

**Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Professor Dr. med. H.-J. Möller**

**Untersuchungen zum Verlegungsverhalten  
der Nervenlinik München  
während des Zeitraumes der  
'Aktion T 4'**

**Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

Daniela Alexandra Kroth  
aus München  
2010

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. med. N. Müller  
Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dr. Erhard Grunwald  
Dekan: Professor Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser , FACR, FRCR  
Tag der mündlichen Prüfung: 04.02.2010

*Meinen Eltern*



<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
1.1.	Die historischen Zusammenhänge.....	6
1.1.1.	Die Geschichte der Universität der Psychiatrie München.....	6
1.1.1.1.	Frühe psychiatrische Einrichtungen in München.....	6
1.1.1.2.	Die Gründung der Anstalten in Eglfing und Haar.....	7
1.1.1.3.	Die Königlich Psychiatrische Klinik an der Nussbaumstrasse.....	8
1.2.	Eugenik in Deutschland.....	10
1.3.	Das Sterilisierungsgesetz.....	11
1.4.	Die 'Aktion T4'.....	14
1.4.1.	Die Meldebögen und Scheinorganisationen.....	16
1.4.2.	Erkrankungen zur Tötungsermächtigung.....	18
1.4.3.	Die Morde in den Vernichtungsanstalten.....	19
1.4.4.	Die Zwischenanstalt Eglfing–Haar und deren Vernichtungslager.....	20
1.4.5.	Öffentlicher Widerstand und das Ende der 'Aktion T4'.....	23
1.4.6.	Die „wilde Euthanasie“.....	24
1.5.	Die Rolle des Direktors der „Nervenlinik“ München Professor Dr. Oswald Bumke.....	27
1.5.1.	Zur Person Professor Dr. Oswald Bumke.....	27
1.5.2.	Zur Person Ernst Rüdin.....	31
<b>2.</b>	<b>Material und Methoden .....</b>	<b>33</b>
2.1.	Die Diagnosebücher und das Krankenakten–Archiv.....	33
2.2.	Die relevanten Diagnosen.....	33
2.3.	Die Erfassung und Bearbeitung der Daten.....	34
2.4.	Statistische Verfahren.....	35
2.4.1.	Logistisches Regressionsmodell.....	35
2.4.2.	Klassifikationsbäume.....	36
2.4.3.	Exakter Test nach Fisher.....	36
2.4.4.	Wilcoxon- Rangsummentest.....	37
2.4.5.	t-Test.....	37
2.4.6.	Odds Ratio.....	38
2.5.	Die Altersstruktur der Patienten.....	38
2.6.	Die Daten.....	38
2.7.	Der gewählte Kontrollzeitraum.....	39
2.8.	Zitierweise.....	39
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>40</b>
3.1.	Die Daten .....	40
3.1.1.	Grafik 1.1. ....	41
3.1.2.	Tabelle 1.1. Gruppenvergleiche .....	42
3.2.	Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar .....	43
3.2.1.	Grafik 2.1. ....	43
3.2.2.	Modell 1. ....	44
3.2.3.	Grafik 2.2. Klassifikationsbaum .....	45
3.3.	Diagnosen .....	47
3.3.1.	Grafik 3.1. ....	47
3.3.2.	Modell 2 .....	49
3.3.3.	Grafik 3.2. Klassifikationsbaum.....	50
3.3.4.	Grafik 3.3. Veränderungen der einzelnen Diagnosen.....	52
3.4.	„Gefährliche“ Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar .....	54

3.4.1.	Grafik 4.1. ....	54
3.4.2.	Modell 3 .....	55
3.4.3.	Grafik 4.2. Klassifikationsbaum .....	57
3.5.	Todesfälle während des Klinikaufenthaltes .....	59
3.5.1.	Grafik 5.1. ....	59
3.5.2.	Modell 4 .....	61
3.5.3.	Grafik 5.2. Klassifikationsbaum .....	62
3.6.	Sonstige Hypothesen .....	64
3.6.1.	Modell 5 .....	64
3.7.	Überprüfung des Verlegungsverhaltens ab September 1940 .....	66
3.7.1.	Grafik 1.1. ....	66
3.7.2.	Tabelle 1.1. Gruppenvergleiche .....	68
3.8.	Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar .....	69
3.8.1.	Grafik 2.1. ....	69
3.8.2.	Modell 1 .....	71
3.8.3.	Grafik 2.2. Klassifikationsbaum .....	72
3.9.	Diagnosen .....	74
3.9.1.	Grafik 3.1. ....	74
3.9.2.	Modell 2 .....	76
3.9.3.	Grafik 3.2. Klassifikationsbaum.....	77
3.10.	„Gefährliche“ Diagnosen und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar .....	79
3.10.1.	Grafik 4.1. ....	79
3.10.2.	Modell 3 .....	81
3.10.3.	Grafik 4.2. Klassifikationsbaum .....	82
3.11.	Todesfälle während des Klinikaufenthaltes .....	84
3.11.1.	Grafik 5.1. ....	84
3.11.2.	Modell 4 .....	85
3.11.3.	Grafik 5.2. Klassifikationsbaum .....	86
<b>4.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>88</b>
4.1.	Das Verlegungsverhalten der Nervenlinik München während der 'Aktion T4' in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im Zeitvergleich .....	88
4.2.	Interpretation der statistischen Ergebnisse .....	89
4.2.1.	Allgemeine Änderungen der Patientenanzahl, des Alters und des Geschlechts aller Erkrankungen im Zeitvergleich .....	89
4.2.2.	Die Liegedauer aller und speziell die Liegedauer der „gefährlichen“ Erkrankungen .....	89
4.2.3.	Allgemeines Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich .....	90
4.2.4.	Die Wahrscheinlichkeit eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten, im monatlichen Zeitvergleich .....	92
4.2.5.	Das Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich unter Berücksichtigung einer „gefährlichen“ Diagnose .....	94
4.2.6.	Untersuchungen zu Todesfällen während des Aufenthaltes in der Nervenlinik München .....	95
4.2.7.	Todesfälle bei Patienten mit seniler Demenz .....	96
4.3.	Untersuchungen zum Verlegungsverhalