalten“ (+ = zensierte Daten). Vgl. Seite 59.

Überlebenswahrscheinlichkeits-Analyse und statistischer Tötungsnachweis

Das Schicksal von Psychiatriepatientinnen aus den Ricklinger Anstalten in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Pfafterode/Mühlhausen. Ein statistischer Nachweis von NS-„Euthanasie“-Verbrechen

Einleitung: Die „Aktion Brandt“ in den Ricklinger Anstalten

Im Rahmen der „Aktion Brandt“¹ sind im November 1941 aus den 1931 in Rickling gegründeten „Holsteinischen Heilstätten für Nerven- und Alkoholranke“ des „Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein“² nachweislich insgesamt 175 neurologisch und psychiatrisch erkrankte Frauen in die Psychiatrische Landes-Heil- und Pflegeanstalt Pfafterode bei Mühlhausen in Thüringen verlegt worden.³ 147 dieser Patientinnen sind am 25. November mit der Deutschen Reichsbahn und 28 Patientinnen am 28. November mit den berüchtigten „Grauen Bussen“ der „Gemeinnützigen Kranken-Transport GmbH“ (GeKraT) nach Pfafterode deportiert worden.

Während der eintägigen Verlegungs-Transporte sind die Patientinnen durch die Verabreichung von Sedativa ruhig gestellt worden. Für die Transportverpflegung hatte die Ricklinger Anstalt aufzukommen. Zur Identifizierung wurde den Frauen vor Abtransport ein „Leukoplaststreifen mit Namen zwischen die Schulterblätter“⁴ geklebt; ein herabwürdigendes, schon bei den „T 4“-Transporten der ersten „Euthanasie“-Phase praktiziertes Verfahren.

Außer diesen 175 erwachsenen Psychiatriepatientinnen sind am 28. November 1941 noch insgesamt weitere 25 Patienten und Patientinnen im Kindes- und Jugendalter – 24 Mädchen im Alter von 5 bis 21 Jahren (Durchschnitts-Aufnahmealter 15 Jahre) und ein Junge im Alter von 6 Jahren – aus Rickling mit „GeKraT“-Bussen in die Von Bodelschwingschen Anstalten Bethel bei Bielefeld verlegt worden.⁵ Im Gegensatz zu den nach Pfafterode verlegten Patientinnen, von denen dort 94 Prozent verstarben, ohne zuvor medizinische Therapiemaßnahmen oder pflegerische Fürsorge erhalten zu haben, wurden die Kinder und Jugendlichen in den Von Bodelschwingschen Anstalten sowohl pflegerisch als auch ärztlich *lege artis* gemäß den medizinischen und pädagogischen Erkenntnissen und Standards jener Zeit auf gleichbleibend hohem fachlichen Niveau behandelt und betreut.⁶



Quelle: Samming Heesch

Das „Haus Lindenhof“ der Ricklinger Anstalten in den 1930er-Jahren

Somit wurden im November 1941 insgesamt 200 PsychatriepatientInnen aus den Ricklinger Anstalten im Rahmen der „Aktion Brandt“ verlegt, die sich in Rickling im dortigen Haus „Lindenhof“ befunden hatten, der mit 230 Plätzen bzw. Betten größten psychiatrischen Teilanstalt der „Holsteinischen Heilstätten für Nerven- und Alkoholranke“.

Die Räumung des Hauses „Lindenhof“ erfolgte in der Frühphase der „Aktion Brandt“, um für die medizinische Versorgung ziviler Luftkriegsopfer der Stadt Hamburg im 40 Kilometer nördlich gelegenen Rickling ein „Ausweichkrankenhaus“ mit insgesamt 500 Betten auszubauen.⁷ Um diese Bettenkapazität zu realisieren, wurden zu den bestehenden Gebäuden auf dem Gelände der Anstalt „Lindenhof“ mit ihren 230 Betten zusätzliche Krankenbaracken von der „Organisation Todt“ (OT)⁸ errichtet. Bei den hierzu eingesetzten Arbeitskräften handelte es sich um 53 Zwangsarbeiter aus sechs Nationen⁹ sowie 45 dänische Arbeitskräfte, die freiwillig zum Arbeitseinsatz in das Deutsche Reich gekommen waren.¹⁰ Außer diesen im „Meldebuch der Gemeinde Rickling“¹¹ nachgewiesenen 98 ausländischen Zivilarbeitskräften, die auf dem Gelände des „Lindhofes“ in einem als „O. T.-Lager Lindenhof“ bezeichneten Arbeitslager untergebracht waren, waren am Um- und Ausbau des „Lindhofes“ zudem 16 deutsche Bauhandwerker beschäftigt.

38

Grundlage der Räumung des „Lindhofes“ war ein Schreiben der „Kanzlei des Führers“ an den „Reichsverteidigungskommissar“ des Wehr-

kreises X, den Hamburger „Gauleiter“ Karl Kaufmann, vom 14. November 1941; das Schreiben war von Werner Blankenburg unterzeichnet.¹² Demnach sollten 238 Frauen und 30 Kinder in die Anstalten Pfafferoode bzw. Bethel verlegt werden; die Räumung solle „ab 24. November erfolgen, damit der Umbau bis Mitte Dezember möglichst durchgeführt werden kann.“¹³ Die gesamten Um- und Ausbaumaßnahmen dauerten allerdings sehr viel länger; dies ergibt sich aus der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der ausländischen Arbeitskräfte im „O. T.-Lager Lindenhof“ von bis zu 16 Monaten für die polnischen Zwangsarbeiter.

Tatsächlich befanden sich am 31. Oktober 1941 gemäß einer Auflistung der „Belegung Lindenhof“¹⁴ insgesamt 238 PatientInnen inklusive der Kinder und Jugendlichen im Haus „Lindenhof“, von denen nachgewiesen allerdings nur 200 verlegt worden sind.

Der Verbleib der übrigen 38 PatientInnen nach der vollständigen Räumung des „Lindenhofes“ ist nicht bekannt. Sie sind möglicherweise in andere Pflegehäuser bzw. Teilanstalten innerhalb der Ricklinger Anstalten verlegt worden.¹⁵

Gegenstand und Methode

Die Geschichtswissenschaft kann für die erste Phase der NS-„Euthanasie“-Verbrechen – die sog. „Aktion T 4“¹⁶ von Januar 1940 bis August 1941 – die zentralistisch geplante und dirigierte, rassenideologisch bzw. eugenisch motivierte und systematisch durchgeführte Ermordung von 70.273 psychiatrisch-neurologisch erkrankten und behinderten Menschen beispielsweise anhand der „Hartheimer Statistik“¹⁷ und auf der Grundlage von zahlreichen Zeitzeugenberichten und -aussagen¹⁸ vollkommen zweifelsfrei belegen bzw. beweisen. Der eindeutige historische Nachweis für derartige, nunmehr dezentral erfolgte Patiententötungen in der Zeit von Spätsommer 1941 bis zum Kriegsende für die Heil- und Pflegenanstalten innerhalb des Deutschen Reiches und seiner okkupierten Gebiete, die nicht zu den originären sechs Gas-Mordanstalten der „Aktion T 4“ gehörten,¹⁹ gestaltet sich hingegen sehr viel schwieriger. Dies insbesondere aufgrund der nunmehr dezentral, in „Eigenregie“ der einzelnen Anstalten erfolgten Tötungen und der deshalb vielfältigen, zugleich dazu indifferenten und verschleiernenden schriftlichen Überlieferung sowie hinsichtlich des Problems der Abgrenzung von beabsichtigt hoher Mortalität durch die Forcierung des Sterbens oder die unmittelbare Herbeiführung des Todes der Patienten zu genuin kriegsbedingten Ursachen einer höheren Sterberate, etwa in Folge der generell schlechteren Versorgungslage mit Nahrungsmitteln oder Medikamenten durch Rationierungen.

Für die einzelnen Ziellanstalten der „Aktion Brandt“-Verlegungstransporte sprechen häufig lediglich Indizien und Indikatoren der historischen Plausibilität im Sinne eines „dringenden Tatverdachtes“ für in diesen Anstalten erfolgte Tötungen der Patienten. In Ergänzung zu den üblichen historischen Methoden der Quelleninterpretation und der Quellenkritik kann die Auswertung von medizinischen Patienten-Fallakten und von anstaltsinternen Aufnahme- und Sterberegistern mit geeigneten statistischen Verfahren den Tatverdacht kriterienabhängiger und beabsichtigter Tötungen wenn nicht beweisen, so doch zumindest deutlich erhärten.

Grundsätzlich haben die Statistik und mathematisch-quantitative Analyseverfahren erst relativ spät – in den 1980er-Jahren und ausgehend von dem vergleichsweise jungen Zweig der Wirtschafts- und Sozialgeschichte – ihre allgemein akzeptierte Aufnahme in den methodischen Kanon der histori-

Behinderten- und Krankenmordaktionen in Deutschland 1939 – 1945				
Sept. 1939	„Kinder euthanasie“ reichsweit in sogenannten „Kinderfachabteilungen“ (mehr als 30) Tod durch Medikamente und Hunger, z.T. Entnahme der Gehirne und Forschung an Euthanasieopfern ca. 5000 Opfer	frühe Anstaltsräumungen zu Kriegsbeginn in Pommern, Danzig/Westpreussen, Wartheland und Ostpreussen; Erschiessen der Patienten, ca. 12.000 Opfer	„Aktion T4“ reichsweit, von 1939 bis August 1941 Erfassung mit Meldebogen und Abtransport in die Mordanstalten Grafeneck, Brandenburg Bernburg, Hartheim/Linz, Sonnenstein/Pirna, Hadamar ca. 70.000 Opfer (auch Juden, Kinder, geisteskrank, Rechtsbrecher...)	
1940		Mord an jüdischen Anstaltsbewohnern (ohne Meldebogenselektion); mind. 1000 Opfer		
1941		„Sonderbehandlung 14f13“ Aussonderung und Vernichtung jüdischer und vermeintlich „asozialer“ KZ-Häftlinge; Tod in Gastütungsanstalten der „Aktion T4“ ca. 30.000 Opfer	„Dezentrale Euthanasie“, „wilde Euthanasie“ oder „2. Phase der Euthanasie“ Räumung von Anstalten im Bombenkrieg („Aktion Brandt“); Ausbildung regionaler Tötungszentren (Hadamar, Meseritz-Obrwalde); seit 1943 zentrale Medikamentenvergabe; Tod durch Medikamente, Gift, Hunger (bayerischer Hungererlaß vom Nov. 1942); mehrere 10.000 Opfer	
1942		Mord an geisteskranken u. TBC-kranken sowjetischen Zwangsarbeitern (in Hadamar)		
1943				
1944				
1945				

Quelle: Henke 2008

Die Phasen der NS-„Euthanasie“-Verbrechen in chronologischer Folge 1939–1945

schen Wissenschaften gefunden.²⁰ Auch die Justiz hätte von einer frühzeitigeren Etablierung und Anwendung solcher Methoden im Zusammenhang etwa mit Ermittlungen gegen mutmaßliche NS-„Euthanasie“-Täter durchaus profitieren können, denn „im Zuge staatsanwaltlicher Ermittlungen, Tötungen von Geisteskranken während der NS-Zeit betreffend, scheiterte fast immer der Versuch, anhand von Krankenakten damaliger Patienten

einen Tötungsnachweis zu führen. Die damit beauftragten Gutachter konnten wegen des verschleiernenden Charakters der Eintragungen den Nachweis im Einzelfall nicht erbringen.“²¹

In diesem juristischen Dilemma wird deutlich, dass dazu eine qualitative medizinische oder auch historische Aktenanalyse mit vergleichenden und hermeneutischen Methoden allein nicht ausreicht.²² Da mittlerweile die allermeisten an den „Euthanasie“-Verbrechen Beteiligten der NS-Zeit verstorben sind, kommen erweiterte Nachweismethoden ihrer Tötungsdelikte zu spät, um die Täter strafrechtlich zur Verantwortung ziehen zu können.²³ Für den historischen Erkenntnisgewinn und die Historiographie der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen hingegen sind sie von großem Wert.

In diesem Beitrag soll ein statistisches Verfahren, die sog. „Kaplan-Meier-Methode“, vorgestellt werden, mit dem ein indirekter, aber doch recht eindeutiger Nachweis von erfolgten Tötungen von Psychatriepatienten während der zweiten Phase der NS-„Euthanasie“ im Zusammenhang mit der „Aktion Brandt“ geführt werden kann. Diese Methode, die der Berechnung von Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb einer Patienten- bzw. Personengruppe sowie vergleichend auch kriterien- bzw. merkmalsabhängig geclusteter Subgruppen dient, ist bisher nicht in der historischen „Euthanasie“-Forschung angewandt worden. Ein Grund dafür mag darin liegen, dass die Kaplan-Meier-Methode ein sehr viel eher in klinischen Studien der medizinischen Forschung angewandtes und etabliertes Verfahren ist.²⁴

Dennoch lässt sich die Methode auch im medizinhistorischen Kontext anwenden, wenn als zu untersuchende Merkmale der hypothetisch zu erwartenden unterschiedlichen Überlebenschancen innerhalb einer Untersuchungsgruppe von Psychatriepatienten spezifische Selektionskriterien der NS-„Euthanasie“ als Grundlage eines Clustering von Subgruppen definiert werden.

Merkmale als Analyse-Basis

Für die Untersuchungsgruppe der aus Rickling nach Pfafferoode verlegten Psychatriepatientinnen werden die folgenden Merkmale einer vergleichenden Überlebenswahrscheinlichkeits-Analyse unterzogen:

- Arbeitsfähigkeit
- Pflegeaufwand
- Sozialverhalten
- Sterilisation

- Angehörigenkontakt
- Soziale Schichtzugehörigkeit

Dabei handelt es sich um patientenbezogene Selektionskriterien, nach denen in der NS-Psychiatrie die Entscheidung getroffen wurde, ob ein Patient zu töten war bzw. sterben oder aber vorerst weiterleben sollte. Die Kriterien „Arbeitsfähigkeit“, „Pflegeaufwand“ und „Sozialverhalten“ legte auch der Hamburger Soziologe Peter von Rönn einer 1991 publizierten statistisch-methodischen Betrachtung und Analyse zugrunde. Er untersuchte eine am 14. August 1941 aus der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn in die Psychiatrische Landesheilstätte in Königslutter verlegte Gruppe von 70 männlichen Patienten. Sein Ergebnis war eindeutig: Die individuelle und die kollektive Überlebensdauer innerhalb der Anstalt Königslutter war um so länger, je arbeitsfähiger die Patienten waren, je geringer ihr Pflegeaufwand und je unauffälliger und sozial erwünschter deren anstaltsinternes Verhalten war.²⁵

Peter von Rönn berechnete als Zielparamester merkmalsabhängig die Überlebensdauer der Patienten, nicht aber die unterschiedlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb der kriterien- bzw. merkmalsabhängigen Subgruppen. Da aber für das letztere Berechnungsverfahren auch die statistische Signifikanz ermittelt werden kann, ist hierfür die Aussagequalität bzw. -zuverlässigkeit hinsichtlich der Frage größer, ob die festgestellten Unterschiede im Überleben der Patienten signifikant, also tatsächlich merkmalsabhängig, oder aber nur zufallsbedingt sind.

Derartige Selektionsmerkmale wurden auch „der quantitativen Analyse sowie einer qualitativen Teiluntersuchung“²⁶ von psychiatrischen Krankenakten der Opfer der ersten „Euthanasie“-Phase im Rahmen eines von 2002 bis 2006 durchgeführten Forschungsprojektes zu Grunde gelegt. Quellenbasis dieses Aktenerschließungsprojektes waren die ca. 30.000 erhaltenen medizinischen Patientenfallakten der „Aktion T 4“, die sich im Bundesarchiv in Berlin im Bestand R 179 befinden.²⁷

Die am Beispiel der Untersuchung unterschiedlicher, merkmalsabhängiger Überlebenszeiten durch Peter von Rönn dargestellten Selektionskriterien „Arbeitsfähigkeit“, „Pflegeaufwand“ und „Sozialverhalten“ wurden in diesem Aktenerschließungsprojekt ebenfalls analysiert.²⁸ Die daran beteiligten Wissenschaftler kamen diesbezüglich – durchaus analog zur Untersuchung Peter von Rönn – zu dem Ergebnis, dass im Vergleich der Untersuchungsgruppe der ermordeten Patienten mit einer Kontrollgruppe von überlebenden Patienten in der Kontrollgruppe der Anteil der arbeitsfähigen Patienten mit 84 Prozent deutlich über der der nicht arbeitsfähigen, unbeschäftigten Patienten mit nur 16 Prozent lag.²⁹

Die differenzierte Auswertung von Krankenakten arbeitsfähiger Patienten in solche, für die eine „produktive“ Tätigkeit, und jene, für die eine lediglich „unproduktive“ bzw. rein „mechanische“ Arbeit dokumentiert ist, führte zu dem Schluss, dass „die Bewertung der Arbeitsleistung [...] als trennschärfstes Selektionskriterium der „Aktion T4“ angesehen werden“³⁰ kann. Aber auch „das Kriterium Verhalten [wirkt] sich auf den Selektionsprozeß in deutlicher Weise aus [...]. Patient/innen, deren Verhalten als störend, unruhig und gefährlich eingeschätzt werden, waren dem Risiko der Ermordung im Rahmen der „Aktion T4“ in hohem Maße ausgesetzt, zumal diese Verhaltenskriterien häufig einhergingen mit einem erhöhten Pflegeaufwand durch Versorgung, Kontrolle und Überwachung der Kranken sowie mit eingeschränkter Arbeitsleistung bzw. Nichtbeschäftigung.“³¹

Diese Selektionsmerkmale dienten offenbar gleichermaßen sowohl für die Krankenmorde in den „T 4“-Anstalten als auch – wie an der Anstalt Königslutter exemplarisch deutlich wird – für die dezentral innerhalb vieler Heil- und Pflegeanstalten des Reiches erfolgten Tötungen während der zweiten „Euthanasie“-Phase als Entscheidungsgrundlage. Daneben war der Faktor „Zwangssterilisation“ ein weiterer Untersuchungsgegenstand des Auswertungsprojektes der „T 4“-Akten.³² Es kam zu dem Ergebnis, dass „unter den „T4“-Opfern [...] eine Unfruchtbarmachung sicher in „nur“ 17,5 % der Krankenakten dokumentiert [ist], während in der Gruppe der überlebenden Patient/innen der Anteil mit genau 30 % fast doppelt so hoch“³³ ist.

Das Kriterium „Zwangssterilisation“ wird auch im vorliegenden Beitrag hinsichtlich der Frage untersucht, ob sich eine vor Anstaltsaufnahme erfolgte Sterilisation günstig auf die Überlebenschance der in die Anstalt Pfafferode verlegten Patientinnen auswirkte oder nicht.

Die dargestellten vier Selektionsmerkmale, die auch in anderen, auf der Analyse von Patientenakten basierenden Studien zur Frage erfolgter „Euthanasie“-Morde verwendet werden, werden zusätzlich durch die Auswertung der Kriterien „Angehörigenkontakt“ und „Soziale Schichtzugehörigkeit“ der Patientinnen ergänzt. Dem liegt die Fragestellung zugrunde, ob für die Subgruppen derjenigen Patientinnen, für die während ihrer Hospitalisierung in der Anstalt Pfafferode Angehörigenkontakte dokumentiert sind bzw. die einen höheren Sozialstatus hatten, eine größere Überlebenschance ermittelt werden kann als für die Vergleichsgruppen ohne Angehörigenkontakte und mit geringem Sozialstatus.

Die dafür grundlegende Hypothese geht davon aus, dass sowohl erfolgte Angehörigenkontakte als auch ein höherer Sozialstatus der Patientinnen einen hemmenden Einfluss auf die Tötungs-Bereitschaft des ärztlichen und pflegerischen Anstaltspersonals hatten. Erwartungsgemäß müsste die

Überlebenswahrscheinlichkeit der Patientinnen mit dokumentiertem Angehörigenkontakt und mit Zugehörigkeit zu einer höheren sozialen Schicht signifikant größer sein als die der Patientinnen ohne Angehörigenkontakte und mit geringem Sozialstatus.

Ebenso müssten sich im günstigen Sinne die Überlebenswahrscheinlichkeiten derjenigen Patientinnen, die vor ihrer Anstaltsaufnahme unfruchtbar gemacht worden sind, die arbeitsfähig waren, einen eher geringen Pflegeaufwand hatten und sich anstaltsintern sozial konform und „angepasst“ verhielten, signifikant von jenen Subgruppen mit gegenteiligen Merkmalen unterscheiden.

Quellengrundlage und Merkmale der Analyse

Das Clustering der mittels der Kaplan-Meier-Methode zu untersuchenden Subgruppen erfolgte nach den dargestellten Merkmalen. Die Quellenbasis hierfür besteht aus dem Aufnahme- und Sterberegister der Anstalt Pfafterode, dem Gedenkbuch für die aus Rickling nach Pfafterode deportierten Patientinnen sowie aus insgesamt 147 Krankenakten dieser Patientinnen.

Die wichtigste Quelle bildet das Aktenkonvolut der 147 erhaltenen Patientenakten, die im Thüringischen Staatsarchiv in Gotha überliefert sind.³⁴ In dem Hauptbuch bzw. Aufnahmeregister der Anstalt Pfafterode sind 173 Patientinnen aus Rickling verzeichnet; in dem Sterberegister 158 Patientinnen.³⁵ Das 2000 von dem Historiker und Archivar Dr. Harald Jenner erstellte Gedenkbuch umfasst 171 Namenseinträge.³⁶ Da in diesen Quellen die tatsächliche Anzahl der Patientinnen abweichend voneinander und jeweils unvollständig bzw. fehlerhaft erfasst ist, erfolgte ein quantitativer Abgleich der Patientennamen, aus dem die Gesamtzahl von 175 im November 1941 aus Rickling nach Pfafterode verlegten Patientinnen hervorgeht.

Das Hauptbuch der Anstalt Pfafterode enthält zu dem jeweiligen Patientennamen insgesamt zehn patientenbezogene Daten und Informationen. Hiervon sind die Kategorien „Geburtsdatum“, „Aufnahmedatum“, „Datum und Art des Abganges“ und „Stand bzw. Beruf“ für die statistische Analyse relevant. Das Sterberegister enthält außer dem Namen insgesamt neun patientenbezogene Daten, die teilweise mit denen des Aufnahme- bzw. Hauptbuches identisch sind. Hieraus ist die Kategorie „Todesursache“ von Interesse, in der teilweise auch die psychiatrisch-neurologische Diagnose genannt ist.

Als Grundlage der qualitativen und quantitativen Auswertung der klinischen Patientenakten wurden insgesamt 65 Einzelmerkmale und Daten

erhoben. Das angewandte Erhebungsschema orientiert sich an anderen, im Rahmen von patientenaktengestützten Studien zur empirisch-statistischen Erforschung der NS-„Euthanasie“ verwendeten Datenerfassungsschemata für Krankenakten.³⁷ Die erhobenen Einzelmerkmale erlauben Aussagen über die individuelle Arbeitsfähigkeit und -leistung der Patientinnen, über ihr Sozialverhalten und über den jeweiligen Behandlungs- und Pflegeaufwand in Abhängigkeit des klinischen Krankheitsverlaufes.

Da es sich bei den in den Patientenakten dokumentierten Darstellungen – insbesondere hinsichtlich des „Sozialverhaltens“ – nicht um objektivierbare Fakten, wie etwa Untersuchungsbefunde, handelt, sondern um individuelle und subjektive Einschätzungen des pflegerischen und ärztlichen Anstaltspersonals, die überdies eugenisch und rassenideologisch geprägt und beeinflusst waren, muss ihr Wahrheitsgehalt bezüglich der tatsächlichen Arbeitsmotivation, des tatsächlichen Verhaltens und eines realistischen, an der Erkrankung orientierten Pflegebedarfs der Patientinnen kritisch reflektiert werden.

Entscheidend für die Möglichkeit, ob und unter welchen Arbeitsbedingungen bzw. -belastungen das klinische Personal dazu bereit war, als unproduktiv, störend und arbeitsaufwendig eingeschätzte Patientinnen zu töten (oder aber ihren Tod durch Unterlassung lebenserhaltender Therapien und Pflegemaßnahmen absichtlich herbeizuführen), ist jener Faktor des persönlichen Erlebens und des subjektiven Empfindens des Personals in der täglichen Konfrontation und Auseinandersetzung mit den Patientinnen, die in der NS-Psychiatrie nicht als schutzwürdige Menschen, die der Fürsorge bedurften, sondern nurmehr als „minderwertige Ballastexistenzen“ galten.

Insofern ist es zweitrangig, ob es sich bei den erhobenen und der statistischen Analyse zugrunde gelegten Akteneinträgen um realistische, gleichsam objektive Beurteilungen und Einschätzungen handelt oder lediglich um Äußerungen, die der hohen Arbeitsbelastung und der ideologisch bedingten Verachtung psychisch Kranker geschuldet waren; letztlich bedeutsam ist die Haltung des Personals den Patientinnen gegenüber, die gegebenenfalls zu ihrer Tötung führte und die sich in den Akteneinträgen widerspiegelt.

An objektiven Daten lassen sich neben dem Geburtsdatum das Aufnahmedatum in Pfafferode und das Sterbedatum ermitteln. Letztere Daten sind die Grundlage für die Kaplan-Meier-Analyse der Überlebenswahrscheinlichkeiten und -zeiten im Zeitraum der Hospitalisierung der Patientinnen. Des Weiteren enthalten die Krankenakten ggf. Daten und Angaben zu einer erfolgten Sterilisierung. Wenn sich weder in dem Ricklinger Patientenaktenanteil noch in der Folgedokumentation, die in Pfafferode geführt

wurde, Einträge über einen Sterilisierungseingriff finden lassen, ist davon auszugehen, dass er auch nicht stattgefunden hat, da erfolgte Unfruchtbar-machungen in den psychiatrischen Krankenakten des „Dritten Reiches“ üblicherweise und durchgängig dokumentiert wurden. Dies deshalb, weil nur zuvor unfruchtbar gemachte Patienten die Heil- und Pflegeanstalt ver-lassen durften, um wieder nach Hause entlassen oder zeitweise „beurlaubt“ werden zu können.³⁸ Die Information, ob der jeweilige Patient sterilisiert war oder nicht, war für die Anstalten sehr wichtig und deshalb zu doku-mentieren.

Dem untersuchten Merkmal „Angehörigenkontakt“ liegen Kontakte von Familienangehörigen in Form von mit der Anstalt oder der Patientin selbst geführten Korrespondenzen zugrunde, wobei davon ausgegangen wird, dass Korrespondenzen immer nur dann geführt wurden, wenn die Akte auch derartige Briefe oder aber Begleitschreiben zu Paketsendungen für die Patientin enthält. In allen anderen Fällen lässt sich ein Angehörigen-kontakt nicht nachweisen.

Da in nur sechs Fällen ein einmaliger oder wiederholter Besuch von Angehörigen in der Anstalt Pfafferoode dokumentiert ist und daher die Fall-zahl für eine statistische Auswertung zu gering ist, wird dieser Aspekt des Kriteriums „Angehörigenkontakt“ nicht untersucht.

Die Kategorisierung der „Sozialen Schichtzugehörigkeit“ basiert auf den im Aufnahmeregister und in den Patientenakten verzeichneten Berufs-tätigkeiten der Patientinnen vor ihrer Hospitalisierung als Grundlage des Sozialstatus. Da sich keine Oberschichtsangehörigen in der Untersuchungs-gruppe befinden, werden diejenigen Patientinnen mit dem höchsten Sozi-alstatus als Angehörige der sozialen Mittelschicht identifiziert (n = 24). Dabei wird die „Mittelschicht“ nicht weiter unterteilt in eine obere, mittlere und untere Mittelschicht, wie dies den üblichen soziologischen Modellen moderner Industriegesellschaften zugrunde liegt.³⁹

Der Mittelschichts-Subgruppe wird hinsichtlich der Überlebensanalyse die soziale Gruppierung der sog. „Sozial Verachteten“ (n = 79) entgegen-gestellt. Innerhalb der Untersuchungsgruppe befinden sich 69 Angehörige der sozialen Unterschicht, die jedoch nicht in die Analyse inkludiert sind, um die sozialen Gegensätze bzw. Herkunftsunterschiede der Patientinnen deutlicher gegeneinander abgegrenzt zu vergleichen.

Zu den Berufen der „Mittelschicht“ gehören gemäß der Krankenakten und des Aufnahmeregisters Handwerksgesellinnen und selbständige Händ-lerinnen, untere Angestellte wie Verkäuferinnen, Krankenpflegerinnen und Haushälterinnen, mittlere Angestellte wie Kontoristinnen, Stenotypistinnen und Buchhalterinnen und höhere Angestellte bzw. Beamte wie Lehrerinnen. Somit finden sich innerhalb der Untersuchungsgruppe Angehörige aller

drei Subgruppierungen der soziologischen Konzeption „Mittelschicht“.

Als „Sozial Verachtet“ gelten erwerbslose Fürsorgeempfängerinnen, Prostituierte sowie Hilfs- und Gelegenheitsarbeiterinnen ohne berufliche Qualifikation bzw. Ausbildung. Dabei sind die Übergänge der unteren Unterschicht zur Schicht der sozial Verachteten fließend und nicht trennscharf abgrenzbar.⁴⁰

Eine Kategorisierung der arbeitsfähigen Patientinnen hinsichtlich ihrer Arbeitsleistung bzw. -motivation in jene, die rein „mechanische“ und diejenigen, die „produktivere“ Tätigkeiten verrichteten, erfolgt nicht. Als „arbeitsfähig“ gelten im Zusammenhang dieser Untersuchung alle Patientinnen, für die eine anstaltsinterne Tätigkeit in der Küche, der Hauswirtschaft oder den Garten- und Parkanlagen bzw. in dem anstaltszugehörigen landwirtschaftlichen Gutsbetrieb dokumentiert ist. Patientinnen mit Akteneinträgen wie „dauernd untätig“ oder „nicht zu beschäftigen“ gelten hingegen als nicht arbeits- oder beschäftigungsfähig.

Für die Zuordnung zur Subgruppe der pflegeintensiven Patientinnen (hoher Pflegeaufwand) gelten – einzeln oder miteinander kombiniert – die Pflegeanforderungen einer vollständigen oder weitgehenden Übernahme der Grund- und Körperpflege (Akteneinträge: „muss ganz besorgt werden“, „unsauber“, „schmiert mit Kot“, „muss gefüttert werden“), eine bestehende Inkontinenz (Akteneinträge: „nässt und kotet ein“) oder Immobilität bzw. Invalidität (Akteneinträge: „dauerhaft bettlägerig“). Im Gegensatz dazu erfolgte die Zuordnung in die Subgruppe der Patientinnen mit geringem Pflegeaufwand gemäß wiederholten Akteneinträgen in der pflegerischen Verlaufsdocumentation wie „besorgt sich selbst“, „hält sich sauber“, „ordentlich und sauber“, „isst selbständig“.

Ein sozial konformes, also „erwünschtes“ und „unauffälliges“ bzw. „angepasstes“ Sozialverhalten der Patientinnen ist mit Akteneinträgen wie „verhält sich ruhig“, „völlig geordnet“, „fröhlich“, „gut gelaunt“, „folgsam“, „freundlich“, „umgänglich“, „stumpf“, „ist für sich beschäftigt“ assoziiert. Merkmale eines krankheitsbedingt dissozialen Verhaltens sind einzelne oder miteinander kombinierte Aktenvermerke wie „stark verwirrt“, „sehr erregt und gereizt“, „wirft mit Gegenständen“, „widerstrebend und ablehnend“, „schreit laut“, „unruhig“, „störend für Personal und Patienten“, „streitsüchtig“, „böartig“, „schwieriger Umgang“, „schlägt und beißt“, „bettflüchtig“. Diese belegen fremdaggressive Verhaltensweisen sowie die Notwendigkeit eines hohen, personalintensiven Betreuungsaufwandes.

Unklare Zuordnungen

In den herangezogenen Quellen finden sich für alle sechs Selektionskriterien nicht in jedem Falle eindeutige und differenzierte Angaben, die eine Zuordnung in die jeweiligen Subgruppen ermöglichen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass sich in dem Krankenaktenkonvolut auch solche Patientenakten befinden, die – zumeist in dem Pfafferoder Aktenanteil – kaum pflegerische oder ärztliche Dokumentationen enthalten, so dass Informationen über die Arbeitsfähigkeit, den Pflegeaufwand oder das Sozialverhalten der jeweiligen Patientin nicht erhoben werden können.

Zudem ist ohnehin nur für 147 Patientinnen der Untersuchungsgruppe eine Krankenakte überliefert; die übrigen Quellen enthalten zu den genannten Aspekten gar keine Informationen. Da die Aufnahme- und Sterberegister auch keine Angaben über erfolgte Angehörigenkontakte oder durchgeführte Sterilisationseingriffe enthalten, sind auch diese unvollständig. Schließlich gilt dies auch für die Feststellung der Sozialen Schichtzugehörigkeit, weil auch teilweise die Berufsbezeichnungen der Patientinnen fehlen.

Auf der Grundlage der dargestellten Akteninhalte werden die damit merkmalsgeclusterten Subgruppen mittels des Kaplan-Meier-Verfahrens hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten vergleichend untersucht:

- Selektionskriterium „Arbeitsfähigkeit“: arbeits- bzw. beschäftigungsfähige Patientinnen (n = 61) vs. unbeschäftigte Patientinnen (n = 71)
- Selektionskriterium „Pflegeaufwand“: Patientinnen mit geringem Pflegeaufwand (n = 20) vs. Patientinnen mit hohem Pflegeaufwand (n = 76)
- Selektionskriterium „Sozialverhalten“: Patientinnen mit konformem Verhalten (n = 34) vs. Patientinnen mit dissozialem Verhalten (n = 64)
- Selektionskriterium „Sterilisation“: sterilisierte Patientinnen (n = 24) vs. nicht sterilisierte Patientinnen (n = 119)
- Selektionskriterium „Angehörigenkontakt“: Korrespondenz erfolgt (n = 44) vs. keine Korrespondenz (n = 103)
- Selektionskriterium „Soziale Schichtzugehörigkeit“: sozial verachtete Patientinnen (n = 79) vs. mittelschichtsangehörige Patientinnen (n = 24)

Die relativ geringe Fallzahl der Untersuchungsgruppe und daraus resultierend insbesondere der merkmalsabhängig miteinander zu vergleichenden Subgruppen stellt ein statistisch-methodisches Problem dar, denn grundsätzlich gilt, je geringer die Fallzahl einer Stichprobe und die Anzahl der Beobachtungen (hier also Todesfälle) innerhalb der Subgruppen ist, desto

größer ist die statistische Unschärfe hinsichtlich der Verifizierung bzw. der Falsifizierung der der Untersuchung zugrunde liegenden Hypothesen.

Gerade deshalb wurde die Kaplan-Meier-Methode zur Survival-Analyse der Patientinnen gewählt, da diese sich als sog. nonparametrisches Verfahren besonders gut zur statistischen Berechnung und Auswertung geringerer Fallzahlen bei einer zudem „generell tieferen Präzision der Schätzer und Power von Tests“⁴¹ eignet.⁴² Hinsichtlich des Kaplan-Meier-Verfahrens „hat sich gezeigt, dass als minimale Anzahl für die Auswertung ein Kollektiv von 15 Patienten vorliegen sollte.“⁴³ Dieses Kriterium ist für die vorliegende Untersuchung in jedem Falle erfüllt.

Kurvenverläufe und Darstellungsweise

Die Überlebensanalyse gibt für jeden Zeitpunkt $t \geq 0$ die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Patient diesen Zeitpunkt überlebt. Je größer t , desto weniger Patienten werden diesen Zeitpunkt überleben; somit sinkt deren Überlebenswahrscheinlichkeit mit der Länge der Beobachtungszeitdauer in charakteristischer Weise.⁴⁴ Diejenigen Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraumes zu einem beliebigen Zeitpunkt noch leben, werden als „unter Risiko“ bezeichnet.

Das Verhältnis der bedingten Überlebenswahrscheinlichkeit zur Überlebenszeit wird innerhalb einer Stichprobe für jeden Individualfall mit der Kaplan-Meier-Methode berechnet und in Form einer Kaplan-Meier-Kurve grafisch dargestellt. Dabei ist auf der Abszisse (horizontale oder x-Achse) die Überlebensdauer der Patientinnen innerhalb des Beobachtungszeitraumes ihrer Hospitalisierung aufgetragen und auf der Ordinate (vertikale oder y-Achse) die Überlebenswahrscheinlichkeit von 0 bis 1 bzw. von 0 Prozent bis 100 Prozent.

Weil die Überlebensfunktion auf einer abnehmenden Patientenanzahl bei zunehmender Beobachtungszeitdauer beruht, imponiert die Kaplan-Meier-Kurve als abfallende „Treppenstufen-Kurve“, wobei jede „Treppenstufe“ – also der Zeitpunkt, an dem die Kurve in der Grafik nach unten springt – „einem Ereignis [entspricht], zu dieser Zeit ist also jeweils mindestens ein Patient gestorben. Die Stufenhöhe wird nicht nur durch die Anzahl der Ereignisse an diesem Zeitpunkt bestimmt, sondern auch durch die Anzahl der dann noch unter Risiko stehenden Patienten. [...] Die Kurve verläuft horizontal an allen Zeitpunkten, an denen kein Ereignis stattfand.“⁴⁵

Der Kurvenverlauf ist abhängig von der Anzahl der Sterbefälle pro Zeiteinheit: „Fällt eine Überlebenskurve relativ rasch ab, so bedeutet das viele Todesfälle. Hat sie umgekehrt einen verhältnismäßig horizontalen Verlauf mit geringem Abfall, so treten wenige Todesfälle auf. Werden mehrere

Überlebenskurven gleichzeitig dargestellt, so repräsentiert eine flach verlaufende Kurve wenige und späte Todesfälle, eine steil abfallende Kurve frühe und viele Todesfälle.⁴⁶

Zu Beginn der Beobachtung ($t = 0$) beträgt der Anteil der Lebenden 100 Prozent, und auch die Überlebenswahrscheinlichkeit entspricht zu diesem Zeitpunkt 100 Prozent. Bei einer auf 50 Prozent abgefallenen Überlebenswahrscheinlichkeit (50. Perzentil) kann auf der Abszisse das Überlebenszeitäquivalent als die Mediane Überlebenszeit abgelesen werden.⁴⁷ Umgekehrt können pro Überlebenszeitpunkt die dazu äquivalenten Überlebensraten bzw. -wahrscheinlichkeiten auf der Ordinate abgelesen werden. Grundsätzlich ist die Überlebenszeit die Zeitdauer von einem definierten Zeitpunkt (hier das Datum der Anstaltsaufnahme) bis zum Eintritt des beobachteten Ereignisses (hier der jeweilige Tod einer Patientin).

Da die gesamte Untersuchungsgruppe mit 175 Patientinnen in die Kaplan-Meier-Analyse inkludiert ist, aber zehn von ihnen nicht verstorben sind, ist für diese das Ereignis „Tod“ innerhalb des Beobachtungszeitraumes nicht eingetreten. Derartige Fälle werden als „zensiert“ bezeichnet und in der Kaplan-Meier-Kurve mit einem „+“ markiert. Um eine aussagekräftige Analyse hinsichtlich der Überlebenswahrscheinlichkeiten durchführen zu können, sollte die Anzahl der zensierten Patienten gering sein; dies ist in der vorliegenden Untersuchung gegeben.

Grundsätzlich ist eine Zensierung eine wichtige Information im Rahmen der Überlebenszeitanalyse, die nicht aus der Untersuchung ausgeschlossen werden darf. Daher müssen neben den Daten von Patienten mit bekannter Überlebenszeit auch die von zensierten Patienten in die Auswertung eingehen.⁴⁸ Dies ist mit der Kaplan-Meier-Methode problemlos möglich, da sie zensierte Daten berücksichtigt, ohne eine Verzerrung (sog. „Bias“) des Analyseergebnisses herbeizuführen.⁴⁹

Ergänzende Verfahren

Das Kaplan-Meier-Verfahren erlaubt keine Aussage darüber, ob sich zwei im Vergleich miteinander untersuchte Patientengruppen hinsichtlich ihrer Merkmalseigenschaften signifikant unterscheiden oder nicht. Hierfür ist ein ergänzendes statistisches Verfahren notwendig. Zum deskriptiven Vergleich der Überlebenszeiten und -wahrscheinlichkeiten der Subgruppen ist das Kaplan-Meier-Verfahren gut geeignet; um jedoch die Überlebenszeiten statistisch vergleichen zu können, wird der sog. „Log-Rank-Test“ angewandt.

50

Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein nonparametrisches Verfahren mit einer hohen Aussagekraft, das sich ebenfalls zur Auswertung geringerer Fallzahlen eignet. Als Mindestanzahl gilt „mindestens 30 über beide

Gruppen⁵⁰ verteilte beobachtete Ereignisse. Diese Bedingung ist für jedes vergleichend zu untersuchende Selektionskriterium erfüllt.

Mit dem Log-Rank-Test lässt sich statistisch überprüfen, ob das Mortalitätsrisiko in zwei oder mehr Gruppen unterschiedlich hoch ist. Ist dies der Fall, ist das Ergebnis signifikant, also abhängig von der Gruppenzugehörigkeit und damit nicht zufällig. Besteht hingegen keine Signifikanz, trifft die sog. „Nullhypothese“ zu, wonach „die Todesfälle in zufälliger Reihenfolge unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit“⁵¹ auftreten.

Mithin dient der Log-Rank-Test der Feststellung signifikanter Unterschiede des Überlebensverhaltens innerhalb der vergleichend zu untersuchenden Subgruppen. Er ist zur schlüssigen Interpretation des Testergebnisses nur dann geeignet, wenn die Sterberaten in den verschiedenen Gruppen proportional zueinander sind. Die Proportionalität ist dann gegeben, wenn sich die Kaplan-Meier-Kurven nicht überschneiden. Überschneiden sie sich, liegt also keine Proportionalität der Ereignisraten vor, kommt zur Signifikanzprüfung der sog. „Wilcoxon-Test“ zur Anwendung, der hierfür die größere statistische Power besitzt.⁵² Das gilt in der vorliegenden Untersuchung nur für die Kaplan-Meier-Analyse des Selektionskriteriums „Angehörigenkontakt Korrespondenz“.

Statistische Signifikanz liegt immer dann vor, wenn die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, dass gemessene oder errechnete Unterschiede zwischen Stichprobendaten oder Variablen zufallsbedingt sind. Um das Ergebnis einer Signifikanzprüfung als „signifikant“ zu kennzeichnen, wird ein Quantil als Obergrenze der maximal zulässigen Irrtumswahrscheinlichkeit als Signifikanzniveau α definiert. Dieses Quantil liegt üblicherweise bei $\alpha = 0,05$ bzw. 5 Prozent. Ein mit diesem Maximalwert festgelegtes Signifikanzniveau eignet sich weitgehend unabhängig von der Einflussgröße der Fallzahl, sodass hiermit auch Stichproben-Analysen mit geringer Fallzahl aussagekräftig sind.⁵³ Für die vorliegende Untersuchung wird entsprechend eine Irrtumswahrscheinlichkeit von maximal 0,05 zugrunde gelegt.

Das Ergebnis eines statistischen Signifikanztests wird als „p-Wert“ bezeichnet. Bei einem p-Wert kleiner oder gleich 5 Prozent liegt Signifikanz vor, bei einem Wert ≤ 1 Prozent liegt ein „sehr signifikantes“ und bei einem p-Wert $\leq 0,1$ Prozent ein „hoch signifikantes“ Ergebnis vor.

Sowohl die Kaplan-Meier-Analysen als auch die Signifikanz-Testverfahren wurden mit der Statistik-Software „R“ bzw. „RExcel“ durchgeführt.⁵⁴

Korrelierte Selektionskriterien

Ein weiteres methodisches Problem besteht darin, dass jeweils nur zwei Subgruppen eines Einzelkriteriums miteinander verglichen werden und

daher statistische Zusammenhänge zwischen den dargestellten sechs Selektionskriterien unberücksichtigt bleiben. Damit wird die historische Realität des Selektionsgeschehens innerhalb der Pfafferoder Anstalt nur jeweils partiell erfasst bzw. rekonstruiert und der Mehrdimensionalität und Komplexität dieses Geschehens eingeschränkt Rechnung getragen.

Zur Untersuchung des Einflusses mehrerer Kriterien auf den Selektionsprozess sind multivariate Methoden notwendig, wie sie für die Überlebenszeitanalyse das statistische Berechnungsverfahren der sog. „Cox-Regression“ darstellt: „Das Cox-Modell [wird] eingesetzt, wenn gleichzeitig der Effekt mehrerer Einflussgrößen auf eine Zielvariable untersucht werden soll.“⁵⁵

Da jedoch zur Durchführung des Verfahrens der Cox-Regression für jeweils jede Patientin und pro Kriterium ein vollständiger Datensatz benötigt wird, der ausnahmslos alle Einzelinformationen enthält, ist die Anwendung der Cox-Regression im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, weil – wie bereits dargestellt – quellenbedingt nicht in jedem Falle alle Informationen erhoben werden können.

Um zumindest drei der Selektionskriterien miteinander korreliert zu untersuchen, werden zum einen die Kriterien „Arbeitsfähigkeit“, „Pflegeaufwand“ und „Sozialverhalten“ und zum anderen die Kriterien „Pflegeaufwand“ und „Sozialverhalten“ in jeweils zwei miteinander zu vergleichende Subgruppen („Negative Merkmale“ vs. „Positive Merkmale“) zusammengefasst. Dabei gelten als „Negative Merkmale“ keine Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, ein hoher Pflegeaufwand und ein dissoziales Verhalten in Abgrenzung zu den jeweils gegenteiligen „Positiven Merkmalen“; die Attribute „Positiv“ bzw. „Negativ“ sind also aus der Einschätzungs-Perspektive des Pfafferoder Anstaltspersonals zu werten.

Somit werden die dargestellten sechs merkmalsgeclusterten Subgruppenpaarungen um diese zwei erweitert:

- Korrelierte Selektionskriterien „Arbeitsfähigkeit + Pflegeaufwand + Sozialverhalten“: Patientinnen mit „positiven“ Merkmalen (n = 16) vs. Patientinnen mit „negativen“ Merkmalen (n = 73)
- Korrelierte Selektionskriterien „Pflegeaufwand + Sozialverhalten“: Patientinnen mit „positiven“ Merkmalen (n = 23) vs. Patientinnen mit „negativen“ Merkmalen (n = 70)

Statistische Analysen und Interpretation

8. Mai 1945 aus der Anstalt entwichen; ihr weiteres Schicksal ist unbekannt. Von den übrigen neun überlebenden Patientinnen ist nach Kriegsende ebenfalls eine entwichen, fünf sind in andere Anstalten verlegt und drei nach Hause entlassen worden.

Bis zum Ende des „Dritten Reiches“ sind 156 Patientinnen in der Anstalt Pfafferode verstorben; dies entspricht 94,5 Prozent der verstorbenen und 89,1 Prozent aller Patientinnen der Verlegungstransporte vom November 1941. Neun Patientinnen sind nach Kriegsende in der Anstalt Pfafferode verstorben. Mithin liegt die Sterberate innerhalb der Untersuchungsgruppe in der Zeit des Nationalsozialismus bei 89,1 Prozent und insgesamt bei 94,3 Prozent.

Von einer nach dem Zufallsprinzip ausgewählten, also randomisierten Kontrollgruppe von 170 Patientinnen, die 1941 nicht nach Pfafferode deportiert, sondern in den Ricklinger Anstalten verblieben sind, waren bei Kriegsende noch 104 Frauen am Leben; 66 von ihnen sind bis zum 8. Mai 1945 dort verstorben.⁵⁶ Dies entspricht einer Mortalität innerhalb der Kontrollgruppe von 38,8 Prozent, die mit der Zeit des Nationalsozialismus assoziiert ist.

Von den 25 aus Rickling in die Anstalt Bethel verlegten Kindern und Jugendlichen sind dort insgesamt 22 PatientInnen verstorben; zehn vor und zwölf nach Kriegsende. Drei von ihnen sind nicht in Bethel verstorben. Somit beträgt die auf die Gesamtheit der PatientInnen bezogene Sterberate in der Zeit vor dem 8. Mai 1945 40,0 Prozent.

Die Mortalität der Untersuchungsgruppe in der Zeit des Nationalsozialismus ist folglich mehr als doppelt so hoch wie die der Kontrollgruppe und die der zeitgleich nach Bethel verlegten PatientInnen-Gruppe:

Mortalitäten im Zeitraum bis 8. Mai 1945	
Transport/Anstalt	Patientengruppenbezogene Mortalität
Pfafferode	89,1 %
Rickling	38,8 %
Bethel	40,0 %

Tabelle 1: Vergleich der Mortalitäten in der Zeit des Nationalsozialismus

Das Punktdiagramm 1 zeigt die Verteilung der Variablen „Aufnahmealter“ der Patientinnen in Abhängigkeit von der Überlebensdauer im Zeitraum ihrer Hospitalisierung in der Anstalt Pfafferode. Dabei wird deutlich, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und deren Lebensdauer gibt, wie es hingegen die demografische Entwicklung der Allgemeinbevölkerung zeigt. So sind auch relativ junge Patientinnen bereits ebenso früh verstorben wie ältere und umgekehrt.

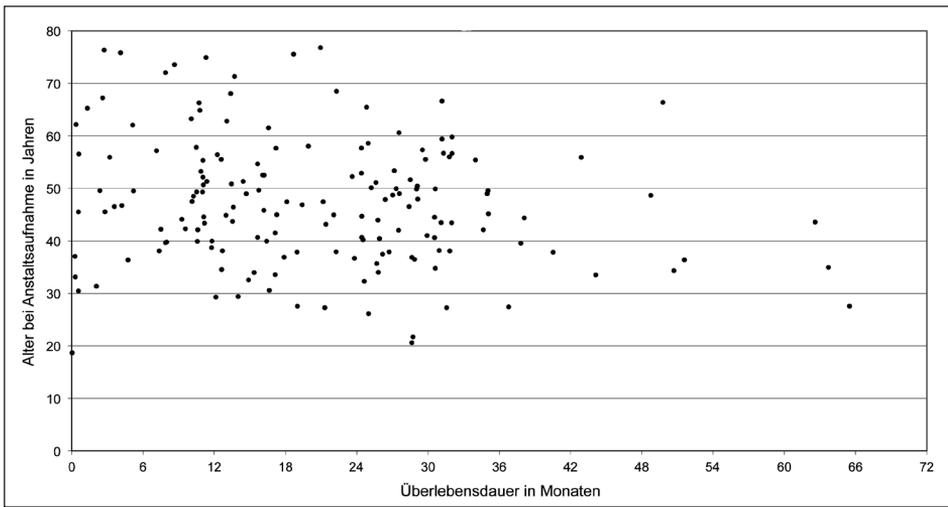


Diagramm 1: Aufnahmealter und Überlebensdauer der Patientinnen in Pfafferoide (n = 165)

Die jüngste Patientin war zum Aufnahmezeitpunkt in Pfafferoide 18 Jahre alt, die älteste 76 Jahre. Sowohl der arithmetische Mittelwert als auch der Medianwert des Aufnahmealters der Patientinnen der Untersuchungsgruppe beträgt 47 Jahre.

Der Pearsonsche Korrelationskoeffizient beträgt hier $-0,186$; die Negativität des Wertes legt nahe, dass ein geringeres Aufnahmealter mit einer höheren Überlebenszeit korreliert ist. Da der Zahlenwert jedoch sehr gering ist und nahe bei „0“ liegt, sind die beiden Merkmale „Aufnahmealter“ und „Überlebensdauer“ rechnerisch kaum miteinander korreliert, und es besteht so gut wie kein linearer Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen.⁵⁷ Zudem ist der Korrelationskoeffizient durch das Ergebnis verfälschende Extremwerte beeinflusst, wie dies in dem Punktdiagramm insbesondere für den Bereich der Überlebensdauer von 60 bis 66 Monaten ersichtlich ist. Schließlich liefert der Korrelationskoeffizient grundsätzlich keine Aussage über einen kausalen Zusammenhang,⁵⁸ so dass eine direkte Kausalität zwischen längerer Überlebensdauer und geringerem Aufnahmealter der Patientinnen in Pfafferoide wegen des sehr geringen Korrelationsgrades und der geringen Linearität damit nicht nachgewiesen ist.

Vielmehr zeigt die Analyse der unterschiedlichen Sterbealter der Patientinnen (Diagramm 2), dass mit 54 Fällen die meisten von ihnen bereits in der Alterskohorte von 40 bis 49 Jahren verstorben sind; dies entspricht einem Anteil von 32,7 Prozent an allen verstorbenen Patientinnen. Weitere 47 Patientinnen sind im Alter von 50 bis 59 Jahren ($\approx 28,5$ Prozent) verstorben. Damit sind im mittleren Lebensalter von 40 bis 59 Jahren insgesamt

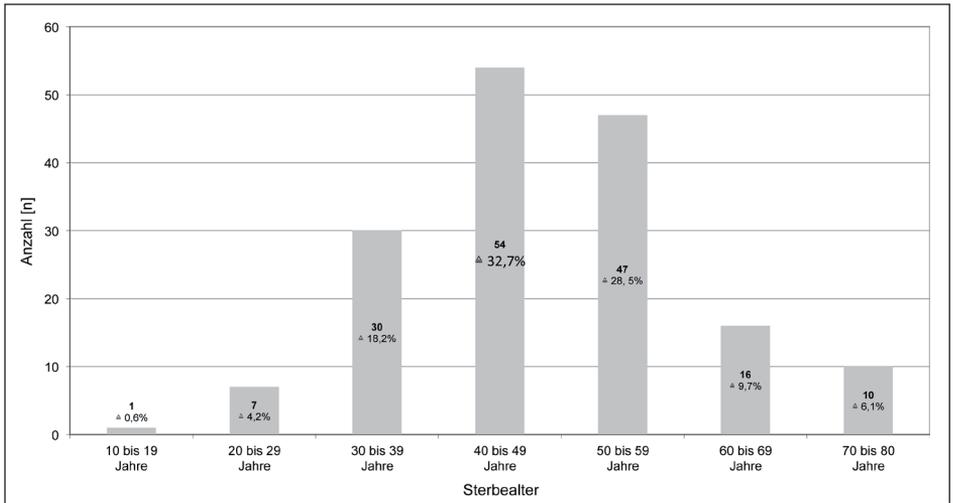


Diagramm 2: Sterbealter der Patientinnen in Pfafferoede (n= 165)

101 Patientinnen von 165 und mithin 61,2 Prozent verstorben. Im höheren Lebensalter von 60 bis 80 Jahren sind entgegen der demografischen Struktur der Allgemeinbevölkerung nur 26 Patientinnen ($\hat{=}$ 16 Prozent) verstorben.

Das Balkendiagramm 3 zeigt, dass innerhalb eines Jahres Aufenthaltsdauer in Pfafferoede – also bis November/Dezember 1942 – bereits 49 Pati-

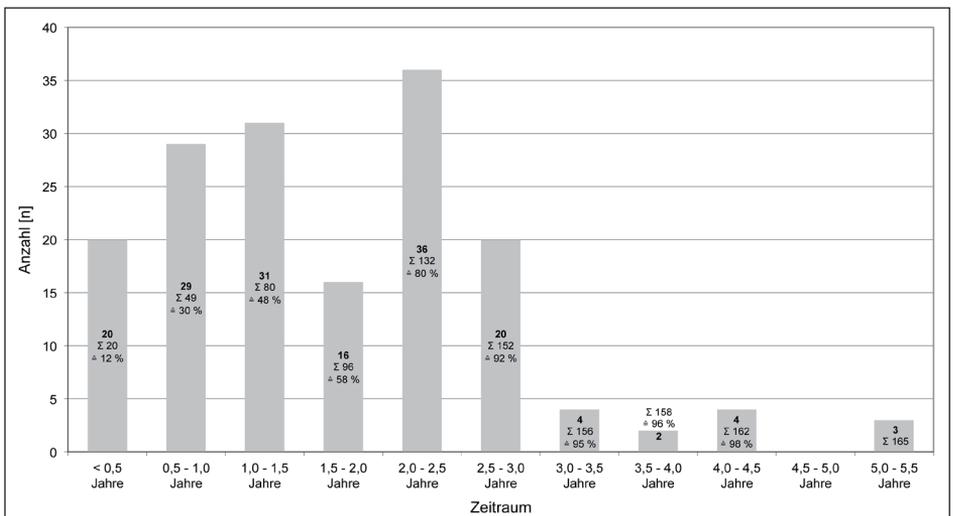


Diagramm 3: Anzahl der nach Anstaltsaufnahme pro Zeitraum verstorbenen Patientinnen (n=165)

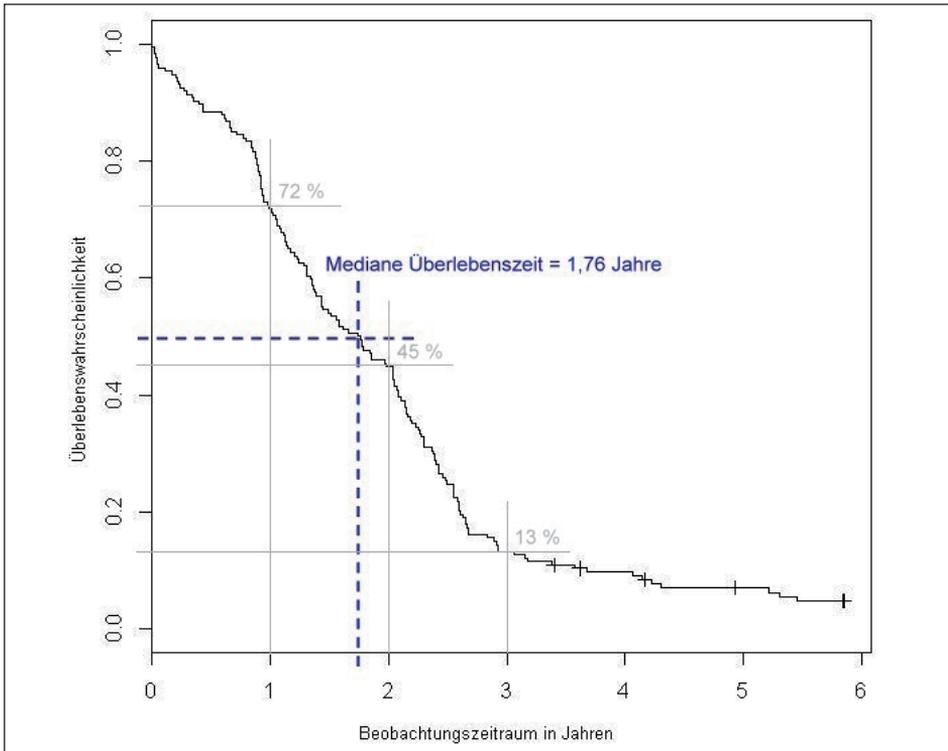


Diagramm 4: Kaplan-Meier-Kurve Überlebenswahrscheinlichkeit aller Patientinnen (n = 175) (+ = zensierte Daten)

entinnen (30 Prozent) verstorben sind. Innerhalb der ersten zwei Jahre (bis Ende 1943) sind mit 96 Patientinnen 58 Prozent von ihnen verstorben. In der Zeit bis Ende 1944 sind mit insgesamt 152 Patientinnen sodann mit 92 Prozent fast alle der Patientinnen verstorben. Dies zeigt, dass eine hohe Anstalts-Sterblichkeit an die Zeit des Nationalsozialismus gebunden war, die nach dem Ende des NS-Regimes deutlich abfiel.

Diese rasch progrediente Entwicklung der Sterblichkeit bis Ende 1944/Anfang 1945 spiegelt sich in der Kaplan-Meier-Kurve der Überlebenswahrscheinlichkeiten aller Patientinnen der Untersuchungsgruppe wider: Innerhalb der ersten drei Jahre nach Anstaltsaufnahme fällt die Kurve relativ steil und nahezu linear ab, um ab dem dritten Aufenthaltsjahr sehr viel horizontaler zu verlaufen.

56

Nach dem ersten Aufenthaltsjahr betrug die Überlebenswahrscheinlichkeit für die verbliebenen, noch lebenden Patientinnen Ende 1942 72 Prozent, nach zwei Jahren (Ende 1943) nur noch 45 Prozent und nach drei Jah-

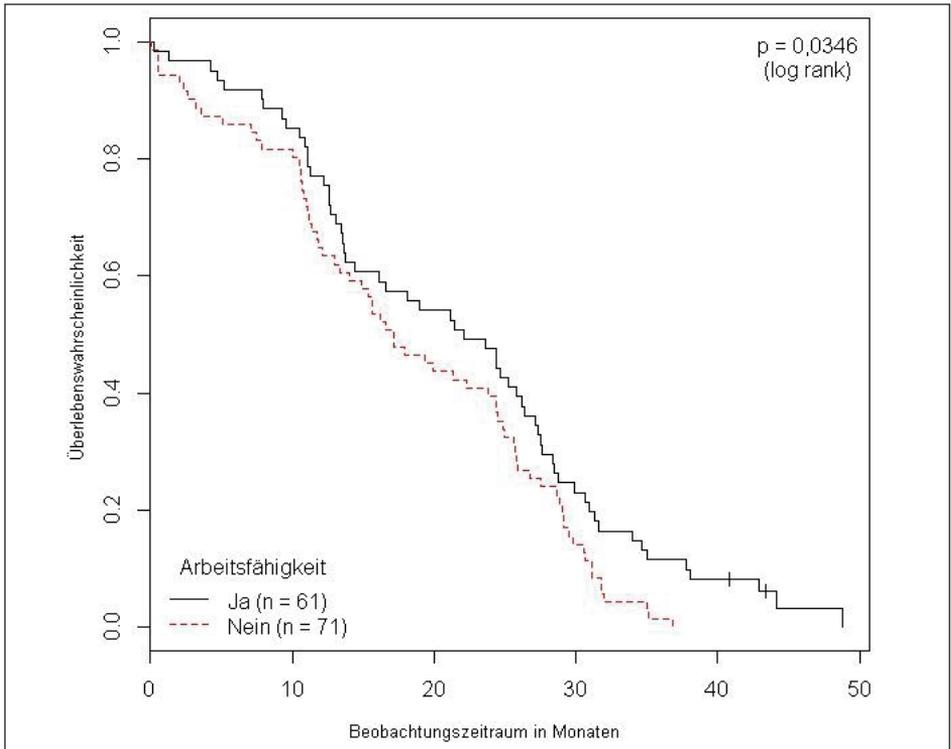


Diagramm 5: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Arbeitsfähigkeit“ (+ = zensierte Daten)

ren – zum Jahreswechsel 1944/45, also wenige Monate vor dem Kriegsende – dann noch 13 Prozent. Die Mediane Überlebenszeit der Gesamtgruppe beträgt rechnerisch wie auch grafisch 1,76 Jahre.

Im Folgenden werden die Kaplan-Meier-Analysen kriterienbezogen in der beschriebenen Weise dargestellt. Das Kaplan-Meier-Diagramm 5 zeigt die Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb der beiden Subgruppen des Selektionskriteriums „Arbeitsfähigkeit“.

Sowohl die Überlebenschancen als auch die Überlebensdauer der arbeitsfähigen Patientinnen waren höher als innerhalb der Subgruppe der nicht arbeitsfähigen Patientinnen. Die Mediane Überlebenszeit für die Gruppe der arbeitsfähigen Patientinnen liegt bei 22 Monaten; für die nicht arbeitsfähigen Patientinnen ist sie mit 17 Monaten fast ein halbes Jahr niedriger. Zum Signifikanzniveau $\alpha = 5$ Prozent ist der Unterschied zwischen der Überlebenswahrscheinlichkeit der arbeitsfähigen gegenüber den nicht arbeitsfähigen Patientinnen mit einem p-Wert von 0,0346 (3,46 Prozent) signifikant.

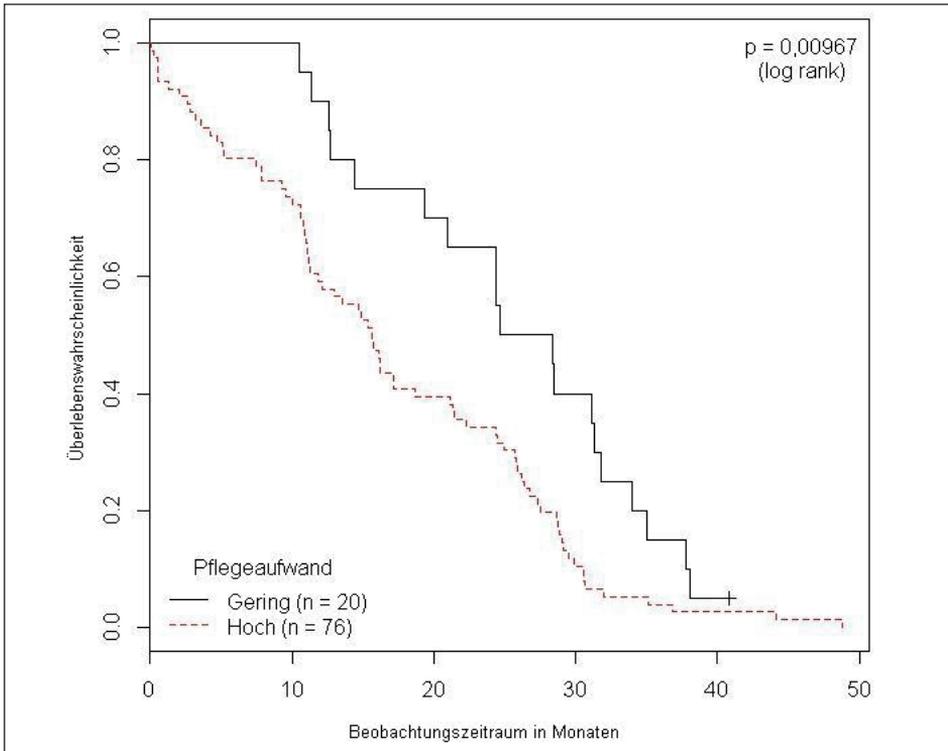


Diagramm 6: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Pflegeaufwand“ (+ = zensierte Daten)

Für das Selektionsmerkmal „Pflegeaufwand“ ist der Unterschied hinsichtlich der Überlebenswahrscheinlichkeit und -dauer zwischen den beiden miteinander verglichenen Subgruppen „Geringer Pflegeaufwand“ vs. „Hoher Pflegeaufwand“ mit einem p-Wert von 0,00967 bzw. 0,967 Prozent sogar sehr signifikant.

Die Mediane Überlebenszeit für die Gruppe der pflegeintensiven Patientinnen beträgt 15 Monate, die der Patientinnen mit einem geringen Pflegeaufwand mit 24 Monaten ein Dreivierteljahr länger.

Auch das für die Praxis der NS-„Euthanasie“ dritte typische Selektionskriterium, das anstaltsinterne Verhalten der Patientinnen, zeigt eine Signifikanz ($p = 0,0282$) für die Überlebenschancen derjenigen Patientinnen mit einem dissozialem Verhalten gegenüber denjenigen mit sozial konformem Verhalten zugunsten der letzteren Gruppe. Die Medianen Überlebenszeiten differieren hier um fast ein Jahr mit 14 Monaten für die Subgruppe mit dissozialem Verhalten und mit 25 Monaten für die Gruppe der sozial „angepassten“ und „unauffälligen“ Patientinnen.

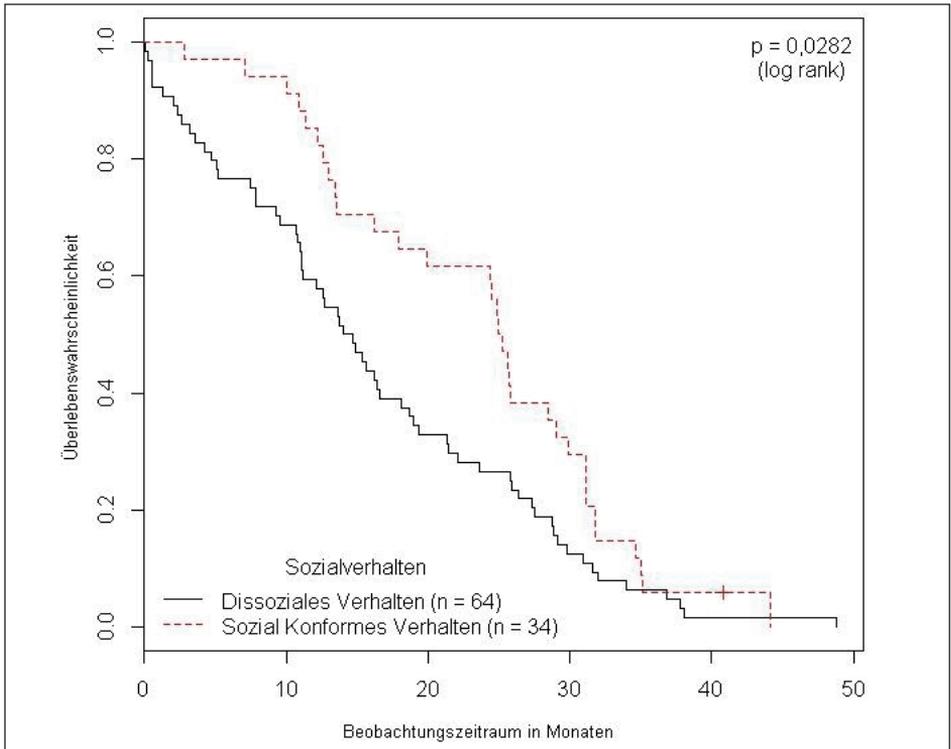


Diagramm 7: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Sozialverhalten“ (+ = zensierte Daten)

Die dargestellten statistisch signifikanten Unterschiede der Kriterien „Arbeitsfähigkeit“, „Pflegeaufwand“ und „Sozialverhalten“ zeigen sich erwartungsgemäß auch für die damit korrelierten Merkmalscluster (siehe Diagramm 8, S. 36). Für die zusammengefassten Kriterien „Arbeitsfähigkeit + Pflegeaufwand + Sozialverhalten“ unterscheiden sich die Subgruppen mit den vereinigten „positiven“ Merkmalen gegenüber den vereinigten „negativen“ Merkmalen mit einem p-Wert = 0,0238 (2,38 Prozent) signifikant voneinander. Die Mediane Überlebenszeit für die Gruppe mit den „negativen“ Merkmalen beträgt 16 Monate, für die Gruppe mit den „positiven“ Merkmalen 25 Monate.

Für die beiden miteinander korrelierten Kriterien „Pflegeaufwand + Sozialverhalten“ (Diagramm 9) unterscheiden sich die „positiven“ gegenüber den „negativen“ Merkmalen mit $p = 0,0152$ ebenfalls signifikant voneinander. Die Mediane Überlebenszeit für die Subgruppe „Positive Merkmale“ beträgt 25 Monate, die der Subgruppe „Negative Merkmale“ 15 Monate.

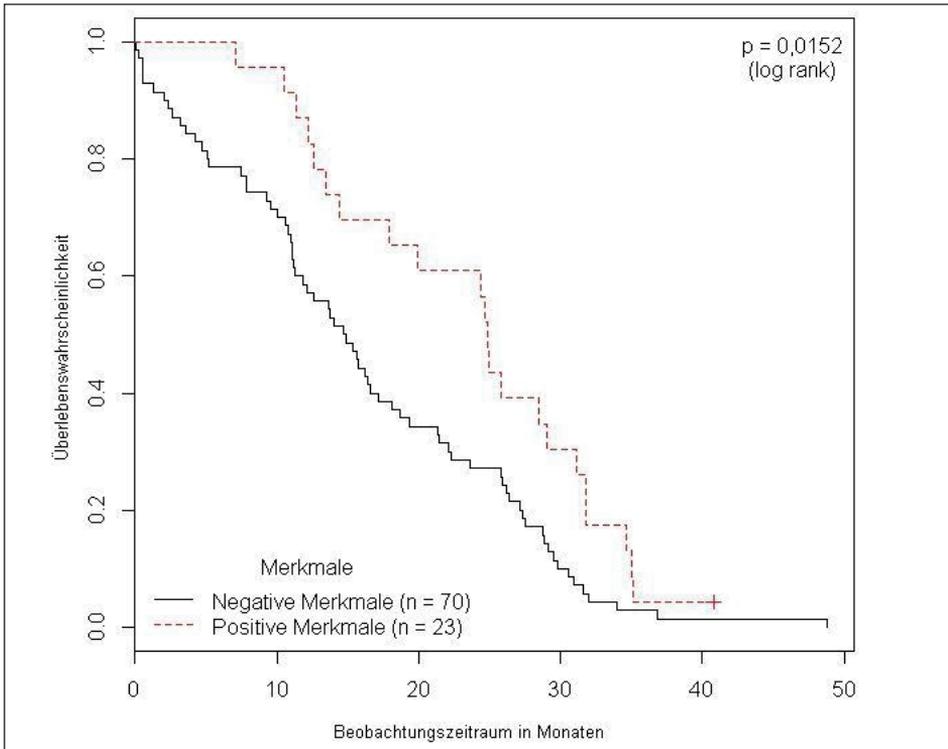


Diagramm 9: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Korrelation: Pflegeaufwand + Sozialverhalten“ (+ = zensierte Daten)

Auch das Kriterium „Sterilisierung“ hatte signifikanten Einfluss auf die Überlebenschancen der Patientinnen; mit $p = 0,0258$ unterscheidet sich die Gruppe der sterilisierten von den nicht sterilisierten Frauen. Die Mediane Überlebenszeit der vor Anstaltsaufnahme unfruchtbar gemachten Patientinnen betrug 21 Monate, die der nicht sterilisierten 17 Monate.

Wenngleich sich die Verläufe der beiden Kaplan-Meier-Kurven im Diagramm 11 (vgl. S. 62) sichtbar unterscheiden und einen Unterschied zwischen der Subgruppe der Patientinnen mit und ohne Angehörigenkontakte nahelegen, lässt sich eine statistische Signifikanz der erfolgten bzw. nicht erfolgten Angehörigenkontakte in Form von Korrespondenzen (Brief- und Paketsendungen) in Bezug auf die Überlebenswahrscheinlichkeiten nicht feststellen. Der wegen der hier nicht gegebenen Proportionalität der Sterberaten innerhalb der beiden Subgruppen mit dem Wilcoxon-Verfahren berechnete p-Wert beträgt 0,1891 und liegt mit 18,9 Prozent deutlich über dem als maximal definierten Signifikanzniveau $\alpha = 5$ Prozent.

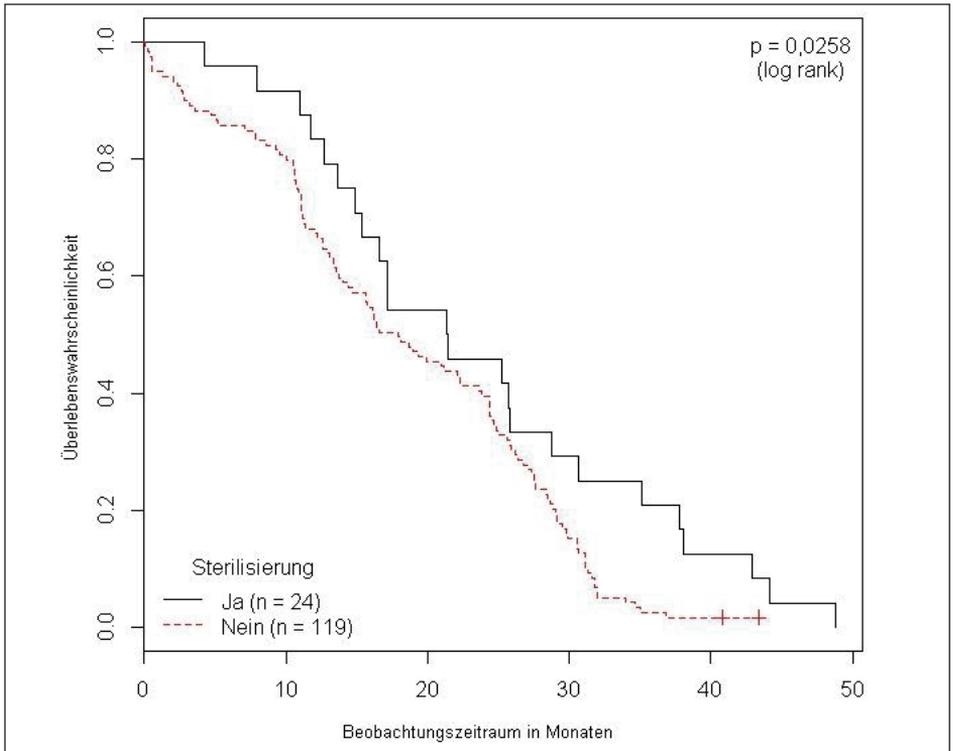


Diagramm 10: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Zwangsterilisierung“ (+ = zensierte

Dennoch unterscheiden sich die Medianen Überlebenszeiten der beiden Subgruppen um acht Monate; für die Gruppe der Patientinnen ohne Angehörigenkontakte beträgt sie 16 Monate, für die Gruppe mit Angehörigenkontakten 24 Monate.

Auch für das untersuchte Kriterium „Soziale Schichtzugehörigkeit“ (Diagramm 12, S. 63) besteht keine Signifikanz der unterschiedlichen Überlebenschancen zwischen denjenigen Patientinnen, die der sozialen Mittelschicht zuzurechnen waren, und solchen, die als „Sozial Verachtet“ galten, wenngleich auch hier ein deutlich sichtbarer Unterschied im Kurvenverlauf besteht, wie das Diagramm 12 zeigt. Der mit dem Log-Rank-Test ermittelte Signifikanzwert beträgt 0,217 bzw. 21,7 Prozent; der im Kurvenverlauf erkennbare Unterschied ist somit – wie auch im Falle des Kriteriums „Angehörigenkontakt“ – zufallsbedingt. Deutliche Unterschiede bestehen auch hier in den Medianen Überlebenszeiten. Die Subgruppe mit dem Sozialstatus „Sozial Verachtet“ hatte eine Mediane Überlebenszeit von 15 Monaten, die Gruppe der Mittelschichtsangehörigen 23 Monate.

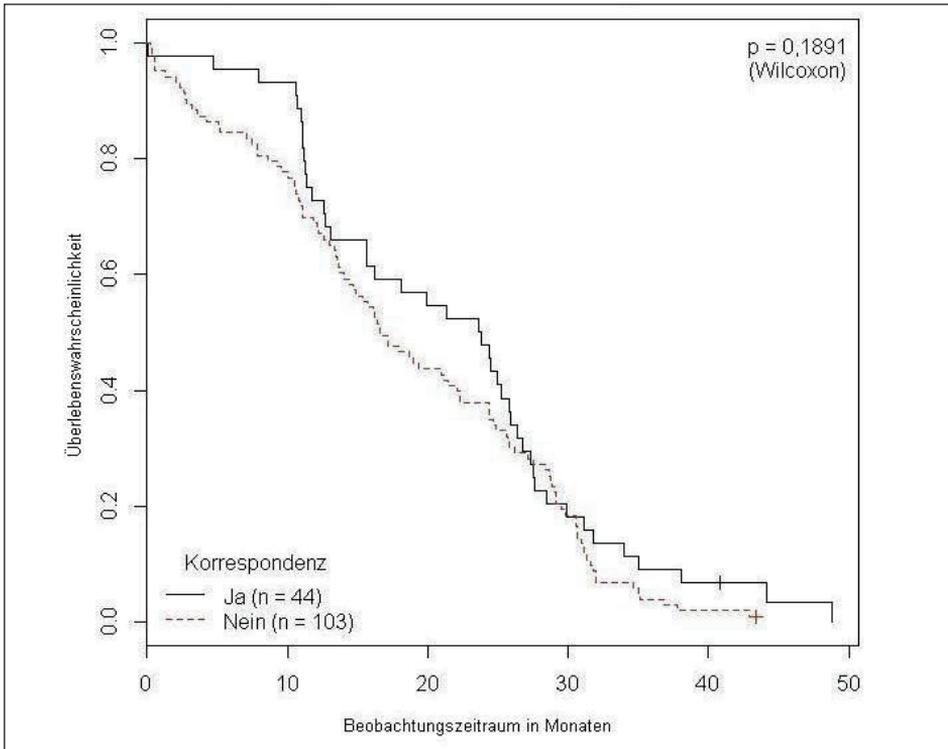


Diagramm 11: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Angehörigenkontakt Korrespondenz“ (+ = zensierte Daten)

Obwohl für die Subgruppen der beiden Selektionskriterien „Angehörigenkontakt“ und „Soziale Schichtzugehörigkeit“ deutliche Unterschiede in den medianen Überlebenszeiten bestehen, sind die Unterschiede hinsichtlich der Überlebenswahrscheinlichkeiten und -raten nicht signifikant. Dies zeigt, dass die Berechnung bzw. Darstellung der Überlebenszeiten allein keine Aussagen ermöglicht, ob ein früheres oder späteres Sterben von Patienten in eindeutiger Abhängigkeit von „Euthanasie“-Kriterien steht oder abhängig von anderen Merkmalen wie etwa dem Lebensalter bzw. einfach nur zufallsbedingt ist. Die Kaplan-Meier-Methode zur Berechnung der Überlebenswahrscheinlichkeiten erweist sich hierzu in Kombination mit einem statistischen Signifikanz-Test für Gruppenvergleiche als das überlegene Analyseinstrument.

62

Damit lässt sich die Hypothese, dass sowohl erfolgte Angehörigenkontakte als auch ein höherer Sozialstatus der Patientinnen einen hemmenden Einfluss auf die Tötungs-Bereitschaft des klinischen Anstaltspersonals hat-

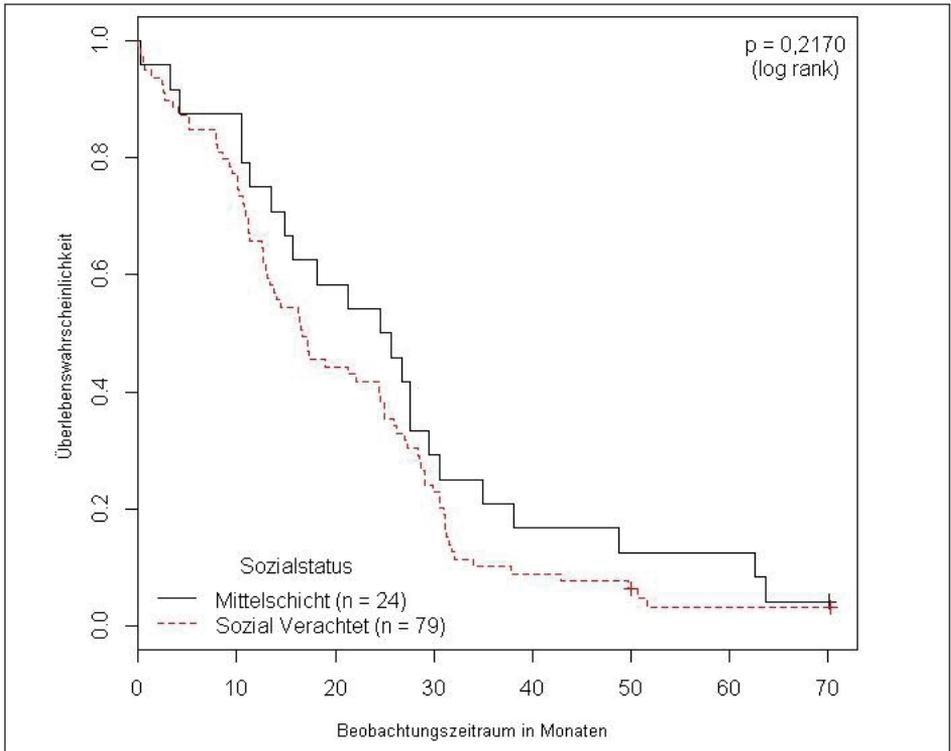


Diagramm 12: Kaplan-Meier-Kurve Selektionskriterium „Soziale Schichtzugehörigkeit“ (+ = zensierte Daten)

ten, statistisch nicht bestätigt. Da hier jeweils kein gruppenspezifischer Zusammenhang zur Mortalität besteht, muss davon ausgegangen werden, dass eine offenkundige Einbindung der Patientin in ihre Familie und ein wertschätzendes Interesse der Familienangehörigen am Krankheitsbild und -verlauf sowie am Befinden und Wohlergehen der Patientin oder aber ein höherer Sozial- und damit Bildungsstatus nicht dazu führten, dass das Anstaltspersonal eine derart klassifizierte Patientin als einen „schutzwürdigeren“ oder „vollwertigeren“ Menschen ansah, dessen Leben erhaltenswerter war als das von jenen Patientinnen, die innerhalb der „Volksgemeinschaft“ ganz „unten“ angesiedelt waren und denen auch in ihren Familien keinerlei Interesse oder Wertschätzung entgegengebracht wurde.

Wie aus der Tabelle 2 (S. 64) zusammenfassend hervorgeht, waren sehr viel eher solche Kriterien für das ärztliche und pflegerische Personal ausschlaggebend dafür, ob eine Patientin weiterhin am Leben bleiben oder aber ihr Tod zügig herbeigeführt werden sollte, die im direkten Zusammen-

Kriterienbezogene Signifikanzen		
Selektionskriterium	Signifikanzniveau	Signifikanzstufe
Pflegeaufwand	$p = 0,00967 \hat{=} 0,967 \%$	sehr signifikant
Zwangssterilisation	$p = 0,0258 \hat{=} 2,58 \%$	signifikant
Sozialverhalten	$p = 0,0282 \hat{=} 2,82 \%$	signifikant
Arbeitsfähigkeit	$p = 0,0346 \hat{=} 3,46 \%$	signifikant
Korrelation Pflegeaufwand – Sozialverhalten	$p = 0,0152 \hat{=} 1,52 \%$	signifikant
Korrelation Arbeitsfähigkeit – Pflegeaufwand – Sozialverhalten	$p = 0,0238 \hat{=} 2,38 \%$	signifikant
Angehörigenkontakt „Korrespondenz“	$p = 0,1891 \hat{=} 18,9 \%$	nicht signifikant
Soziale Schichtzugehörigkeit	$p = 0,217 \hat{=} 21,7 \%$	nicht signifikant

Tabelle 2: Signifikanzniveau und Signifikanzstufen der Selektionskriterien

hang mit den alltäglichen anstaltsinternen Arbeitsabläufen und -belastungen standen. Jene Patientinnen, die insbesondere das Pflegepersonal entlasteten und von denen die Pfafferoder Anstalt profitieren konnte, hatten eine signifikant höhere Überlebenschance im Zeitraum ihrer Hospitalisierung als die Patientinnen, die symptomatisch, also krankheitsbedingt einen hohen Pflege-, Betreuungs- und Therapiebedarf hatten.

Dies lässt sich zumindest für einen Teil des Anstaltspersonals in dem Sinne interpretieren, dass deren Tötungsbereitschaft weniger ideologisch motiviert, sondern sehr viel mehr von persönlichen und institutionellen Interessen geleitet war. Die nationalsozialistische Rassenideologie gab ihnen die Legitimation dafür, jederzeit ohne Gewissensnot zu töten.

So ist es nicht verwunderlich, dass das untersuchte Kriterium „Pflegeaufwand“ eine sehr hohe Signifikanzstufe aufweist, da die Patientinnen mit einem hohen Pflegeaufwand die arbeitsintensivsten und damit -belastendsten Patientinnen waren. Auch das „Sozialverhalten“ weist eine noch recht hohe Signifikanzstufe auf. Dies legt nahe, dass die Patientinnen, die im täglichen Anstaltsleben als besonders „störend“ und „unerträglich“ empfunden wurden, sehr viel eher zu Tode gebracht wurden als jene, die das Anstaltspersonal mit dem unmittelbarsten und zeitintensivsten Patientenkontakt, das Pflegepersonal also, als im Umgang „angenehmer“ und als geringeren Stressor erlebte.

Angesichts des in allen psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten des Reiches insbesondere in der Zeit des Zweiten Weltkriegs virulenten Personal- und Arbeitskräftemangels konnte auch die Pfafferoder Anstalt von solchen Patientinnen profitieren, die arbeitsfähig waren und daher zur Mitarbeit in den unterschiedlichen Anstaltsbereichen herangezogen werden konnten, wobei dafür ein arbeitstherapeutischer Impetus längst aufgegeben worden war.

Frieda T.: Protest und Bestrafung

Im Thüringischen Staatsarchiv in Gotha ist die Krankenakte der an Schizophrenie erkrankten, jedoch weitgehend symptomfreien Frieda T. überliefert,³⁹ aus der exemplarisch das Ausmaß ihrer erzwungenen Mitarbeit in der Anstalt Pfafferode hervorgeht. Außerdem ist hier der brutale, gewalttätige und menschenverachtende Umgang des Pfafferoder Pflegepersonals mit der Patientin dokumentiert, aufgrund dessen sie sich in ihrer Not an die Polizei wandte und Strafanzeige auf dem Polizeirevier in Mühlhausen erstattete, nachdem es ihr gelungen war, die Anstalt unbemerkt zu verlassen.

Eine Kopie des Polizeiprotokolls vom 26. August 1944 mit der Aussage von Frieda T. ist in ihrer Patientenakte enthalten: „Im ersten Kriegsjahr bin ich mit einem größeren Transport [...] nach der Heilanstalt Pfafferode gekommen. In Pfafferode habe ich die Kranken mit waschen und pflegen müssen und verrichte nebenbei auch noch die Küchenarbeiten. Obwohl ich meine Arbeiten ordnungsgemäß und gewissenhaft ausführe, werde ich von den Pflegerinnen dauernd schikaniert und misshandelt. Es handelt sich hauptsächlich um die Pflegerin Irene Engelbarth. Wenn ich zum Beispiel von kranken Frauen angegriffen werde und die genannte Pflegerin um Hilfe bitte, so sagt sie noch zu den Kranken, haut mal feste drauf. Seit längerer Zeit bin ich auf dem Gut Pfafferode in der Landwirtschaft beschäftigt. Auch hier hat die Pflegerin Irene die Aufsicht. [...] Mir ist die Umgebung und die ganze Behandlung zuwider.“ Das Polizeiprotokoll endet mit der Bemerkung „Frau T. wurde nach telefonischem Anruf durch eine Pflegerin der Heilanstalt gegen 22:00 Uhr abgeholt.“

Wenngleich dies nicht aus der Patientenakte hervorgeht, ist natürlich anzunehmen, dass das Vertrauen von Frieda T. in die Behörden des NS-Staates ungerechtfertigt war und die Polizei der Strafanzeige gegen Irene Engelbarth nicht nachgegangen ist. Vielmehr wird Frieda T. nach der Rückkehr in die „Heilanstalt“ eine „Bestrafung“ durch das Pflegepersonal erhalten haben. Der gewaltgeprägte, machtmisbrauchende und herablassende Umgang des Pflegepersonals mit Frieda T. dürfte als exemplarisch gelten, und somit kann davon ausgegangen werden, dass dies der übliche und innerhalb der Mitarbeiterschaft akzeptierte und goutierte Umgang des Personals gegenüber den Patienten in der Pfafferoder Anstalt gewesen ist.

Frieda T. ist eine der neun Frauen, die das Kriegsende überlebten. Sie wurde am 23. November 1945 aus der Anstalt Pfafferode entlassen. Sehr wahrscheinlich hat sie nur deshalb überlebt, weil ihre schizophrene Psychose geringgradig ausgeprägt war und sie deshalb in der Lage gewesen ist, differenzierte und produktive Arbeit zu leisten.

Dieser Fall zeigt, dass ein Interesse daran bestand, symptomarme und folglich arbeitsfähige Patientinnen länger überleben zu lassen als die nicht arbeitsfähigen und im Duktus des Regimes „nutzlosen“ Patientinnen, deren beabsichtigt rascher Tod die anstaltsintern und zudem ideologiekonform „logische“ und „notwendige“ Folge war. Somit weist auch das untersuchte Kriterium „Arbeitsfähigkeit“ einen signifikanten Unterschied der Mortalität der arbeitsfähigen gegenüber den nicht arbeitsfähigen Patientinnen auf.

Kriterium Zwangssterilisierung

Das vierte Kriterium, das eine Signifikanz hinsichtlich der unterschiedlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten aufweist, ist die Zwangssterilisierung. Wie bereits erläutert, durften nur bereits sterilisierte Patienten, die an einer „Erbkrankheit“ im Sinne des § 1 des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ litten, aus einer ansonsten lebenslang notwendigen Anstaltsunterbringung entlassen werden.⁶⁰

Der Grund dafür, dass die sterilisierten Patientinnen eine signifikant höhere Überlebenswahrscheinlichkeit gegenüber den Patientinnen hatten, die nicht unfruchtbar gemacht worden waren, beruht sehr wahrscheinlich auf dem Interesse der Pfafferoder Anstalt, längerfristig die Option zu haben, ihr u. a. im Rahmen der „Aktion Brandt“ zugewiesene Patienten auch wieder entlassen zu können, um damit der Anstalts-Überbelegung entgegenzuwirken, die zur Steigerung der Arbeitsbelastungen des Personals und zur Verschärfung des Nahrungsmittelmangels führte.

Überbelegungen sind bereits für die 1930er-Jahre dokumentiert. Bei einer Bettenkapazität von 1.200 war die Anstalt im Juni 1934 mit 1.259 Patienten belegt. Im Januar 1936 waren es 1.267 Patienten; hinzu kamen im Jahresverlauf 466 Aufnahmen, so dass sich eine Gesamtpatientenzahl von 1.733 ergibt, von denen wiederum 135 Patienten bis Ende 1936 verstorben sind.⁶¹ Der Erhebung von 1934 liegt eine Anstalts-Visitation durch das Gesundheitsamt des Regierungsbezirkes Erfurt zugrunde; in seinem Besichtigungsbericht vom 2. Juni 1934 vermerkt der Obermedizinalrat Dr. Clauss: „Die nun schon seit langem anhaltende Überbelegung der Anstalt, die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der dadurch bedingte erhebliche Schriftwechsel mit den Angehörigen der Kranken und den Behörden macht die Einstellung einer weiteren Schreibhilfe erforderlich. [...] Zur Vornahme der Sterilisierungen ist die Umwandlung des neben dem großen Operationssaale gelegenen Zimmers in einen aseptischen Operationsraum geboten.“⁶²

„Was die Sterilisierung anlangt, so steht z. Zt. ein 3½ Jahre vorgebildeter Arzt dazu zur Verfügung, jedoch ist es unangängig, dass die Sterilisie-

rungs-Operationen in einem Operationssaal vorgenommen werden, in dem auch die septischen Operationen erfolgen.“⁶³

In seinem Visitationsbericht vom 30. November 1936 schreibt der Medizinalrat Dr. Weimann: „Als besonderer Vorzug ist es zu bezeichnen, dass die gesetzlich erforderlichen Sterilisationen sowohl von Männern wie von Frauen in der Anstalt selbst durchgeführt werden.“⁶⁴

Trotz der somit gegebenen Möglichkeiten, anstaltsintern Sterilisierungseingriffe – ab 1934 an Männern und ab 1936 an Frauen – vornehmen zu können,⁶⁵ sind diejenigen Patientinnen der Untersuchungsgruppe, die vor ihrer Aufnahme in Pfafferoode noch nicht sterilisiert worden waren, ebendort dann auch nicht unfruchtbar gemacht, sondern stattdessen zu Tode gebracht worden. Der Grund dafür liegt – als Folge ihrer Einberufung zur Wehrmacht – unter anderem in einem kriegsbedingten Mangel an Ärzten, die die Eingriffe hätten durchführen können. Während im Oktober 1939 noch acht Ärzte (ein Ärztlicher Direktor, ein stellvertretender Direktor und sechs Ober- und Assistenzärzte), darunter auch solche mit einer chirurgischen Expertise zur Durchführung von Sterilisierungseingriffen, in Pfafferoode tätig waren,⁶⁶ sind es im Oktober 1940 dann nur noch zwei Ärzte; die übrigen vier zu dem Zeitpunkt noch in der Anstalt tätig gewesenen Ärzte (darunter auch der Ärztliche Direktor) waren unterdessen zur Wehrmacht eingezogen worden.⁶⁷ Auch der Erfurter Gynäkologe Dr. Konrad Kayser, der ab 1936 Sterilisierungseingriffe an Frauen in Pfafferoode durchgeführt hatte, stand nicht mehr zur Verfügung.

Als Reaktion auf die anhaltende Überbelegung wurde ab 1938 die Bettenkapazität der Anstalt auf 1.450 erhöht.⁶⁸ In der Zeit des Zweiten Weltkrieges ist die Überbelegung zwar nicht für jedes Jahr feststellbar, dafür aber nun – insbesondere im letzten Kriegsdrittel – sehr viel gravierender.

Patienten-Belegung der Anstalt Pfafferoode						
Jahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Gesamt-Patientenanzahl	1.829	1.693	1.204	1.240	2.214	2.368

Tabelle 3: Patienten-Belegung der Anstalt Pfafferoode 1939–1944
(Quelle: Faulstich 1998, S. 518)

Die erhebliche Zunahme der Patientenzahlen in den letzten Kriegsjahren ist zumindest für 1944 auch darauf zurückzuführen, dass die Anstalt Pfafferoode seit September 1944 als Sammelanstalt für psychisch erkrankte und damit arbeitsunfähig gewordene Zwangsarbeiter aus den okkupierten Ländern und Gebieten Osteuropas fungierte. Gemäß eines Erlasses des Reichs-Innenministeriums betreffend „Geisteskranke Ostarbeiter

Sterberaten der Anstalt Pfafferode in der NS-Zeit									
Jahr	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Gesamt-Patientenzahl	1.733	k. A.	k. A.	1.829	1.693	1.204	1.240	2.214	2.368
Sterbefälle	135	k. A.	k. A.	247	302	125	349	650	1.168
Sterberate [%]	7,8	9,1	9,3	13,5	17,8	10,4	28,1	29,4	49,3

Tabelle 4: Sterberaten der Anstalt Pfafferode 1936–1944 (Quelle: Faulstich 1998, S. 130, 206f. und 518)

und Polen“ vom 6. September 1944 sollten die Zwangsarbeiter für nur kurze Zeit psychiatrisch behandelt werden, um ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Gelang dies innerhalb von vier Wochen nicht, galten sie als „unheilbar“, und es lag nun im Ermessen des jeweiligen Ärztlichen Anstaltsleiters, was mit diesen Patienten geschehen sollte.⁶⁹ Die extrem hohe Sterberate des Jahres 1944 (vgl. Tabelle 4) spricht dafür, dass sie unter der Anstaltsleitung von Dr. Theodor Steinmeyer getötet wurden. Als Indiz für diese Annahme kann ein Brief herangezogen werden, den Steinmeyer am 4. November 1944 an seinen Freund und Kollegen Friedrich Mennecke⁷⁰ geschrieben hatte:

„Hier gehts zu wie im Bienenhaus. Ich glaube, ich habe Dir noch nicht geschrieben, dass ich jetzt hier auch noch die Ostarbeiterzentrale für Provinz und Land Sachsen, Thüringen und Anhalt habe. Dadurch habe ich die richtige Ostarbeiterinvasion hier. [...] Ich soll jetzt übrigens den gleichen Bau errichtet bekommen wie Falthauser, Du weist doch, was ich meine. Der Landeshauptmann hat die Kosten bereitwillig übernommen und es soll nun von Berlin aus in die Wege geleitet werden. Ich bin gespannt, ob alle zu überwindenden Schwierigkeiten aus dem Wege geräumt werden können. Ich kann mir kaum noch anders helfen.“⁷¹

Bei dem verschleiernd erwähnten „Bau“ handelte es sich um ein Krematorium, und mit den „Schwierigkeiten“, die „aus dem Wege geräumt werden“ müssen, war die katastrophale Überbelegung gemeint, angesichts derer sich Steinmeyer „kaum noch anders helfen“ konnte, als sich der Vielzahl von Patienten durch deren Tod zu entledigen.

Die geringeren Patientenzahlen der Jahre 1941 und 1942 sind damit erklärbar, dass im Jahr 1940 über 300 Patienten aus Pfafferode allein in die Heil- und Pflegeanstalt Altscherbitz deportiert worden sind.⁷² Außerdem sind 1940 etwa 90 Patienten in die Landesheil-Anstalt Uchtspringe verlegt worden.⁷³ Auch 1941 sind bis März zwei weitere Transporte mit insgesamt 63 Patienten nach Altscherbitz erfolgt.⁷⁴ Diese Abtransporte haben erheblich dazu beigetragen, dass 1941 und auch noch 1942 die Gesamt-Patien-

tenanzahl in der Anstalt Pfafferode im Vergleich mit den beiden Vorjahren deutlich reduziert war.

Die Anstalten Altscherbitz und Uchtsprunge dienten im Zusammenhang mit der „Aktion T 4“ ab 1940 als sog. „Zwischenanstalten“ für die Tötungsanstalten Brandenburg und Bernburg; Zwischenanstalten waren Sammelanstalten, von denen aus der Weitertransport in eine der sechs Gas-Mordanstalten erfolgte.⁷⁵

Insofern erfüllte die Anstalt Pfafferode eine Doppelfunktion im „Euthanasie“-Geschehen: Während der ersten „Euthanasie“-Phase war sie eine Primäranstalt, aus der Patienten über Zwischenanstalten in die „T 4“-Tötungsanstalten Brandenburg und Bernburg deportiert wurden,⁷⁶ um dort ermordet zu werden. In der zweiten Phase der „Euthanasie“ war die Pfafferoder Anstalt eine der Zielanstalten der Verlegungstransporte der „Aktion Brandt“ und später der „Ostarbeiter“-Transporte, in der die Krankenmorde „vor Ort“ fortgesetzt wurden. Indiz dafür sind die hohen und kontinuierlich steigenden Sterberaten der Anstalt.

Der Anstieg der Sterberate des Jahres 1939 um vier Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr ist u. a. auf die erheblich vermehrten Todesfälle innerhalb der ersten Kriegswochen und -monate zurückzuführen. Aus einem Schreiben der Verwaltung des Provinzialverbandes Sachsen an den Regierungspräsidenten in Erfurt vom 2. November 1939 betreffend die Nutzung des Friedhofs der Landesheilanstalt Pfafferode geht hervor, dass „der Friedhof der Landesheilanstalt noch die Belegungsmöglichkeit mit etwa 80 Toten [bietet]. Bei einem durchschnittlichen Jahresbedarf von 150 Gräbern ist er wahrscheinlich nach einem halben Jahre völlig belegt. Da aber die Sterbezahl im Oktober dieses Jahres jetzt bereits die doppelte Zahl sonstiger Monate erreicht hat und auch für die kommende Zeit mit einer Erhöhung der Todesfälle zu rechnen ist, wird der Friedhof in kurzer Zeit belegt sein. Es muss daher an die Frage herangetreten werden, ob die ersten Grabstellen aus dem Jahre 1912 wieder neu belegt werden können.“⁷⁷

Die Gründe für diese in der Zeit unmittelbar nach Kriegsbeginn auffallende Mortalitätssteigerung um 100 Prozent sind aufgrund dazu fehlender direkter Quellenbelege nicht bekannt. Es ist jedoch möglich, dass dies auf bereits frühe „Euthanasie“-Aktivitäten zurückzuführen ist, zumal der sächsische Provinzialverband davon ausging, dass in der Anstalt Pfafferode „auch für die kommende Zeit mit einer Erhöhung der Todesfälle zu rechnen ist“ und somit gegebenenfalls Kenntnis von geplanten und fortzusetzenden Patiententötungen hatte.

Die Tabelle 5 zeigt, dass die ersten beiden, in der Frühphase der „Aktion Brandt“ erfolgten Verlegungstransporte aus den Ricklinger Anstalten mit einer Sterberate von 94,3 Prozent die höchste Gesamt-Mortalität auf-

Sterberaten der während der zweiten „Euthanasie“-Phase in die Anstalt Pfafferode deportierten Patienten					
Jahr	Datum	Herkunftsanstalt	Anzahl der deportierten Patienten	Verstorben in Pfafferode	Sterberate [%]
1941	25.11.	Ricklinger Anstalten	147	139	94,6
	28.11.		28	26	92,9
	Σ		175	165	94,3
1942	09.01.	LHPA Arnsdorf	45	37	82,2
	13.01.		44	42	95,5
	Σ		89	79	88,8
	12.01.	Mädchenheim Bernburg	58	41	70,7
	14.01.	Neinstedter Anstalten	38	10	26,3
	10.02.	LHPA Teupitz	40	35	87,5
	29.02.	LHPA Merxhausen	27	21	77,8
	14.03.	Kropper Anstalten	65	47	72,3
	18.03.		62	51	82,3
	21.03.		64	53	82,8
	Σ		191	151	79,1
25.09.	PHPA Kortau	18	13	72,2	
25.09.	HPA Tapiau	82	62	75,6	
1943	20.02.	LHPA Düsseldorf- Grafenberg	297	251	84,5
	27.07.	PHPA Warstein	88	75	85,2
	08.09.	LHPA Lüneburg	300	260	86,7
	21.09.	LHPA Neuruppin	53	46	86,8
	22.09.		52	42	80,8
Σ	105		88	83,8	
1944	25.06.	LHPA Tiegenhof	25	15	60,0
	29.07.	LHPA Hildburghausen	271	211	77,9
	16.09.	PHPA Düren	77	28	36,4
1945	16.01.	LHPA Altscherbitz	97	35	36,1
	01.02.	LHPA Stadtroda	42	23	54,8
	11.02.	HPA Regensburg	100	34	34,0
Σ			2.120	1.597	75,3

Quellen: Faulstich 1998, S. 526; Sciffling 2008, S. 49; Fleberand 2014, S. 377

Tabelle 5: Sterberaten der Verlegungstransporte in die Anstalt Pfafferode 1941–1945 (LHPA = Landes-Heil- und Pflegeanstalt, PHPA = Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt)

70

weisen. Bemerkenswerterweise sind die Sterberaten der letzten vier Transporte Ende 1944 und 1945 demgegenüber deutlich geringer, während die übrigen 18 Transporte von 1942 bis 1944 eine Sterberate von insgesamt 80,5 Prozent aufweisen. Die Mortalität aller 24 Patienten-Transporte nach



Die Landesheil- und Pflegeanstalt Pfafferoode/Mühlhausen in den 1930er-Jahren

Pfafferoode beträgt 75,3 Prozent. Es sind also dreiviertel der während der zweiten „Euthanasie“-Phase in die Anstalt Pfafferoode deportierten 2.120 Patienten dort umgekommen.⁷⁸ Dabei erfolgte nur ein Teil dieser Transporte im Rahmen der „Aktion Brandt“; so wurden die 191 Patientinnen aus der Diakonissen-Anstalt Kropp bei Schleswig im März 1942 deshalb verlegt, weil „diese der Wehrmacht für Lazarettzwecke zur Verfügung gestellt werden soll“,⁷⁹ wie der Anstaltsleitung in einem Schreiben der „GeKraT“ vom 12. März 1942 mitgeteilt wurde. Somit hat die Anstalt Pfafferoode das nationalsozialistische Prinzip einer Verbindung von katastrophen- bzw. kriegsmedizinischen Erfordernissen und rassistischer Vernichtungspolitik in – ideologisch gesehen – idealer Weise erfüllt.

Selektionsprozesse und Tötungspraxis in Pfafferoode

Die dargestellten statistischen Ergebnisse zeigen, dass innerhalb der Anstalt Pfafferoode zielgerichtete Selektionen durchgeführt wurden, die kriterienabhängig zu frühzeitigen Tötungen von Patientinnen mit korrelierten hohen Sterbewahrscheinlichkeiten führten.

Die statistischen Ergebnisse erlauben keine Rückschlüsse darauf, welche Personen die Selektionen verantworteten bzw. durchführten und wie der Selektionsprozess gestaltet war. Da aber die Patientinnen in insgesamt zehn

unterschiedlichen Pflege-Häusern der Pfafferoder Anstalt untergebracht waren, müssen die Selektionskriterien ubiquitär für die gesamte Anstalt und damit unabhängig von einzelnen Personen oder Häusern gegolten haben und angewandt worden sein.

Die Luftaufnahme der Anstalt Pfafferode aus den 1930er-Jahren auf Seite 71 lässt die dezentrale Struktur der Anstalt nach dem Pavillon-System mit den einzelnen Pflege-Häusern erkennen. Wenngleich für Pfafferode nicht belegt, wurden auch hier wahrscheinlich in den einzelnen Pflege-Häusern „Selektions-Visiten“ durchgeführt, um die zur Tötung vorgesehenen Patienten auszuwählen. Ein solches Vorgehen war in vielen psychiatrischen Anstalten üblich; so wurde in der zweiten „Euthanasie“-Phase „die Auswahl der zu tötenden PatientInnen [...] dezentral, das heißt in der Anstalt selbst, vorgenommen, meist während der Visite.“⁸⁰ Anstatt das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen für den einzelnen Patienten kollegial zu diskutieren und festzulegen, wie dies in ärztlichen Visiten ansonsten geschieht, wurden hier auf der Grundlage der primär durch das Pflegepersonal erfolgten und in der Patientenakte dokumentierten Einschätzungen und Beurteilungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, des Behandlungsaufwandes und des Verhaltens die zur Tötung bestimmten Patienten ärztlicherseits selektiert. Am Beispiel des Anstaltsleiters Steinmeyer wird dieses Vorgehen noch ausführlicher dargestellt.

Im Gegensatz zu den anstaltsinternen Selektionsprozessen lässt sich das Selektionsgeschehen für die aus Pfafferode in die Tötungsanstalten zu deportierenden Patienten eindeutiger rekonstruieren. Der „T 4-Gutachter“ und Selektionsarzt Dr. Otto Hebold⁸¹ suchte während des Krieges über 90 Heil- und Pflegeanstalten auf, darunter auch die „Altscherbitzler Zulieferanstalten Magdeburg-Cracau, Haldensleben und Pfafferode“,⁸² um dort Patienten für den Abtransport in die Tötungsanstalten über Zwischenanstalten zu selektieren; er nahm von Mai 1940 bis März 1943 Selektions-„Begutachtungen“ von – nach eigenen Angaben – ca. 25.000 Patienten vor.⁸³ Dazu hatte er von seinem Vorgesetzten in der „T 4“-Hierarchie, dem „Obergutachter“ Prof. Dr. Hermann Paul Nitsche⁸⁴ die Anweisung erhalten, „dass wir bei der Einschätzung der Arbeitsleistungen und des Verhaltens der zu untersuchenden Insassen durchaus großzügig verfahren sollten. Mit großzügig meinte Nitsche [...], dass wir recht viele Anstaltsinsassen in ihren Arbeitsleistungen und ihrem Verhalten unterzubewerten hatten, damit die nach uns wertenden Gutachter bei ihrer Einschätzung zur Entscheidung des sogenannten Pflegefalls, welches gleichbedeutend mit der späteren Vergasung war, kamen.“⁸⁵

Otto Hebold äußerte in seinen Vernehmungen vom 3. bis 8. August 1964 im Rahmen des wegen seiner Mitwirkung am NS-„Euthanasie“-Pro-



Die „T 4“-Ärzte Valentin Falthäuser, Friedrich Mennecke und Otto Hebold in den 1940er-Jahren (v. l.)

gramm von der Staatsanwaltschaft Cottbus gegen ihn geführten Ermittlungs- und Strafverfahrens,⁸⁶ dass sich sowohl die Anstaltsleitung als auch das Pflegepersonal der Anstalt Pfafferode, die er zusammen mit den „T 4-Gutachtern“ Dr. Viktor Ratka und Dr. Gustav Schneider aufsuchte,⁸⁷ ihrer Selektionstätigkeit gegenüber äußerst kooperativ und zustimmend gezeigt hatte:

„Eine wichtige Station dieser Reise war die Überprüfung der Landesanstalt Mühlhausen-Pfafferode. In dieser Anstalt waren über 2000 Kranke untergebracht. [...] Nach unserer Ankunft meldeten wir uns bei dem Direktor Dr. Steinmeyer, der uns freundlich aufnahm. Bei unserer Arbeit ersahen wir, dass der Direktor dem Euthanasie-Programm gegenüber recht positiv eingestellt war, seine Mitarbeiter, Ärzte und Oberpfleger, sowie auch das gesamte Pflegepersonal in diesem Sinne geschult und vorbereitet hatte. Bei der Vorstellung und Begutachtung der einzelnen Kranken wurden uns nämlich ganz präzise Antworten und Hinweise über das Verhalten jedes einzelnen Kranken auf der Station gegeben. Auch erfuhren wir, wie

sich die Kranken gegenüber der Arbeit verhielten, ob sie sich überhaupt beschäftigten, ob sie die Arbeit von selbst taten oder täglich dazu angehalten werden mussten. [...] Durch die genauen Hinweise konnten wir die uns mitgegebenen Meldebögen auf verhältnismäßig einfache und schnelle Art vervollständigen. Wir stellten fest, dass in der Anstalt in der Hauptsache Schizophrene untergebracht waren, die zum großen Teil schon erheblich abgebaut, sogenannte Endzustände waren. [...] Da diese Insassen für keine nutzbringende Arbeit anzuhalten und reine Pflegefälle waren, war uns bei der Vervollständigung der Meldebögen bereits klar, dass sie als sogenannte „Verlegungsfälle“ in Frage kommen mussten. Bei solchen Insassen, die der Anstalt als relativ gute Arbeitskräfte zur Verfügung standen, wurden deren Leistungen entsprechend der Angaben des Pflegepersonals auf den Meldebögen festgehalten.“⁸⁸ In dieser Aussage Hebolds wird die herausragende Funktion des Pflegepersonals im „T4“-Selektionsprozess deutlich, die sich für die anstaltsinternen Patientenselektionen fortgesetzt haben dürfte.

Pflegepersonal als Mordhelfer

Hebold zufolge war ein derart kooperatives und der „Euthanasie“ gegenüber zustimmendes Verhalten des Anstaltspersonals die absolute Ausnahme; dies fand er außer in Pfafferode nur noch in Altscherbitz, Uchtsprunge, Stadtroda und Zwiefalten vor. In Anbetracht der mörderischen Absicht der Selektionen stieß Hebold insbesondere in kleineren Pflegeanstalten der Provinz Sachsen und Thüringens sowie in Heil- und Pflegeanstalten der rheinisch-westfälischen Region, die sich häufig in katholischer Trägerschaft befanden, auf entschiedenen Widerstand seitens des Anstaltspersonals bis hin zur kategorischen Weigerung, Auskünfte über Patienten zu erteilen.⁸⁹ Insofern war Widerstand gegen die Krankenmorde durchaus möglich und hätte ebenso gut vom Pfafferoder Pflegepersonal geleistet werden können.

Ebenso wenig, wie die dargestellten statistischen Verfahren und Ergebnisse Rückschlüsse auf den Selektionsprozess erlauben, können daraus Hinweise auf die Art und Weise bzw. auf die Methoden der Patiententötungen und darauf, wer die Tötungen vornahm, gewonnen werden.

Da, wie der Aussage Otto Hebolds zu entnehmen ist, das Pfafferoder Pflegepersonal den NS-„Euthanasie“-Maßnahmen gegenüber sehr aufgeschlossen und zustimmend war, ist von dessen Bereitschaft auszugehen, den Selektionen der Anstalts-Ärzte folgend zu töten. Außerdem ist es ergänzend dazu möglich, dass das Pflegepersonal unter Umgehung der anstaltsinternen hierarchischen Strukturen, also gleichsam ohne ärztliche Tötungs-Anordnung, auch selbst Patienten selektiert hat, die aufgrund einer somit entschiedenen medizinischen und pflegerischen Nicht-Versorgung forciert

Quantitative Entwicklung des Pflegepersonals 1934–1940							
Stichtag	Anzahl der Patienten			Anzahl des Pflegepersonals			Verhältnis Pflegekräfte/Patienten
	♂	♀	Σ	♂	♀	Σ	
2.6.1934	590	669	1.259	112	122	234	1 : 5,4
30.11.1936	587	612	1.199	107	107	214	1 : 5,6
1.1.1937	602	668	1.270	107	99	206	1 : 6,2
1.6.1938	563	625	1.188	103	91	194	1 : 6,1
4.10.1939	615	676	1.291	101	95	196	1 : 6,6
20.10.1940	647	669	1.316	69	56	125	1 : 10,5

Tabelle 6: Quantitative Entwicklung des Pflegepersonals der Anstalt Pfafferoode 1934–1940 (Quellen: Visitationsberichte sowie Patienten- und Personalbestandslisten, SAT Akten „Regierung Erfurt Nr. 21000“ und „Gesundheitsamt Mühlhausen Nr. 14“; Laehr 1937, S. 89)

und frühzeitig sterben sollten. Hierfür dürften die determinierenden Faktoren im Selektionsgeschehen Nahrungsmittelknappheit, Anstalts-Überbelegung und Personalmangel gewesen sein, wobei die beiden letztgenannten Aspekte das Pflegepersonal in besonderer Weise belastet haben.

Während in der ersten „Euthanasie“-Phase ausschließlich Ärzte zur Selektion und Ermordung der Patienten „berechtigt“ waren, hatte in der zweiten Phase auch das Pflegepersonal der Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten vielfältige Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die Patientenselektionen nun auch selbst vorzunehmen und – einerseits auf ärztliche Anordnungen, andererseits aber auch eigenmächtig – entweder direkt aktiv oder durch Unterlassung zu töten.⁹⁰

Wie bereits dargestellt, waren 1940 nur noch zwei Ärzte in der Anstalt Pfafferoode tätig, nachdem die Anstalt in der Vorkriegszeit mit sieben Ärzten (1934) bzw. acht Ärzten (1936) deutlich besser besetzt gewesen war.⁹¹ Wenngleich für die weitere Kriegszeit keine Angaben zur ärztlichen Besetzung überliefert sind, ist davon auszugehen, dass auch seit 1941 kontinuierlich nicht mehr als zwei bis drei Ärzte in Pfafferoode gearbeitet haben. Parallel zur Entwicklung der ärztlichen Besetzung gilt eine analoge Entwicklung auch für das Pflegepersonal, wie aus Tabelle 6 hervorgeht:

Der Anteil des Pflegepersonals an der Patientenzahl nimmt in der Kriegszeit gegenüber der Vorkriegszeit erheblich ab. Die Entwicklung einer kontinuierlich sinkenden Pflegekräfteanzahl ist auch für die Kriegsjahre ab 1941 zu erwarten; dies insbesondere in Hinsicht auf die männlichen Pflegekräfte als Folge ihrer Einberufungen zur Wehrmacht.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass das tatsächliche Verhältnis der qualifizierten Krankenpflegekräfte gegenüber den Patienten durchgängig erheblich schlechter war, weil in jedem der dargestellten Jahre ein jeweils

variierender Anteil der Pflegekräfte aus „Hilfspflegerinnen und -pflegerinnen“ und „Lernpflegerinnen und -pflegerinnen“ bestand. Für 1936 ist dokumentiert, dass lediglich 38 qualifizierte Krankenschwestern und 92 Krankenpfleger in Pfafferoode tätig gewesen sind, während das übrige gering qualifizierte Pflegepersonal aus einem „Lernpfleger“ und 14 „Hilfspflegerinnen“ sowie 61 „Lernpflegerinnen“ und acht „Hilfspflegerinnen“ bestand.⁹²

Für eine sich in Pfafferoode während der Kriegszeit drastisch verschärfende Personalnot spricht zudem, dass die im Haus „Lindenhof“ der Ricklinger Anstalten tätig gewesenenen 15 Diakonissen per Erlass des Reichsinnenministeriums in die Anstalt Pfafferoode „notdienstverpflichtet“ wurden und Rickling ebenfalls im November 1941 verlassen mussten. In Ausführung dieses Erlasses teilte der Oberpräsident der Provinz Schleswig-Holstein und NSDAP-Gauleiter Hinrich Lohse dem Landesverein für Innere Mission mit, dass das diakonische Pflegepersonal „nach Pfafferoode zunächst einmal endgültig überstellt werden“ solle.⁹³ Außerdem wurden noch sieben weitere nichtdiakonische Krankenschwestern und drei sog. „Stationsmädchen“ aus Rickling für die Pfafferooder Anstalt dienstverpflichtet.⁹⁴

Angesichts der zunehmend desolaten Personalsituation und einer in der Kriegszeit stetig steigenden Anzahl zu versorgender Patienten hat das Pfafferooder Pflegepersonal vermutlich aus der täglichen Pflegepraxis und -belastung heraus, also aus ganz pragmatischen Gründen eigenmächtig in solche Patienten selektiert, die pflegerisch weiterhin versorgt wurden und damit eine grundsätzlich bessere Überlebenschance hatten, und in solche, die bewusst und vorsätzlich nicht versorgt wurden.

Diejenige pflegerische Versorgungstätigkeit, die in Folge einer Unterlassung am „sichersten“ zum Tod der Patienten führt, ist die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit. Dies betrifft insbesondere Patienten, die krankheitsbedingt nicht selbst in der Lage sind, zu essen und zu trinken, also vor allem Patienten mit einem generell hohen Pflege- und Versorgungsbedarf. Unter Berücksichtigung der dargelegten Ergebnisse der Kaplan-Meier-Analysen waren es eben diese Patientinnen, die signifikant geringere Überlebenschancen hatten gegenüber den Patientinnen mit einem geringen Pflegeaufwand, die zur selbständigen Nahrungsaufnahme fähig waren und die in den allermeisten Fällen auch arbeitsfähig gewesen sind.

Marasmus: Mord durch Verhungernlassen

Für das systematische und selektive Verhungernlassen von Pfafferooder Patienten spricht ein Brief Theodor Steinmeyers an Friedrich Mennecke vom 20. März 1944, wonach „die Kartoffelration auf 150 g (!) pro Tag herabgesetzt ist. Es ist kaum noch die genügende Ernährung der produktiv ar-

beitenden Kranken sicherzustellen. Die Mortalität der anderen ist ohnehin phantastisch! [...] Wir sind bis unter das Dach belegt. [...] Wir mussten nun auch noch 300 Betten für den Ernstfall für Erfurter Krankenhäuser zur Verfügung stellen, dabei haben wir immer noch 1400 Kranke. Trotz des erheblichen Abgangs vermindert sich die Zahl kaum, da wir sehr viele Aufnahmen haben.“⁹⁵

Hier wird deutlich, dass nur noch arbeitsfähige Patienten ernährt wurden, während die arbeitsunfähigen sehr wahrscheinlich überhaupt keine Nahrung mehr erhielten und einer beabsichtigt „phantastischen Mortalität“ geopfert wurden, wie Steinmeyer zufrieden konstatierte. Derartige selektive Nahrungsmittelzuteilungen in Abhängigkeit von der Arbeitsfähigkeit und -leistung sind ab 1942 für die Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches generell virulent⁹⁶ und auch für andere Anstalten überliefert; so etwa für die Anstalten in Meseritz-Obrawalde oder in Irsee.⁹⁷

Dieser Hinweis darauf, dass die Patienten der Pfafferoeder Anstalt generell in solche selektiert wurden, die – um ihre Arbeitskraft auch weiterhin ausbeuten zu können – ernährt wurden und in diejenigen, die keine oder nur unzureichende Nahrung erhielten, weil sie unproduktiv und damit für den Anstaltsbetrieb „wertlos“ waren, finden ihre Bestätigung und Ergänzung in der Auswertung der Krankenakten.

Innerhalb der Untersuchungsgruppe ist der „Marasmus“ mit 55 Fällen ($\hat{=}$ 33,3 Prozent der verstorbenen Patientinnen) die häufigste Todesursache. Als Marasmus (altgriech. marainein; austrocknen, dahinschwinden) wird ein Protein- bzw. Energiemangelzustand bezeichnet, der in Folge des Abbaues aller Energie- und Eiweißreserven zum Krankheitsbild einer protein-energy-malnutrition (PEM) mit einer hochgradigen körperlichen Auszehrung führt. Die Ursachen liegen, wenn dafür ursächliche Erkrankungen ausgeschlossen werden können, in einer Unter- bzw. Mangelernährung mit Kohlenhydraten, Fetten und insbesondere Proteinen und weisen auf ein Verhungernlassen hin. Infolge des Proteinmangels bilden sich zumeist sog. Hungerödeme am Körperstamm (Aszites) und den Extremitäten aus.

Als zweithäufigste Todesursache ist mit 29 Fällen ($\hat{=}$ 17,6 Prozent) ein „Darmkatarrh“ dokumentiert. Ebenso wie der Marasmus weist auch ein Darmkatarrh auf einen vorangegangenen und anhaltenden Hungerzustand hin.⁹⁸ Bei einem Darmkatarrh handelt es sich um eine akute Entzündung der Darmschleimhaut (Enteritis bzw. Enterokolitis), die zumeist durch eine virale oder bakterielle Infektion hervorgerufen wird. Eine solche Infektion wird erheblich begünstigt durch eine vorangegangene oder begleitende Atrophie, also Rückbildung der Darmzotten, wie sie in Folge eines Hungerzustands auftritt. Diese Gewebeschädigung der Darm-

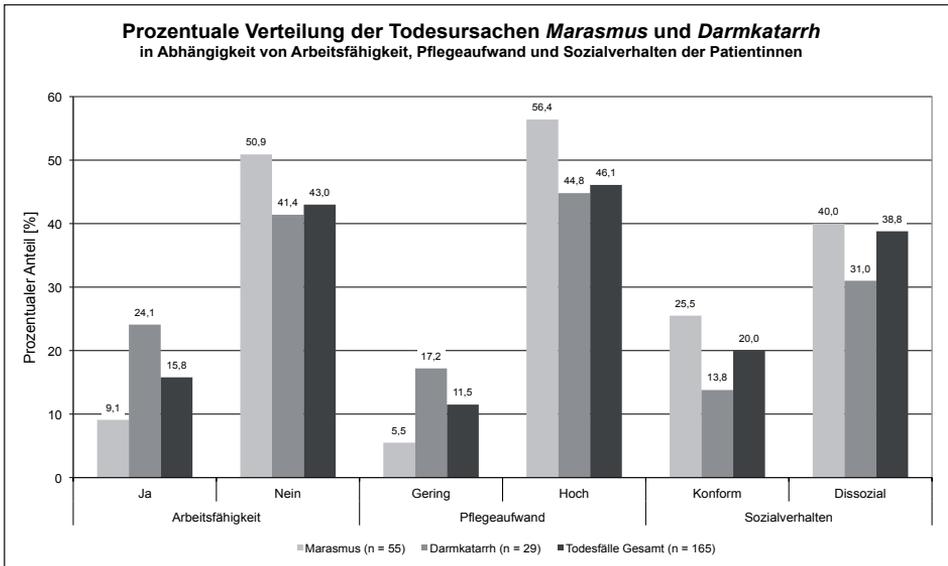


Diagramm 13: Kriterienabhängige Verteilung der Todesursachen „Marasmus“ und „Darmkatarrh“

schleimhaut begünstigt ihre Besiedelung mit Krankheitserregern und die Entstehung der akuten Entzündung, die sich als „Darmkatarrh“ mit massiven und anhaltenden Diarrhoen und auch Erbrechen manifestiert, der über hohe Flüssigkeits- und Elektrolytverluste ohne Substitution zum Tod führt. In keinem der Fälle ist eine Substitutionstherapie, die hätte lebensrettend sein können, in der Patientenakte dokumentiert. Überdies wird die Inzidenz der per fäkal-oralen Schmierinfektion übertragbaren Darminfekte durch die hohe Populationsdichte, also Überbelegung und generell schlechten hygienischen Verhältnissen der Anstalt erheblich gesteigert.

In 21 Fällen ist der letztlich zum Tode führende Darmkatarrh mit einem Marasmus assoziiert; hier ist die exakte, in der Krankenakte dokumentierte Todesursache „Marasmus bei Darmkatarrh“. Somit lassen die dokumentierten Todesursachen in insgesamt 84 Fällen (dies entspricht 51 Prozent der verstorbenen Patientinnen) eindeutig auf einen Hungertod schließen, dem bei allen 84 Frauen ein qualvoller Sterbeprozess vorausging.

Das Diagramm 13 zeigt die prozentuale Verteilung der Todesursachen „Marasmus“ und „Darmkatarrh“ in Abhängigkeit der drei Selektionskriterien „Arbeitsfähigkeit“, „Pflegeaufwand“ und „Sozialverhalten“. Dabei wird

Ella O. (12.9.1901 – 12.12.1943)
Körpergewichte und Body-Mass-Index 1937 und 1943
Diagnose: Progressive Paralyse • Todesursache: Lungentuberkulose

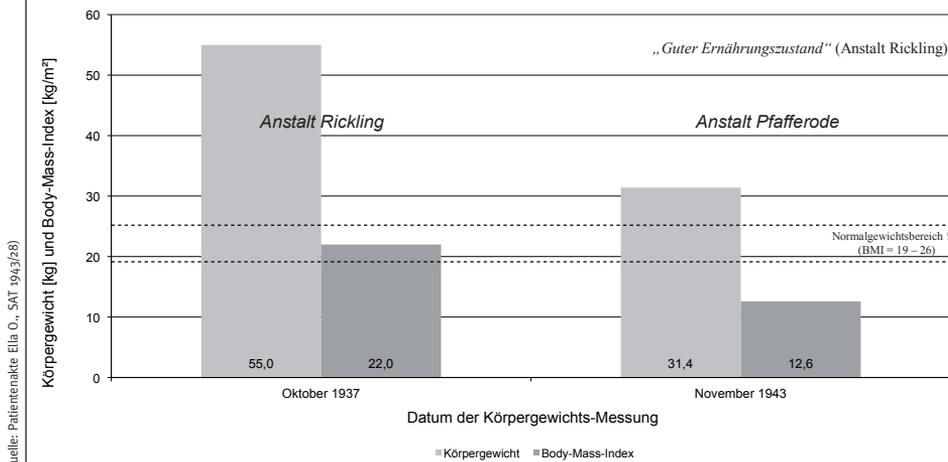


Diagramm 14: Körpergewicht und BMI von Ella O. im Oktober 1937 und im November 1943

aufwiesen. Demgegenüber waren diese Todesursachen bei den Patientinnen mit gegenteiligen Merkmalen nur gering verteilt. Dies trifft insbesondere auf das Kriterium „Pflegeaufwand“ zu; auf die Subgruppe „Geringer Pflegeaufwand“ treffen lediglich 5,5 Prozent aller Marasmus-Todesfälle zu.

Vor allem die extrem hohen Partialwerte für das Merkmal „Hoher Pflegeaufwand“ mit 56,4 Prozent der Marasmus-Todesfälle (Darmkatarrh 44,8 Prozent) sind ein starkes Indiz dafür, dass derartige Patientinnen, die besonders pflege- und damit arbeitsintensiv waren und das Pflegepersonal erheblich belasteten, vom Pflegepersonal durch selektiven Nahrungsentzug zu Tode gebracht wurden.

Als valides Maß für den Ernährungsstatus eines Menschen kann der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen werden. Der BMI ist definiert als der Quotient aus dem Körpergewicht und dem Quadrat der Körpergröße ($BMI = \text{Körpergewicht [kg]} / \text{Körpergröße}^2 [\text{m}]$). Der Grenzwert zwischen Normal- und Untergewicht liegt für Frauen altersabhängig bei einem BMI von 19 bis 21. Der Normalgewichtsbereich befindet sich zwischen BMI-Werten von 19 bis 26 für jüngere und für Frauen mittleren Alters.

Zur Berechnung müssen das Gewicht und die Größe der Patientin bekannt sein. In 24 der 147 Patientenakten sind Körpergewichtsangaben dokumentiert; diese sind aber nicht alle während der Aufenthaltszeit in Pfaferode erhoben worden, sondern teilweise in vorherigen Anstalten, davon zwölf in Rickling. Für Pfaferode sind in acht Fällen Gewichtsanga-

ben verzeichnet. In einem Fall sind Größe und Gewicht sowohl in Rickling als auch in Pfafferoode erhoben worden, so dass für die Patientin Ella O. ein Vergleich zwischen den beiden Anstalten bzw. die Darstellung der Entwicklung ihres Ernährungsstatus möglich ist.

Das Diagramm 14 zeigt sehr eindrücklich die rapide Abnahme des Körpergewichts der Patientin Ella O. zwischen ihrem Aufenthalt in Rickling und in Pfafferoode von 55 auf 31 Kilogramm einhergehend mit dem Abfall des BMI von 22,0 und damit Normalgewicht in Rickling auf 12,6 in Pfafferoode, was einem extrem lebensbedrohlichen Untergewicht entspricht. So ist es nicht verwunderlich, dass die Patientin mit einem derartig geringen BMI nur einen Monat nach der Körpergewichtsmessung verstarb. Sollte die in der Akte dokumentierte „Lungentuberkulose“ die tatsächliche Todesursache gewesen sein, lässt sich nicht entscheiden oder anhand der Krankenakte feststellen, ob Ella O. schließlich in Folge der Tuberkulose, die im Verlauf ihrerseits zu einer Gewichtsabnahme führt, oder des extremen Untergewichts verstorben ist. In jedem Fall hat das Pflegepersonal keinerlei Ambitionen gehabt, dem rapiden Gewichtsverlust durch die Darreichung von Nahrung entgegenzuwirken.

Der Verlauf der Körpergewichtsentwicklung wohl sehr vieler Patienten und Patientinnen in der Anstalt Pfafferoode ist exemplarisch und eindrücklich anhand von neun Körpergewichtsmessungen von Januar bis September 1942 in der Krankenakte von Elsa K. (Diagramm 15) dokumentiert.

Im Ricklinger Anteil der Patientenakte wird ihr Ernährungszustand als „zufriedenstellend“ beurteilt (vgl. Tabelle 8, S. 83); insofern ist davon auszugehen, dass Elsa K. zum Zeitpunkt ihrer Verlegung nach Pfafferoode noch normalgewichtig war. Bei einem Körpergewicht von 45,5 kg und einer Körpergröße von 1,67 m hatte sie einen BMI von 16,3 im Januar 1942 und war damit, unter Berücksichtigung ihres Alters von 45 Jahren, einen Monat nach Aufnahme in Pfafferoode bereits stark untergewichtig. Folglich muss sie im Verlauf von nur vier bis sechs Wochen einen extremen Körpergewichtsverlust erlitten haben. Dies und die weitere kontinuierliche Gewichtsabnahme bis September 1942 auf 38,0 kg bei einem vital bedrohlichen BMI von 13,6 deutet darauf hin, dass Elsa K. in Pfafferoode – wenn überhaupt – nur vollkommen unzureichende Nahrung erhalten hat und im Oktober im Alter von 45 Jahren den Hungertod starb, was durch die Todesursache „Darmkatarrh“ bestätigt wird.

Die am 5. Mai 1897 geborene Elsa K. war seit 1933 an Schizophrenie erkrankt. Sie war verwitwet und hatte vier Kinder, die jedoch weder während ihrer Anstaltsaufenthalte in Rickling noch in Pfafferoode Kontakt mit ihrer Mutter hatten. Während sie in den Ricklinger Anstalten im hauswirtschaftlichen Bereich beschäftigt wurde, galt sie in Pfafferoode als beschäftig-

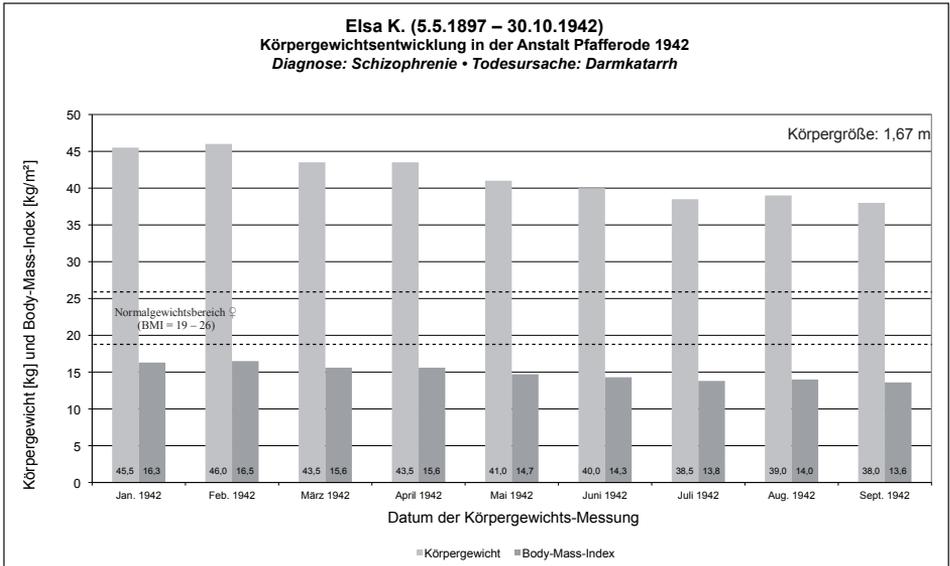


Diagramm 15: Körpergewicht und BMI von Elsa K. im Januar 1942 und im September 1942

gungsunfähig. In der Krankenakte wird Elsa K. als inkontinent und generell „sehr unsauber“ dargestellt; ihr Verhalten gegenüber Mitpatienten und Pflegepersonal sei gewalttätig und häufig erregt und agitiert, also dissozial gewesen (vgl. Tabelle 8, S. 83).

Die Tabelle 7 zeigt für zwölf Patientinnen die BMI-Werte während ihres Aufenthaltes in den Ricklinger Anstalten, also in der Vorkriegszeit. Vier von ihnen (Dorothea H., Anna R., Frieda W. und Noline S.) weisen ein diskretes Übergewicht auf. Weitere sechs sind normalgewichtig (Christine N., Magdalena G., Luise S., Else B., Ella O. und Charlotte F.). Lediglich zwei der Patientinnen (Lucie H. und Katharina R.) weisen mit BMI-Werten um 17 ein Untergewicht auf; in den Krankenakten ist hierzu jeweils ein „mäßiger Ernährungszustand“ vermerkt.

Für Lucie H. ist ein Untergewicht mit BMI-Werten zwischen minimal 16,4 und maximal 18,6 damit zu erklären, dass ihre angeborene Imbezillität⁹⁹ gemäß der Krankenakte mit häufigen starken Erregungs- und Unruhezuständen und einem permanenten und ausgeprägten Bewegungsdrang einherging, der sich offenbar als körperlich sehr zehrend und erschöpfend und konsekutiv gewichtsreduzierend auswirkte. Dieses Verhalten zeigte sich auch dauerhaft in Pfafferode, so dass am 26. Januar 1944 in der medizinischen Verlaufsdokumentation vermerkt ist, dass „nachdem die Patientin in den letzten Wochen nahezu ununterbrochen getobt hatte, heute ganz plötzlicher Exitus an Herzversagen im Erregungszustand“¹⁰⁰ eintrat.

BMI-Werte von 12 Patientinnen in Rickling							
Patientin	Zeitpunkt und Anzahl der KG-Messungen	Body-Mass-Index			Darstellung des Ernährungszustands (EZ) in der Patientenakte		Todesursache
		Einzelwert	\bar{x}	\tilde{x}	Rickling	Pfafferode	
Dorothea H.	10/1937 1	32,2	–	–	Guter EZ	K. A.	Marasmus
Anna R.	01/35 – 10/37 3	–	31,6	31,0	Guter EZ	K. A.	Lungen-Tuberkulose
Frieda W.	12/1937 1	30,8	–	–	Guter EZ	Zufriedenstellender EZ	Bronchitis
Nicoline S.	10/1937 1	28,4	–	–	Ausreichender EZ	K. A.	Herzinsuffizienz
Christine N.	01/35 + 10/37 2	–	24,0	24,0	Ausreichender EZ	Sehr schlechter EZ	Marasmus
Magdalena G.	10/1937 1	23,8	–	–	Guter EZ	K. A.	Marasmus
Luise S.	04/35 + 10/27 2	–	23,6	23,6	Ausreichender EZ	Sehr abgemagert	Marasmus
Else B.	06/1937 1	22,1	–	–	Guter EZ	K. A.	Marasmus
Ella O.	10/1937 1	22,0	–	–	Guter EZ	K. A.	Lungen-Tuberkulose
Charlotte F.	04/38 – 11/41 6	–	20,1	20,4	Guter EZ	K. A.	Marasmus
Lucie H.	12/35 – 10/40 13	–	17,4	17,4	Mäßiger EZ	K. A.	Herzversagen im Erregungszustand
Katharina R.	01/35 – 10/37 3	–	16,7	16,8	Mäßiger EZ	Sehr abgemagert	Marasmus

Tabelle 7: BMI-Werte von 12 Patientinnen in Rickling (\bar{x} = arithmetischer Mittelwert; \tilde{x} = Medianwert; KG = Körpergewicht; K.A. = Keine Angabe; Quellen: 12 Patientenakten (SAT))

Für die als „schwachsinnig“ diagnostizierte Katharina R. gibt die Patientenakte keine Hinweise darauf, weshalb sie bereits in Rickling untergewichtig war; ihr untergewichtiger Zustand setzte sich in Pfafferode fort, so dass sich für Mai 1944 der Krankenakteneintrag findet, dass sie nunmehr sehr abgemagert sei. Katharina R. starb am 24. Mai 1944 an Marasmus.

In der Tabelle 8 sind die BMI-Werte von acht Patientinnen verzeichnet, die für die Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt Pfafferode ermittelbar sind. Lediglich die am 29. Mai 1880 geborene Anna G. war normalgewichtig, wengleich in ihrer Krankenakte ein kontinuierlicher Gewichtsverlust von 75,5 kg im Januar 1942 auf 55,0 kg im März 1943 dokumentiert wurde.

BMI-Werte von 8 Patientinnen in Pfafferoode										
Patientin	Zeitpunkt und Anzahl der KG-Messungen	Selektionskriterium (Pfafferoode)			Body-Mass-Index			Darstellung des Ernährungszustands (EZ) in der Patientenakte		Todesursache
		AF	PA	SV	Einzelwert	\bar{x}	\tilde{x}	Rickling	Pfafferoode	
Anna G.	01/42 – 03/43 15	Ja	K.A.	wechselnd	–	24,6	23,7	Guter EZ	K.A.	Herzinsuffizienz
Anna W.	01/42 – 09/42 9	Nein	hoch	K.A.	–	18,0	17,7	K.A.	K.A.	Marasmus
Emma D.	01/42 – 09/42 9	Nein	hoch	dissozial	–	17,3	17,1	Guter EZ	K.A.	Darmkatarrh
Olga S.	01/42 – 09/42 9	Ja	K.A.	wechselnd	–	16,4	15,9	K.A.	K.A.	Darmkatarrh
Ida D.	01/42 – 09/42 9	Nein	hoch	dissozial	–	15,4	14,9	K.A.	K.A.	Darmkatarrh
Elsa K.	01/42 – 09/42 9	Nein	hoch	dissozial	–	14,9	14,7	Zufriedenstellender EZ	K.A.	Darmkatarrh
Franziska B.	11/1943	Ja	gering	dissozial	14,4	–	–	Guter EZ	Schlechter EZ	Lungen-Tuberkulose
Ella O.	11/1943 1	Nein	hoch	konform	12,6	–	–	Guter EZ	K.A.	Lungen-Tuberkulose

Tabelle 8: BMI-Werte von 8 Patientinnen in Rickling (AF = Arbeitsfähigkeit; PA = Pflegeaufwand; SV = Sozialverhalten; Quellen: 8 Patientenakten, SAT)

Bei einer Körpergröße von 1,63 m war sie im Januar 1942 mit einem BMI von 28,4 normal- bis leicht übergewichtig, da der BMI-Maximalwert für Frauen im Alter bis 64 Jahren bei 28 liegt. Auch im März 1943 war sie mit einem BMI von 20,7 normal- bis geringfügig untergewichtig, so dass der arithmetische Mittelwert aller 15 Messungen 24,6 beträgt und damit durchgängig Normalgewicht bestand.

Allerdings weist der Gewichtsverlust von 20 Kilogramm innerhalb eines Jahres eindeutig auf eine Hungerkost hin, zumal andere, etwa krankheitsbedingte Gründe dafür in der Krankenakte nicht feststellbar sind. Die an einer Bipolaren Psychose¹⁰¹ erkrankte Frau verstarb im Alter von 62 Jahren am 14. April 1943 an einer „Herzschwäche bei Herzmuskelentartung“. Die in der Krankenakte angegebene Todesursache kann durchaus angezweifelt werden, weil in Pfafferoode zu keinem Zeitpunkt eine internistische oder kardiologische Untersuchung der Patientin bzw. dazu geeignete diagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden, so dass diese todesursächliche Diagnose gar nicht gestellt werden konnte. Außerdem sind in der Patientenakte keinerlei Hinweise auf Ursachen oder Symptome einer „Herzmuskelentartung“ (Myodegeneratio cordis) oder einer Herzinsuffizienz dokumentiert. So bleiben die tatsächlichen Todesumstände von Anna G. unklar.

Die übrigen sieben Patientinnen waren in Pfafferoode allesamt untergewichtig; darunter Ella O., die auch in der Tabelle 7 verzeichnet ist. Fünf



Quelle: Kiblik 2012

Dr. Theodor Steinmeyer in den 1940er-Jahren

von ihnen verstarben dementsprechend am Marasmus bzw. an einem Darmkatarrh, also infolge eines Hungerzustands.

Schließlich ist bemerkenswert, dass sich der Vermerk eines „guten“ oder „zufrieden stellenden“ Allgemein- und Ernährungszustands immer nur in den Antwortschreiben der Pfafferoder Anstalt an Familienangehörige auf deren Anfragen nach dem Gesundheitszustand und Befinden der Patientin findet. Hingegen sind derartige Einträge in den medizinischen und pflegerischen Verlaufsdocumentationen in keiner der untersuchten Patientenakten zu finden. Daher ist anzunehmen, dass diese positiven Mitteilungen an die Angehörigen gelogen waren und – um etwaigen Protesten vorzubeugen – deren Beruhigung und der Verschleierung der tatsächlichen katastrophalen Ernährungssituation der Patientinnen dienten.

Theodor Steinmeyer – ein psychiatrischer Mörder

Neben den Tötungen durch Nahrungsentzug und durch pflegerische und medizinische Nichtversorgung wurde in der Pfafferoder Anstalt auch „aktiv“ gemordet. Dies ist für die Person Theodor Steinmeyers unzweifelhaft belegt.

Theodor Steinmeyer war als Nachfolger von Dr. Kurt Schroeder ab dem 1. Oktober 1942 kommissarisch und ab dem 1. April 1943 bis zum 17. Mai 1945 regulär als Ärztlicher Anstaltsleiter in Pfafferode tätig.¹⁰² In seiner Amtszeit stieg die Anstaltsmortalität gegenüber den Vorjahren deutlich und kontinuierlich an (vgl. Tabelle 4, S. 86). „Als kompetenter Facharzt war dieser stramme Parteigänger Hitlers vor seiner Berufung in jenes Amt nicht hervorgetreten, dafür umso mehr als unbedingter Anhänger der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik.“¹⁰³

Der am 7. Dezember 1897 in Oettingen geborene Steinmeyer war nach dem Medizinstudium zunächst als Praktischer Arzt in Nürnberg tätig. Ab 1929 arbeitete er während und nach der nervenärztlichen Facharzt Ausbildung in der Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt Wehnen und wurde 1934 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Bremen. In dieser Eigenschaft war er ab Januar 1934 ärztliches Mitglied des „Erbgesundheitsgerichtes“ in Oldenburg. Im November 1939 wechselte Steinmeyer als Anstaltsleiter an

die westfälische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Marsberg, „wo er im Rahmen des gerade angelaufenen Kindereuthanasie-Programms eine der ersten „Kinderfachabteilungen“ einrichtete.“¹⁰⁴ Nachdem sich Steinmeyer derart als engagierter Praktiker der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ empfohlen hatte, war er von März 1941 bis März 1943 einer der ärztlichen „Gutachter“ der „T 4-Euthanasie“-Zentrale in Berlin. Parallel zu dieser Schreibtischtäterschaft war er ab Januar 1942 bis vermutlich Ende März 1942 zudem stellvertretender Direktor der Mordanstalt in Bernburg; in seiner Amtszeit wurden dort u. a. zahlreiche invalide KZ-Häftlinge im Rahmen der „Euthanasie“-Aktion „14f13“ ermordet.

Im Oktober 1942 kehrte Steinmeyer mit der Übernahme der Anstaltsleitung in Pfafterode endgültig und ausschließlich in die Praxis der Patiententötungen zurück. Damit beschritt er einen Weg, den auf Veranlassung Herbert Lindens¹⁰⁵ viele ehemalige „T 4“-Ärzte gingen. Nachdem die „planwirtschaftlichen Maßnahmen [gemeint ist die „Euthanasie“; E. H.] in den Heil- und Pflegeanstalten auf Grund höherer Entscheidung z. Zt. nicht weiter fortgeführt werden“¹⁰⁶, sollten die somit „entbehrlich gewordenen“¹⁰⁷ Ärzte in leitende Positionen in den Psychiatrischen Provinzial-Anstalten des Reiches berufen werden. Linden begründete dies damit, „dass die von der Reichsarbeitsgemeinschaft durchgeführten Maßnahmen [gemeint ist die „Euthanasie“; E. H.] zu gegebener Zeit wieder aufleben werden.“¹⁰⁸ Für die nach dem „Endsieg“ geplante Fortsetzung des staatlich-zentralistisch und planwirtschaftlich organisierten Genozids Kranker und Behinderter sei „das Vorhandensein eines diese Maßnahme unbedingt behandelnden Direktors von außerordentlicher Wichtigkeit.“¹⁰⁹

Diese Anforderung erfüllte Steinmeyer zweifelsfrei vollkommen; mit seiner Vita war der bereits früh, nämlich schon 1929 in die NSDAP eingetretene Steinmeyer die nationalsozialistische Idealbesetzung des Chefarztes einer Psychiatrischen Tötungsanstalt, zu denen Pfafterode spätestens seit seinem Amtsantritt, sehr wahrscheinlich aber auch schon viel früher gehörte.

In dem bereits genannten Schreiben an Friedrich Mennecke vom 20. März 1944 bekundet Steinmeyer zwar indirekt, aber doch recht freimütig und mit großem Eifer seine weiteren Mordabsichten: „Ich arbeite übrigens hier eifrig an der Sache weiter! [...] Es ist bedauerlich, ich hätte Ihnen so viel zu schreiben, [...] aber gerade das, was ich Ihnen schreiben möchte, kann ich dem Papier nicht anvertrauen.“¹¹⁰

Mit der „Sache“, die aus Geheimhaltungsgründen „dem Papier nicht anvertraut“ werden konnte, war unzweifelhaft der fortgesetzte Patientemord gemeint, wie aus dem gesamten übrigen Briefkontext hervorgeht. Zu einem nicht genau bekannten Zeitpunkt hatte Steinmeyer in Pfafterode die beiden Pflegehäuser 17 (Frauen) und 18 (Männer) in Tötungsstationen

umfunktioniert, zu denen außer ihm nur solche Mitarbeiter Zutritt hatten, die sein unbedingtes Vertrauen genossen. In diese beiden Häuser wurden auf Anweisung Steinmeyers die zuvor durch ihn als „lebensunwert“ selektierte Patienten verbracht, um hier durch die Verabreichung von Medika-



Quelle: Wikipedia

Das in Pfafferode für Patientenmorde verwendete Barbiturat „Veronal“

menten (vorzugsweise Sedativa und Narkotika) in letaler Dosierung durch Steinmeyer selbst ermordet zu werden. Die Verlegungen in die Häuser 17 und 18 durften durch das Pflegepersonal in der jeweiligen Patientenakte nicht vermerkt werden. Zur Tötung verwendete Steinmeyer besonders häufig das Barbiturat (umgangssprachlich „Schlafmittel“) „Veronal“, das intravenös injiziert in hoher Dosierung zu einer zentralen Atemdepression mit konsekutivem Herz-Kreislauf-Versagen und damit zum Tod führt.¹¹¹

Die Tötungen erfolgten derart, dass der Oberpfleger Gustav Völker, der als Leiter der nationalsozialistischen Betriebszelle Pfafferode ideologisch äußerst zuverlässig war und somit das besondere Vertrauen Steinmeyers genoss, mehrfach wöchentlich in der Anstaltsapothek e eine sehr hoch dosierte

Lösung „Veronal“ herstellte, die nach Beauftragung durch Steinmeyer von den in den beiden „Sterbehäusern“ tätigen Pflegekräften abgeholt wurde. Das Barbiturat wurde sodann von Steinmeyer seinen Mordopfern injiziert.¹¹²

Dies geht aus Nachkriegsaussagen von Pfafferoder Pflegepersonal und insbesondere des Oberarztes Willibald Haeuptner hervor, der unmittelbar nach Kriegsende Strafanzeige gegen Steinmeyer wegen Mordes erstattet hatte. Dem im Ermittlungszusammenhang vernommenen Pflegepersonal erschien die Anzahl der in den Häusern 17 und 18 aufgetretenen Todesfälle ungewöhnlich hoch; vor dem Hintergrund der ohnehin enorm hohen Mortalität in der gesamten Pfafferoder Anstalt legen diese Äußerungen nahe, dass die Sterblichkeit in diesen beiden Häusern demgegenüber noch deutlich höher lag. Der gegen Steinmeyer erhobene Mordvorwurf wurde zudem durch die Aussage der Oberpflegerin Lüders erhärtet, wonach Steinmeyer die Visiten in den Häusern 17 und 18 stets allein durchgeführt habe.

Der mit den Ermittlungen gegen Steinmeyer befasste Kriminalinspektor Schwarz äußerte dazu in seinem Ermittlungsbericht zusammenfassend, dass „die hohe Sterblichkeit der von Steinmeyer behandelten Kranken die

Vermutung [provoziere], dass diese keines natürlichen Todes gestorben seien. Ihr Tod mochte durch überhöhte Gaben jener Medikamente herbeigeführt worden sein, die vom Pflegepersonal bei dessen Verhör genannt und als in der psychiatrischen Praxis gebräuchliche Schlafmittel bezeichnet wurden. Wahrscheinlich habe Steinmeyer den Patienten die tödliche Dosis bei seinen Visiten verabreicht, die er, nach Aussage der Oberpflegerin, stets ohne Zeugen abgehalten habe.¹¹³ Diese Aussagen bestätigen die bereits vermutete Nutzung der ärztlichen Visiten für die Patientenselektionen und legen dieses Vorgehen auch für die übrigen Pflegehäuser nahe.

Gemäß der 147 untersuchten Patientenakten sind insgesamt 41 der Ricklinger Patientinnen (28 Prozent) nach ihrer Ankunft in der Anstalt Pfafferoode primär im Haus 17 aufgenommen worden. Ob sie alle während der gesamten Aufenthaltszeit in Pfafferoode dort verblieben oder anstaltsintern weiterverlegt wurden, geht aus den Akten nicht hervor.

Fünf dieser Patientinnen sind vor dem Amtsantritt Steinmeyers als Anstaltsleiter – also vor dem 1. Oktober 1942 – verstorben. Die übrigen 36 Patientinnen sind nach seinem Amtsantritt verstorben (1942: 2, 1943: 6, 1944: 28), wobei die deutliche Häufung im Jahre 1944, also dem Jahr mit der generell höchsten Sterberate der Anstalt, auffallend ist. Sollten diese 36 Frauen seit ihrer Anstaltsaufnahme im Haus 17 von dort nicht anstaltsintern verlegt worden, sondern dort verblieben sein, sind sie Mordopfer von Theodor Steinmeyer gewesen.

Theodor Steinmeyer hat nach seiner Verhaftung durch US-amerikanische Soldaten am 18. Mai 1945 acht Tage später, am 26. Mai 1945 in seiner Gefängniszelle mit „Veronal“ – also demselben Medikament, mit dem er seine zahlreichen Opfer ermordet hat – Suizid begangen, um sich einem Strafprozess und seiner Verurteilung zu entziehen.¹¹⁴

Resümee

Wie einleitend erläutert, besteht auch für die Heil- und Pflegeanstalt Pfafferoode das Problem, dass die schriftlichen Quellen aus der NS-Zeit keine direkten Hinweise auf Beteiligungen an „Euthanasie“-Maßnahmen liefern. Schriftstücke, die vermutlich derartige Hinweise enthielten, sind von Theodor Steinmeyer „unmittelbar vor und nach dem Einmarsch US-amerikanischen Militärs“¹¹⁵ im Kesselhaus der Pfafferooder Anstalt verbrannt worden. Hinsichtlich der Täterschaft Steinmeyers sind für die Nachkriegszeit justitiable Zeugenaussagen belegt, aus denen eindeutig hervorgeht, dass er Patienten in großer Zahl ermordet hat.

Allein die Tatsache, dass mit Steinmeyer nicht nur ein „Euthanasie“-Befürworter, sondern auch -Täter ärztlicher Direktor in Pfafferoode war, lässt

Heilanstalt Pfafferode, das Auschwitz Mühlhausens!

Wir alle wissen, daß Geistesranke, Geisteschwache usw. in radikaler Weise von Himmeler und Konsorten vernichtet und ausgemerzt wurden. Entweder wurden sie den einzelnen Konzentrationslagern zugeführt, wo sie von „erfahrenen“ H-Aerzten entweder vergiftet, verbrannt oder als Versuchsobjekte für „wissenschaftliche Forschungsarbeiten“ benutzt

wurden und dabei zugrunde gingen, oder aber die Aerzte der einzelnen Heilanstalten nahmen ihren Kollegen von der H die Arbeit ab, indem sie die Kranken ermordeten. Auch Dr. Steinmeyer von Pfafferode schien sich recht ausgiebig dieser Methode bedient zu haben. Polizeinspektor Jaritz teilt der Öffentlichkeit deshalb mit:

Ein Blick in die Heilanstalt Pfafferode

Seit 1942 war ein gewisser Herr Dr. Theodor Steinmeyer als Direktor der Landesheilanstalt Pfafferode eingesetzt. Während seiner Dienstobliegenheiten in der Landesheilanstalt waren ihm die Kranken auf Leben und Tod übergeben worden.

Nach vorliegenden Berichten sind in der Zeit vom 9. Januar 1942 bis 11. Februar 1945 1643 Kranke aus verschiedenen Heil- und Pflegeanstalten nach Pfafferode verlegt worden, von denen in der genannten Zeit 1038 Kranke starben.

In den Jahren 1942 bis 1945 starben bei einer Gesamthelegenschaftsstärke von 3701: 2420 Kranke. Die Sterblichkeitsziffer wurde dadurch gefördert, indem die Kranken aus den Häusern der Landesheilanstalt auf Anordnung des Dr. Steinmeyer in die Häuser 17 und 18 verlegt wurden. Hier wurde den Kranken ein schnelles Ende bereitet.

Dr. Steinmeyer wurde von der CIC, am 18. Mai 1945 verhaftet und hat mit demselben Gift, das er auch seinen Kranken verabreichte, am 26. Mai 1945 Selbstmord verübt.

Frau Steinmeyer, die zur Zeit in der Wanfrieder Landstraße 81a wohnt, hat nach Mitteilung der Belegschaft von Pfafferode auf einem Tauschwege von dem jetzigen Anstaltsdirektor Dr. Häuptner ca. 72 Zentner Braunkohlen erhalten. Außerdem soll sie noch weitere 40 Zentner im Keller gelagert haben. Sie verfügt also trotz der großen Krise über einen Vorrat von ca. 110 Zentnern Heizmaterial.

Die Beurteilung über die Zusammenarbeit des Herrn Dr. Häuptner mit der Familie Steinmeyer wird der Öffentlichkeit überlassen.

Jedes weitere Kommentar ist hier überflüssig!

„Thüringer Volkszeitung“ vom 3. Januar 1946

aufgrund der damit gegebenen historischen Plausibilität auch Patiententötungen durch weiteres Anstaltspersonal in erheblichem Umfang vermuten. Diese hypothetische Annahme wird durch die dargestellte statistische Analyse mittels des Kaplan-Meier-Verfahrens und der Signifikanzprüfungen, angewandt auf die Stichprobe der im November 1941 aus Rickling nach Pfafferode verlegten Patientinnen, mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit verifiziert.

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung für eine Patienten-Selektion nach jenen typischen „Euthanasie“-Kriterien, die auch in anderen Anstalten gängige Praxis waren, wie exemplarisch für die Anstalt Königslutter gezeigt werden konnte und wie sie auch während der ersten Phase der NS-„Euthanasie“ bis Sommer 1941 angewandt wurden. Wengleich bisher nicht für alle in die „Euthanasie“-Maßnahmen involvierten Heil- und Pflegeanstalten untersucht, gab es offenbar bezüglich der Kriterienwahl keine wesentlichen Unterschiede zwischen den „Euthanasie“-Phasen der „Aktion T 4“ und der durch die „Aktion Brandt“ dominierte zweite „Euthanasie“-Phase, wobei die Krankenmorde der ersten Phase wohl noch in einem sehr viel größeren Maße ideologisch motiviert waren, weil sie ausschließlich von nationalsozialisti-



Gedenkstein für die Opfer der NS-„Euthanasie“ im Foyer des Ökumenischen Hainich-Klinikums Mühlhausen

schen „Überzeugungstätern“ geplant und durchgeführt wurden.

In der zweiten Phase wich die primär eugenisch und rassenideologisch ausgerichtete Motivation der „Geisteskranken“-Morde vor dem Hintergrund der propagierten „Gesundung des Volkskörpers“ mit dem Ziel der „Aufartung des deutschen Blutes“ zunehmend den Bedingungen und Erfordernissen des Krieges; die determinierenden Faktoren des Selektionsprozesses waren nunmehr Nahrungsmittelknappheit, Anstaltsüberbelegung und Personalmangel.

Heute wird an die Opfer der „Euthanasie“ in der Landesheilanstalt Pfafferoode mit einem Gedenkstein im Ökumenischen Hainich-Klinikum Mühlhausen erinnert. Der Gedenkstein wurde am 7. Oktober 2000 im Foyer des Zentralgebäudes in einer Feierstunde enthüllt. Für die aus Rickling nach Pfafferoode deportierten Patientinnen wurde ebenfalls im Jahre 2000 eine Gedenktafel mit den Namen der Patientinnen sowie ihrem Geburts- und Sterbedatum in der Evangelischen Kirche Rickling installiert.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Ungedruckte Quellen

Archiv des Landesvereins für Innere Mission (Rickling) [ALVIM]
Akte Nr. 890: Beschlagnahme und Rückgabe des Lindenhofes (1941–1950)

Staatsarchiv Thüringen (Gotha) [SAT]

147 Krankenakten der Verlegungstransporte am 25. und 28.11.1941 aus den Ricklinger Anstalten in die Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode/Mühlhausen

Akte „Gesundheitsamt Mühlhausen Nr. 14“: Landesheilanstalt Pfafferode 1936–1942 und 1945–1947

Akte „Regierung Erfurt Nr. 20766“: Friedhofs- und Bestattungswesen der Stadt Mühlhausen 1924–1942

Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“: Provinzial-Landesheilanstalt Pfafferode. Verfügungen und Besichtigungen 1920–1940

Archiv des Ökumenischen Hainich-Klinikums (Mühlhausen) [AÖHK]

Hauptbuch bzw. Aufnahmeregister (Auszug: November 1941)

Sterberegister (November 1941 bis Mai 1947)

Hauptarchiv der Von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel (Bielefeld) [HAB]

23 Krankenakten des Verlegungstransportes am 28.11.1941 aus den Ricklinger Anstalten in die Von Bodelschwingschen Anstalten Bethel
Aufnahmebuch der Anstalt Bethel (Auszug: November 1941)

Gedruckte Quellen

Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst und Ruttke, Falk (Hg.), Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Durchführungsverordnungen. München 2. Aufl. 1936.

Jenner, Harald, Gedenkbuch für die im November 1941 aus den Ricklinger Anstalten in die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode/Mühlhausen verlegten Patientinnen. Rickling 2000.

Laehr, Hans und Ilberg, Georg, Die Anstalten für Geisteskranke, Nervenranke, Schwachsinnige, Epileptische, Trunksüchtige usw. in Deutschland, Österreich und der Schweiz einschließlich der psychiatrischen und neurologischen wissenschaftlichen Institute. Berlin und Leipzig 9. Aufl. 1937.

Literatur

Adler, Lothar et al. (Hg.), 100 Jahre Pfafferoode 1912–2012. Von der Preussischen Landesheil- und Pflegeanstalt bis zum Ökumenischen Hainich Klinikum gGmbH. Erfurt 2012.

Aly, Götz (Hg.), Aktion T4 1939–1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin 1989.

Arbeitsgemeinschaft Chronik zur 850-Jahr-Feier (Hg.), Rickling – Eine Chronik. Neumünster 2014.

Benzenhöfer, Udo et al., Methodische Bemerkungen zur empirisch-statistischen Erforschung der „NS-Kinder- und Jugendlicheneuthanasie“. In: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.), Psychiatrie im Dritten Reich – Schwerpunkt Hessen. Fachtagung vom 2. bis 4. November 2001 in Nassau-Scheuern. Berichte des Arbeitskreises, Band 2. Ulm 2002, S. 7-24.

Böhm, Boris, Paul Nitsche – Reformpsychiater und Hauptakteur der NS-„Euthanasie“. In: Der Nervenarzt 3/2012, S. 293-302.

Bolte, Karl Martin et al., Soziale Ungleichheit. Opladen 1975.

Bortz, Jürgen et al., Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. Heidelberg 3. Aufl. 2008.

Chroust, Peter (Hg.), Friedrich Mennecke. Innenansichten eines medizinischen Täters im Nationalsozialismus. Eine Edition seiner Briefe 1935–1947. Band 1. Hamburg 1988.

Dalgaard, Peter, Introductory Statistics with R. New York 2002.

Delius, Peter, Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus. Kiel 1988.

Faulstich, Heinz, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg/Br. 1998.

Fuchs, Petra et al., Die NS-„Euthanasie“-Aktion-T4 im Spiegel der Krankenakten. Neue Ergebnisse historischer Forschung und ihre Bedeutung für die heutige Diskussion medizinethischer Fragen. In: Jahrbuch der Juristischen Zeitgeschichte 7 (2005/2006), S. 16–36.

Gaida, Ulrike, Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus. Einführung und Quellen für Unterricht und Selbststudium. Frankfurt/M. 2006.

Ganssmüller, Christian, Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung. Köln und Wien 1987.

Gaus, Wilhelm et al., Medizinische Statistik. Angewandte Biometrie für Ärzte und Gesundheitsberufe. Stuttgart 2014.

Heesch, Eckhard, Marylene. Ein behindertes Kind im „Dritten Reich“. In: Informationen zur Schleswig-Holsteinischen Zeitgeschichte 43 (2004), S. 25-63.

Heesch, Eckhard, „Frieda ist hochgradig schwachsinnig und bedarf der Aufnahme in die Anstalt Bethel“. Medizin und Pflege in den v. Bodelschwinghschen Anstalten in der Zeit des Nationalsozialismus. In: Jahrbuch für Westfälische Kirchengeschichte 103 (2007), S. 281-334.

Heesch, Eckhard, Kriegsmedizin und Krankenmord. Die „Aktion Brandt“ in den „Holsteinischen Heilanstalten für Nerven- und Alkoholkranke“ in Rickling. In: Dohnke, Kay et al. (Red.), „Siegesszug in der Nordmark“. Schleswig-Holstein und der Nationalsozialismus 1925–1950. Schlaglichter – Studien – Rekonstruktionen. Kiel 2008, S. 225-255 (= Informationen zur Schleswig-Holsteinischen Zeitgeschichte, Heft 50).

Held, Leonhard et al., Medizinische Statistik. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Hallbergmoos 2013.

Henke, Klaus-Dietmar (Hg.), Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord. Köln 2008.

Hinz-Wessel, Annette et al., Zur bürokratischen Abwicklung eines Massenmords. Die „Euthanasie“-Aktion im Spiegel neuer Dokumente. In: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 1/2005, S. 79–107.

Hirschinger, Frank, „Zur Ausmerzung freigegeben“. Halle und die Landesheilanstalt Altscherbitz 1933–1945. Köln 2001.

Hohmann, Joachim S. et al., MfS-Operativvorgang „Teufel“. „Euthanasie“-Arzt Otto Hebold vor Gericht. Berlin 1996.

Illiger, Horst, „Sprich nicht drüber!“ Der Lebensweg von Fritz Niemand. Neumünster 2004.

Jenner, Harald, ...ein langer Weg. Kropfer Anstalten – Diakonissenanstalt – Diakoniewerk Kropp. 111 Jahre helfen, heilen, trösten. Kropp 1990.

Jenner, Harald, Die Abtransporte aus Rickling im November 1941. In: Rundbrief Ricklinger Diakonenschaft 53 (2001), S. 13-16.

Klee, Ernst (Hg.), Dokumente zur „Euthanasie“. Frankfurt/M. 2. Aufl. 1986.

Klee, Ernst, „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt/M. 2010.

Kublik, Steffen, Die Anfänge der Psychiatrie in Mühlhausen-Pfafferode (1912–1959). Mühlhausen 2012.

Lange, Stefan et al. (2007a), Median oder Mittelwert? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 132/2007, S. 1-2.

Lange, Stefan et al. (2007b), Lineare Regression und Korrelation. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 132 (2007), S. 9-11.

Muche, Rainer et al., Medizinische Statistik mit R und Excel. Einführung in die RExcel- und R-Commander-Oberfläche zur statistischen Auswertung.

Berlin und Heidelberg 2011.

Ohler, Norbert, Quantitative Methoden für Historiker. Eine Einführung. München 1980.

Ramm, Hans-Joachim, 125 Jahre Landesverein für Innere Mission. Neumünster 2000.

Rönn, Peter von, Zum indirekten Nachweis von Tötungsaktivitäten während der zweiten Phase der NS-„Euthanasie“. Das Beispiel der Langenhorner Patienten in Königslytter. In: *Recht & Psychiatrie* 1/1991, S. 8–13.

Roer, Dorothee et al. (Hg.), *Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933–1945*. Bonn 1986.

Roer, Dorothee, *Psychiatrie in Deutschland 1933–1945: Ihr Beitrag zur „Endlösung der Sozialen Frage“, am Beispiel der Heilanstalt Uchtspringe*. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 16 (1992), S. 15–37.

Roth, Jakob et al., *Statistische Auswertung von Therapie-Ergebnissen*. In: Burgy, Isabelle et al. (Hg.), *1962–2002. 40 Jahre Radiologische Physik am Department Medizinische Radiologie der Universitätskliniken Basel/Kantonsspital*. Basel 2002, S. 100–104.

Rüter, Christiaan Frederik et al. (Hg.), *DDR-Justiz und NS-Verbrechen. Sammlung ostdeutscher Strafurteile wegen nationalsozialistischer Tötungsverbrechen. Band II: Die Verfahren Nr. 1031–1063 der Jahre 1965–1974*. Amsterdam und München 2002.

Schepermann, Kathrin et al., *Schicksale Psychiatrischer Patienten der Lübecker Heilanstalt Strecknitz im Dritten Reich*. Lübeck 2005.

Schilling, Willy, *Hitlers Trutzgau. Thüringen im Dritten Reich. Beiträge – Bilder – Dokumente. Band II*. Jena und Leipzig 2008.

Schmuhl, Hans-Walter, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945*. Göttingen 1987.

Schuler, Thomas, *Clio lernt zählen. Eine kritische Übersicht über die „Einführungen in quantitative Methoden“*. In: *Geschichte und Gesellschaft* 4 (1990), S. 502–511.

Schuller, Jan C., *Die Tücken der Survival-Analyse bei zensierten Daten*. In: *Schweizerisches Medizin-Forum* 10 (2010), S. 486–487.

Schulze, Dietmar, *Altscherbitz – Verschiebestation in den Tod*. In: *Hallische Beiträge zur Zeitgeschichte* 6 (1999), S. 5–21.

Steppe, Hilde (Hg.), *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. Frankfurt/M. 8. Aufl. 1996.

Struwe, Friedrich Ernst, *Landesheilanstalt Neustadt in Holstein. Berichte aus den Jahren 1918–1945*. Heiligenhafen 2013.

Sutter, Peter, *Der sinkende Petrus. Rickling 1933–1945*. Rickling 1986.

Sutter, Peter, Grund, der gelegt ist. Geschichte von Diakonen und Diakonen in Schleswig-Holstein. Rickling 1998.

Synder, Kriemhild, Die Landesheilanstalt Uchtspringe und ihre Verstrickung in nationalsozialistische Verbrechen. In: Landeszentrale für politische Bildung des Landes Sachsen-Anhalt (Hg.), Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen. Magdeburg 2001, S. 75-96.

Thüringer Verband der Verfolgten des Naziregimes – Bund der Antifaschisten und Studienkreis deutscher Widerstand 1933–1945 (Hg.), Heimatgeschichtlicher Wegweiser zu Stätten des Widerstandes und der Verfolgung 1933–1945. Band 8: Thüringen. Frankfurt/M. 2003.

Weichold, Stephan, Die Geschichte der Landesheilanstalt Blankenhain im Zeitraum 1933 bis zur Auflösung am 31.03.1941. Diss. med. dent. Jena 2015.

Wiehn, Erhard R. et al., Soziale Schichtung und Mobilität. Eine kritische Einführung. München 1975.

Ziegler, Andreas et al. (2007a), Überlebenszeitanalyse: Eigenschaften und Kaplan-Meier Methode. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 132 (2007), S. 36-38.

Ziegler, Andreas et al. (2007b), Überlebenszeitanalyse: Der Log-Rang-Test. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 132/2007, S. 39-41.

Ziegler, Andreas et al. (2007c), Überlebenszeitanalyse: Die Cox-Regression. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 132/2007, S. 42-44.

Zwiener, Isabella et al., Überlebenszeitanalyse. In: Deutsches Ärzteblatt 10/2011, S. 163-169.

Anmerkungen

Das Titelzitat stammt aus einer Aussage der Patientin Frieda T. über die Situation in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode aus ihrer Patientenakte (SAT 1945/66).

1. Die nach dem Chirurgen Prof. Dr. Karl Brandt, dem Begleitarzt Hitlers benannte „Aktion Brandt“ diente der Akquirierung zusätzlicher Krankenhausbetten-Kapazitäten zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Behandlung von vornehmlich zivilen Opfern des Luftkrieges. Dazu wurden reichsweit zahlreiche Psychiatrische Heil- und Pflegeanstalten beschlagnahmt und für die Versorgung somatisch erkrankter und verletzter Patienten um- und ausgebaut. Die in diesen Anstalten befindlichen Patienten wurden in zumeist heimatferner Sekundäranstalten verlegt, wo sie größtenteils Opfer der zweiten „Euthanasie“-Phase, der sog. „Wilden Euthanasie“, Patiententötungen in Eigenverantwortung der jeweiligen Zielanstalt, wurden. Zur „Aktion Brandt“ vgl. u. a. Aly, Götz: Die „Aktion Brandt“ – Bombenkrieg, Bettenbedarf und „Euthanasie“. In: Aly 1989, S. 168-178.

2. In Rickling existieren bis heute in Trägerschaft des 1875 gegründeten „Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein“ neben psychiatrischen Einrichtungen auch solche der Behinderten- und Suchtkrankenhilfe und der Altenpflege. Die erste Einrichtung des Landesvereins in Rickling war eine 1883 errichtete Arbeiterkolonie. Die „Holsteinischen Heilstätten für Nerven- und Alkoholkranken“ sind 1931 entstanden; aus ihnen ist das heutige „Psychiatri-

- sche Zentrum Rickling“ hervorgegangen. Zur Geschichte der Ricklinger Anstalten vgl. u. a. Sutter 1986 und 1998 sowie Ramm 2000.
3. Zur „Aktion Brandt“ in den Ricklinger Anstalten und in Schleswig-Holstein vgl. Heesch 2008. Die dort angegebene Anzahl der verlegten Patientinnen von 172 differiert von der in diesem Beitrag angegebenen Anzahl deshalb, weil zum Zeitpunkt des Erscheinens des Beitrages noch nicht alle hierzu relevanten Quellen (insbes. die überlieferten Patientenakten) bekannt bzw. ausgewertet waren.
 4. Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Schleswig-Holstein an den Landesverein für Innere Mission in S.-H. vom 18.11.1941 (ALVIM Nr. 890).
 5. Zum Verlegungstransport der Kinder und Jugendlichen aus Rickling nach Bethel vgl. Heesch 2007.
 6. Die in der Zeit des Nationalsozialismus und überdies unter Kriegsbedingungen bemerkenswert gute medizinische Versorgung der hier untersuchten Patientengruppe in den Von Bodelschwing'schen Anstalten Bethel konnte auf der Grundlage einer eingehenden historisch-vergleichenden Analyse und medizinischen Auswertung der im Hauptarchiv der Von Bodelschwing'schen Stiftungen überlieferten Patientenakten nachgewiesen werden. Vgl. Heesch 2008.
 7. Zusätzlich zu dem Haus „Lindenhof“ der Ricklinger Anstalten, das als Ausweichkrankenhaus für die Stadt Hamburg diente, wurden im Rahmen der „Aktion Brandt“ innerhalb Schleswig-Holsteins weitere 1.000 Ausweichbetten für Hamburg in der Anstalt Lübeck-Strecknitz und 500 Betten für die Stadt Kiel in der Heil- und Pflegeanstalt Neustadt/Holstein per Beschlagnehmung und Patientenverlegungen akquiriert. Vgl. für die „Aktion Brandt“ in Lübeck-Strecknitz Delius 1988, S. 12ff., und Schepermann 2005, S. 25f. sowie in Neustadt/Holstein Struwe 2013, S. 117ff.
 8. Die „Organisation Todt“ war eine nach militärischem Vorbild strukturierte und nach dem „Generalinspekteur für das deutsche Straßenwesen“ und „Generalbevollmächtigten für die Regelung der Bauwirtschaft“, dem Bauingenieur Fritz Todt, benannte Organisation. Sie war 1938 zur Planung und Durchführung militärischer und kriegsrelevanter Baumaßnahmen, wie etwa die Schaffung von Ausweichkrankenhäusern für besonders luftkriegsgefährdete Städte, aber auch zum Bau von militärischen Anlagen gegründet worden.
 9. Die Zwangsarbeiter kamen aus Frankreich, Tschechien, Italien, den Niederlanden, Belgien und Polen.
 10. Der Arbeitseinsatz von Zwangsarbeitern und Kriegsgefangenen in Ricklinger Betrieben und in den dortigen Einrichtungen des Landesvereins für Innere Mission wird umfassend in einer vom Verf. derzeit erarbeiteten und geplanten Buchveröffentlichung zum Thema „Die Ortsgemeinde Rickling im Nationalsozialismus“ dargestellt.
 11. Das „Meldebuch der Gemeinde Rickling“ befindet sich im Archiv des „International Tracing Service“ des Deutschen Roten Kreuzes in Bad Arolsen.
 12. Schreiben Werner Blankenburgs an Karl Kaufmann vom 14.11.1941 (ALVIM Nr. 890). Werner Blankenburg war Leiter des „Amtes II a“ der „Kanzlei des Führers“ und in dieser Funktion einer der Hauptverantwortlichen für die nationalsozialistischen „Euthanasie“-Morde, da Blankenburg der Stellvertreter Viktor Bracks im „Hauptamt II der KdF“ war, dem Philipp Bouhler die Leitung der „Aktion T 4“ weitgehend übertragen hatte. Somit stand auch Werner Blankenburg für die personelle Kontinuität der ersten Patientenmordaktion „T 4“ mit der zeitlich folgenden „Aktion Brandt“. Zur Person und Funktion Werner Blankenburgs vgl. u. a. Klee 2010.
 13. Schreiben Werner Blankenburgs an Karl Kaufmann vom 14.11.1941 (ALVIM Nr. 890).
 14. Auflistung „Belegung Lindenhof“ vom 31.10.1941 (ALVIM Nr. 890).
 15. Von anstaltsinternen Patientenverlegungen aus dem „Lindenhof“ berichtet allgemein auch Sutter 1986, S. 180ff.
 16. Zur „Aktion T 4“ vgl. grundlegend Schmuhl 1987 sowie u. a. Aly 1989 und Klee 2010. Zu den NS-„Euthanasie“-Verbrechen generell vgl. neben dieser Literatur auch die Beiträge in

Henke 2008 und die Homepage www.gedenkort-t4.eu

17. Bei der sog. „Hartheimer Statistik“ handelt es sich um eine für interne Zwecke der „Aktion T 4“ gefertigte 39-seitige Broschüre mit monatlichen statistischen Angaben zu den in den sechs „T 4“-Tötungsanstalten im damaligen Reichsgebiet erfolgten „Vergasungen“ von Behinderten und Kranken (dort als „Desinfektionen“ bezeichnet), die im Juni 1945 von einem amerikanischen Offizier im Schloß Hartheim gefunden wurde. Zur „Hartheimer Statistik“ gehört auch ein Blatt, auf dem berechnet wurde, dass „bei 70.273 Desinfizierten und einer Lebenserwartung von 10 Jahren“ Lebensmittel im Werte von 41.775.573,80 Reichsmark eingespart worden seien, vgl. www.wikipedia.org/wiki/Tötungsanstalt_Hartheim

18. Vgl. dazu exemplarisch die ausführlichen Aussagen des „T 4-Gutachters“ und Selektionsarztes Dr. Otto Hebold über die Planungen, die Organisation und die Durchführung der Patientenmorde in Hohmann 1996, S. 142-318. Vgl. außerdem u. a. Klee 1986 und 2010.

19. Es existierten insgesamt sechs „T 4“-Tötungsanstalten: Grafeneck bei Reutlingen (9.839 Ermordete), Brandenburg (9.772 Ermordete), Bernburg (8.601 Ermordete), Hadamar (10.072 Ermordete), Hartheim bei Linz (18.269 Ermordete), Sonnenstein bei Pirna (13.720 Ermordete). Zur Ermordung, also „Vergasung“ der Patienten wurde in diesen Anstalten hauptsächlich Kohlenmonoxid verwendet. Tötungsberechtigt und -beauftragt war hier allein ärztliches Personal.

20. Vgl. Ohler 1980 und Schuler 1990.

21. Von Rönn 1991, S. 8.

22. So konnte beispielsweise auch in dem von 1961 bis 1965 gegen Ärzte der „Kinderfachabteilung“ der Heil- und Pflegeanstalt Schleswig-Hesterberg und -Stadtfeld geführten Ermittlungsverfahren der Kieler Staatsanwaltschaft wegen mutmaßlicher Beteiligung an der NS-„Kinder-Euthanasie“ deren Täterschaft nicht nachgewiesen werden, wenngleich die historische Plausibilität dafür sprach, dass sie Kinder und Jugendliche ermordet hatten. Ein im Rahmen des Verfahrens von der Kieler Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenes Rechtsmedizinisches Gutachten des „Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel“ vom 12.8.1964 kam zu dem Ergebnis, dass sich auf Grundlage der gutachterlichen Auswertung von 201 erhaltenen Patientenakten keine Anhaltspunkte für erfolgte „Euthanasie“-Maßnahmen feststellen ließen. Vgl. Heesch 2004, S. 47f.

23. Am 11.2.2016 begann vor dem Landgericht in Detmold einer der wohl letzten NS-Strafprozesse der Nachkriegszeit. Angeklagt ist der mittlerweile 94-jährige Reinhold Hanning aus Lage wegen Beihilfe zum Mord in mindestens 170.000 Fällen in der Zeit von Januar 1943 bis Juni 1944 im KZ Auschwitz, wo der ehemalige „SS-Unterscharführer“ Hanning als Aufseher fungierte. Weitere Strafverfahren gegen ehemalige „SS“-Angehörige finden zeitgleich in Neubrandenburg, Hanau und Kiel statt. Vgl. dazu die fortlaufende Berichterstattung in der „Neuen Westfälischen“ (u. a. 17.2., 19.2., 20./21.2., 25.2., 27./28.2. und 1.3.2016).

24. Die Kaplan-Meier-Methode wird angewandt, um etwa in klinischen Therapie-Verlaufs- und Wirksamkeitsstudien beispielsweise in der Onkologie oder Intensivmedizin die Überlebensraten und -wahrscheinlichkeiten der in die Studie inkludierten, randomisierten Patientengruppen zu berechnen, woraus sich u. a. prognostische Parameter herleiten lassen. Vgl. Ziegler 2007a, S. 36.

25. Vgl. von Rönn 1991.

26. Fuchs 2005/2006, S. 19.

27. Es handelt sich um das Projekt „Wissenschaftliche Erschließung des Aktenbestandes R 179 der NS-„Euthanasie““. Dieses bereits 1960 von der „Stasi“ in der Anstalt Pfafferoode entdeckte und sichergestellte Aktenkonvolut wurde bis zum Ende der DDR im Zentralarchiv des Ministeriums für Staatssicherheit verwahrt und ebendort 1990 aufgefunden, während bis dato „im Westen der gesamte Krankenaktenbestand der „Aktion T4“ [...] als verschollen bzw. vernichtet“ galt (Hinz-Wessels, A. 2005, S. 81). Erst danach wurden diese Akten der historischen Forschung zugänglich gemacht; das in diesem Zusammenhang durchgeführte Aktenerschließungsprojekt wurde maßgeblich von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert. Sehr wahrscheinlich war es den NS-Bürokraten des eugenischen Massenmordes

- gelungen, die übrigen 40.000 T4-Akten kurz vor Kriegsende tatsächlich zu vernichten.
28. Vgl. Fuchs 2005/2006, S. 27ff.
29. Vgl. ebd., S. 27.
30. Ebd., S. 28.
31. Ebd., S. 30.
32. Vgl. ebd., S. 23ff.
33. Ebd., S. 23.
34. An dieser Stelle sei dem Archivar Albrecht Loth für seine freundliche und kompetente Unterstützung bei der Aktensichtung gedankt.
35. Auch dem Ärztlichen Direktor des Ökumenischen Hainich-Klinikum in Mühlhausen, Prof. Dr. Lothar Adler, sei für die Zurverfügungstellung von Auszügen des Aufnahme- und Sterberegisters aus dem Archiv des ÖHK sehr herzlich gedankt.
36. Am Buß- und Bettag am 22. November 2000 wurde im Rahmen einer Gedenkfeier für die (59 Jahre zuvor) aus den Ricklinger Anstalten nach Pfafferoide deportierten Patientinnen ein von Harald Jenner erstelltes Gedenkbuch in der Evangelischen Kirche in Rickling ausgelegt. Dieses Gedenkbuch enthält neben den Namen der Patientinnen auch deren Geburtsdatum und -ort, die jeweilige Aufenthaltszeit in Rickling und das Datum des Todes in Pfafferoide. Außerdem befindet sich in der Ricklinger Kirche eine Gedenktafel mit den Namen der Patientinnen. Vgl. Jenner 2001, S. 13 und Arbeitsgemeinschaft Chronik zur 850-Jahr-Feier 2014, S. 296f.
37. Vgl. exemplarisch die dargestellten Datenerfassungsbögen in Benzenhöfer 2002, S. 20-23, und Roer 1986, S. 359-366.
38. Vgl. Artikel 6 der „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 5.12.1933 (Gütt 1936, S. 85f.).
39. Vgl. Wiehn 1975, S. 25f.
40. Zum Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Sozialstatus vgl. Wiehn 1975, S. 25-27 und Bolte 1975, S. 97.
41. Held 2013, S. 248. Mit „Schätzer“ ist das Kaplan-Meier-Verfahren gemeint, das gemeinhin auch als Kaplan-Meier-Schätzer bezeichnet wird. Mit „Power“ wird in der Statistik die Aussagekraft eines statistischen Tests definiert.
42. Vgl. Bortz 2008, S. 13.
43. Roth 2002, S. 101.
44. Vgl. Held et al. 2013, S. 231.
45. Held 2013, S. 233.
46. Gaus 2014, S. 201.
47. Der Median oder Zentralwert ist derjenige Wert einer sortierten Stichprobe, der genau in der Mitte liegt. Er teilt die Stichprobe also in zwei gleich große Hälften. Die eine Hälfte weist Werte auf, die kleiner als der Median sind, die Werte der anderen Hälfte sind hingegen größer als der Median. Damit wird der Medianwert im Gegensatz zum Arithmetischen Mittelwert von Extremwerten (sog. Ausreißern) kaum beeinflusst und kann daher bei der Analyse von Überlebenszeiten besser interpretiert werden. Bei der Verwendung des Arithmetischen Mittelwertes werden falsch-hohe oder -niedrige Überlebenszeiten ermittelt, weil vor allem bei kleineren Patientengruppen schon nur ein Ausreißer den Mittelwert zu hohen oder geringen Werten hin verschieben kann. Vgl. Lange 2007a und Roth 2002.
48. Vgl. Schuller 2010, S. 486 und Zwiener 2011, S. 164.
49. Vgl. Schuller 2010, S. 486.
50. Ziegler 2007b, S. 39.
51. Ebd.
52. Vgl. ebd., S. 41.
53. Vgl. Gaus 2014, S. 297.
54. Zu den Anwendungsmöglichkeiten der Statistik-Software „R“ bzw. „RExcel“ hinsichtlich der unterschiedlichen Verfahren der Überlebenszeitanalyse vgl. Dalggaard 2002 und Muche

2011. Darüber hinaus verdankt der Verf. Prof. Dr. Rainer Muche (Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm) weitere sehr wertvolle methodische Hinweise zu den Verfahren der statistischen Überlebenszeitanalyse und ihrer Anwendung in der Software „R“ und „RExcel“.

55. Ziegler 2007c, S. 42.

56. Vgl. Jenner 2001, S. 16. In dem Beitrag wird irrtümlicherweise eine Anzahl von 56 verstorbenen Patientinnen der Kontrollgruppe genannt.

57. Der Wert des Korrelationskoeffizienten liegt zwischen 0 und 1. Ist der Korrelationskoeffizient 0 oder nahe 0, so sind die beiden Merkmale unkorreliert und hängen nicht linear zusammen. Je größer der Wert des Korrelationskoeffizienten, desto stärker hängen die beiden Merkmale miteinander zusammen. Vgl. Gaus 2014, S. 173f.

58. Vgl. Lange 2007b, S. 10.

59. Patientenakte Frieda T. (SAT 1945/66). Bei dem von Frieda T. genannten „Gut Pfafferoede“ handelte es sich um ein anstaltseigenes landwirtschaftliches Gutsanwesen mit 200 Hektar Betriebsfläche, das bereits in den 1920er-Jahren der Arbeitstherapie, zugleich der Produktion von „Frischfleisch, Getreide, Hackfrüchten und Holz für den Anstaltsbedarf“ diente (vgl. Adler 2012, S. 51).

60. Das am 1.1.1934 in Kraft getretene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sah die zwangsweise Unfruchtbarmachung von als „erbkrank“ im Sinne des § 1 geltenden Patienten vor. Als „erbkrank“ im Sinne des Gesetzes galten neurologisch-psychiatrische Patienten mit den Diagnosen: Angeborener „Schwachsinn“, Schizophrenie, Bipolare Psychose, Epilepsie, Chorea Huntington, „erbliche“ Blindheit und Taubheit, Fehlbildungssyndromen, Alkoholismus. Die „rechtliche“ Grundlage einer jeden Sterilisierung war der Beschluss eines sog. „Erbgesundheitsgerichtes“. Zum Sterilisierungsverfahren vgl. u. a. Ganssmüller 1987.

61. Die Bettenanzahl ist genannt in dem „Fragebogen zur Erhebung über die Arzneiversorgung der Krankenanstalten – Pfafferoede vom 30. Mai 1934“ (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“). Belegungszahl für 1934 vgl. „Bericht über die Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferoede bei Mühlhausen/Th. vom 2. Juni 1934“ (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“). Belegungszahlen für 1936 vgl. Faulstich, H. 1998, S. 206.

62. „Notizen zur Besichtigung am 2. Juni 1934“, S. 5 (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“).

63. „Bericht über die Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferoede bei Mühlhausen/Th. vom 2. Juni 1934“, S. 6 (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“).

64. „Bericht über die Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferoede nebst Zweiganstalt in Küllstedt vom 30. November 1936“, S. 3 (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“).

65. Bereits seit 1934 konnten Männer, seit 1936 dann auch Frauen (durch den Erfurter Gynäkologen Dr. Konrad Kayser) in der Anstalt Pfafferoede sterilisiert werden. Vgl. Adler 2012, S. 59 und Kublik 2012, S. 37f.

66. Vgl. „Bericht über die Besichtigung von Krankenhäusern und ähnlichen Anstalten – Prov. Landesheilanstalt Pfafferoede“, S. 5 [SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“]. Als Ärztlicher Direktor ist Dr. Karl Kolb und als sein Stellvertreter Dr. Kurt Schröder genannt. Zur chirurgischen Befähigung von Pfafferoeder Anstalts-Ärzten, Sterilisierungseingriffe durchführen zu können, vgl. Kublik 2012, S. 37.

67. Vgl. „Belegungsstärke der Anstalt am 20.10.1940“ [SAT Akte „Gesundheitsamt Mühlhausen Nr. 14“].

68. Vgl. „Fragebogen zur Erhebung über die Arzneiversorgung der Krankenanstalten – Mühlhausen 1.6.1938“ (SAT Akte „Gesundheitsamt Mühlhausen Nr. 14“).

69. Vgl. Adler 2012, S. 70f.

70. Friedrich Mennecke (1904–1947) war einer der „T 4-Gutachter“ und ab 1939 Ärztlicher Direktor der Tötungs-Anstalt Eichberg. Er wurde am 21.12.1946 vom Landgericht Frankfurt/M. zum Tode verurteilt und starb am 28.1.1947 im Zuchthaus Butzbach an Tuberkulose. Vgl.

Klee 2010, S. 576.

71. Zitiert nach Chroust 1988, S. 1545–1547. Valentin Faltheuser (1876–1961) war ebenfalls „T 4-Gutachter“ und ab 1929 Ärztlicher Direktor der Anstalt Kaufbeuren. Er wurde 1949 vom Landgericht Augsburg zu drei Jahren Haft verurteilt. Vgl. Klee 2010, S. 553.

72. Vgl. Schulze 1999, S. 13 sowie die Deportationslisten in Kublik 2012, S. 77-84, und damit identisch in Adler 2012, S. 90-99.

73. Vgl. Kublik 2012, S. 78, und Adler 2012, S. 91f.

74. Vgl. Hirschinger 2001, S. 114, und Schulze 1999, S. 14.

75. Die in den ursprünglichen Herkunftsanstalten erfassten und von den „T 4-Gutachtern“ für die „Euthanasie“ vorgesehenen Personen wurden in Zwischenanstalten transportiert. Diese Zwischenanstalten dienten einerseits dem Zweck der Verschleierung der Ziel- also Mordanstalt. Andererseits dienten sie als Zwischen- bzw. „Puffer“-Station, damit die Tötungsanstalten nicht überfüllt wurden. Zur Anstalt Altscherbitz vgl. Hirschinger 2001; zur Anstalt Uchtspringe vgl. Roer 1992 und Synder 2001.

76. Außerdem sind auch Pfafferoder Patienten in der Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein ermordet worden. In den Jahren 1940 und 1941 sind dort 185 Patienten ermordet worden, die sich zuvor in Pfafferode befunden hatten. Vgl. Weichold 2015, S. 80.

77. Schreiben der Verwaltung des Provinzialverbandes Sachsen an den Regierungspräsidenten in Erfurt vom 2.11.1939 (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 20766).

78. Die in Tabelle 5 verzeichneten Patiententransporte in die Anstalt Pfafferode sind wahrscheinlich unvollständig.

79. Zitiert nach Jenner 1990, S. 85. Außer nach Pfafferode sind die Kropfer Patientinnen bzw. Bewohnerinnen zwecks vollständiger Anstaltsräumung zudem in die Anstalten Altscherbitz, Jerichow und Uchtspringe deportiert worden; es waren insgesamt 432 Patientinnen. Vgl. ebd.

80. Steppe 1996, S. 155.

81. Otto Hebold (1896–1975) war einer der „T 4-Gutachter“ und Selektionsarzt der „T 4-Zentrale“. 1936 war er als Oberarzt und ab 1943 als stellvertretender Ärztlicher Direktor in der Provinzial-Heilanstalt Eberswalde tätig. Hebold arbeitete ab 1945 als praktischer Arzt in der DDR bis zu seiner Tätigkeit als Leiter des Landambulatoriums Falkenburg (Bezirk Cottbus) 1954. 1962 erfolgte die Ernennung zum Sanitätsrat. Hebold wurde am 12.7.1965 vom Bezirksgericht Cottbus zu lebenslanger Haft verurteilt und starb am 4.1.1975 im Haftkrankenhaus Bautzen. Vgl. Klee 2010, S. 562.

82. Hirschinger 2001, S. 125.

83. Vgl. Hohmann 1996, S. 225.

84. Hermann Paul Nitsche (1876–1948) war ab Februar 1940 als „T 4-Gutachter“ und ab Mai 1940 als „Obergutachter“ und als stellvertretender Medizinischer Leiter der „Euthanasie-Aktion T 4“ tätig. Ab Dezember 1941 löste er Werner Heyde dann als Medizinischen Leiter ab. Von 1918 bis 1928 war Nitsche Ärztlicher Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen, von 1928 bis 1939 bekleidete er diese Position in der Heil- und Pflegeanstalt Pirna-Sonnenstein. 1925 erfolgte die Berufung zum Professor für Psychiatrie. Nitsche wurde am 7.7.1947 vom Landgericht Dresden zum Tode verurteilt und am 25.3.1948 hingerichtet. Vgl. Klee 2010, S. 579f., und Böhm 2012.

85. Zitiert nach Hohmann 1996, S. 224.

86. Nachdem Otto Hebold zunächst in der DDR strafrechtlich nicht verfolgt bzw. belangt wurde, wurden im Zusammenhang mit westdeutschen Verfahren auch Hinweise auf Hebolds Beteiligung an den „Euthanasie“-Verbrechen bekannt, die am 8.2.1964 durch ein Rechtshilfegesuch der hessischen Staatsanwaltschaft bestätigt wurden. Nachdem gegen Hebold ermittelt worden war, erfolgte am 24.3.1964 seine Festnahme durch das „Ministerium Für Staatssicherheit“ und anschließend Anklage wegen „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ vor dem Bezirksgericht Cottbus. Vgl. Hohmann 1996 und „Strafverfahren gegen den Arzt Dr. Otto Hebold vor dem 1. Strafsenat des Bezirksgericht Cottbus am 6., 7., 9. und 12. Juli 1965“ in: Rüter 2002, S. 721-738.

87. Vgl. Hohmann 1996, S. 233ff. Otto Hebold gab an, dass er die Anstalten in Thüringen und damit auch die Anstalt Pfafferode zusammen mit Viktor Ratka und Gustav Schneider im Herbst 1941 aufgesucht habe. Da er in seinem Bericht über die Visitation der Anstalt Pfafferode den dortigen ärztlichen Anstaltsleiter Dr. Theodor Steinmeyer erwähnt, muss diese Visitation tatsächlich ein Jahr später, also im Herbst 1942 erfolgt sein, weil Steinmeyer erst ab dem 1.10.1942 kommissarischer Anstaltsleiter in Pfafferode war. Insofern handelt es sich bei der Zeitangabe Hebolds vermutlich um eine irrtümliche Erinnerung. Viktor Ratka (1895–1966) war ab dem 1.9.1941 „T 4-Gutachter“. Ab 1934 war er ärztlicher Direktor der Anstalt Dziekanka/Tiegenhof. Gustav Schneider (geb. 15.4.1908; Sterbedatum unbekannt) war nach seiner Assistenzarztzeit in Illenau ebenfalls „T 4-Gutachter“ (ab dem 15.8.1941) und ab April 1944 Medizinalreferent im badischen Innenministerium. In der Nachkriegszeit entzog er sich zunächst erfolgreich der Strafverfolgung und war später als Amtsarzt in Rastatt tätig. Vgl. Klee 2010, S. 583 und 59.
88. Zitiert nach Ebd., S. 234.
89. Vgl. Hirschinger 2001, S. 125f.
90. Vgl. Steppe 1996, S. 159f., und Gaida 2006, S. 38.
91. Vgl. „Bericht über die Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode bei Mühlhausen/Th. vom 2. Juni 1934“, S. 4, und „Bericht über die Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode nebst Zweiganstalt in Küllstedt vom 30. November 1936“, S. 1 (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“).
92. Vgl. „Bericht über die Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode nebst Zweiganstalt in Küllstedt vom 30. November 1936“, S. 1f. (SAT Akte „Regierung Erfurt Nr. 21000“).
93. Vgl. Mitteilungsschreiben des Oberpräsidenten der Provinz Schleswig-Holstein an den Landesverein für Innere Mission in S.-H. vom 1.12.1941 (ALVIM Nr. 890).
94. Vgl. Schreiben des Direktors der Landesheilanstalt Pfafferode/Mühlhausen an den Landesverein für Innere Mission S.-H. vom 20.12.1941 (ALVIM Nr. 890).
95. Zitiert nach Chroust 1988, S. 1016-1017.
96. Vgl. Faulstich 1998, S. 638ff.
97. Zum selektiven Hungersterben vgl. exemplarisch Illiger 2004, S. 62f. (Meseritz-Obrawalde), und Klee 1986, S. 292f. (Irsee).
98. Vgl. Schepermann 2005, S. 33.
99. Eine Imbezillität ist eine Form geistiger Behinderung mit mittelgradiger Intelligenzminde- rung (IQ zwischen 35 und 49).
100. Patientenakte Lucie H. (SAT 1944/24).
101. Eine Bipolare Psychose ist eine Manisch-Depressive Psychose.
102. Vgl. Adler 2012, S. 292.
103. Kublik 2012, S. 45.
104. Ebd. Die reichsweit etwa 40 sog. „Kinderfachabteilungen“ dienten der systematischen Ermordung von behinderten Kindern und Jugendlichen nach ihrer Selektion durch den sog. „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ mit Sitz in Berlin.
105. Herbert Linden (1899–1945) war als Ministerialdirigent im Reichs-Innenministerium und „Reichsbeauftragter für die Heil- und Pflegeanstalten“ einer der führenden Organisatoren der NS-„Euthanasie“. Zusammen mit Werner Heyde und Paul Nitsche fungierte er zudem als „Obergutachter“ der „T 4“. Zur Person und Funktion Herbert Lindens vgl. u. a. Klee 2010.
106. Runderlass von Herbert Linden an alle Länder- und Provinzialbehörden vom 4.4.1943; zitiert nach: Schmuhl 1987, S. 231.
107. Ebd., S. 231.
108. Ebd., S. 231.
109. Ebd., S. 232.
110. Zitiert nach Chroust 1988, S. 1015.
111. Vgl. Kublik 2012, S. 46 f., und Adler 2012, S. 69.

112. Vgl. ebd.

113. Kublik 2012, S. 50.

114. Vgl. ebd., S. 50f. Die genauen Todesumstände Theodor Steinmeyers sind ungeklärt, da keine Obduktion seines Leichnams stattfand. Sein Suizid ist jedoch sehr wahrscheinlich.

115. Ebd., S. 50.

Der Autor

Eckhard Heesch, Jg. 1960. Studium der Geschichte und Germanistik an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Studium der Medizin an der Uni Kiel (nicht abgeschlossen). Krankenpflegerausbildung. Weiterbildungsstudium Klinische Ethik. Tätig als Krankenpfleger, klinischer Ethik-Berater und Dozent in der Erwachsenenbildung. Zahlreiche Publikationen zum Themenbereich NS-„Euthanasie“ und Eugenik.

Abstract

Der eindeutige Nachweis von in den Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches erfolgten Patiententötungen seit Sommer 1941 gestaltet sich aufgrund des die Tötungen verschleiern und verheimlichenden Charakters der textlichen Quellen schwierig. Wenngleich zahlreiche Patientenakten zugänglich sind, enthalten sie nie eindeutige Hinweise auf einen beabsichtigten oder gewaltsamen Tod der Patienten. In den allermeisten Fällen ist jedoch die Todesursache in der Akte genannt, so dass eine vergleichend-hermeneutische Aktenanalyse unter Berücksichtigung des klinischen Verlaufes einer zumeist interkurrenten somatischen und todesursächlichen Erkrankung möglich ist; dies setzt neben historischen auch medizinische Kenntnisse voraus. Damit lassen sich Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit bzw. auf den Wahrheitsgehalt der dokumentierten Todesursache ziehen.

Im vorliegenden Beitrag wird ein statistisches Verfahren zur Survival-Analyse – die sog. Kaplan-Meier-Methode – angewandt, um die Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb einer Untersuchungsgruppe von 175 aus Rickling nach Pfafferode verlegten Psychiatriepatientinnen in Abhängigkeit unterschiedlicher Selektionskriterien der nationalsozialistischen Krankenmorde (Arbeitsfähigkeit, Pflege- und Behandlungsaufwand, Sozialverhalten) zu berechnen und deskriptiv darzustellen.

Die hier erstmalig in der historischen „Euthanasie“-Forschung angewandte Kaplan-Meier-Methode wird ergänzt durch statistische Signifikanztests, um mit bestehender Signifikanz hinsichtlich der Survival-Unterschiede innerhalb der untersuchten Subgruppen einen eindeutigen Nachweis von selektionsabhängigen „Euthanasie“-Morden zu führen.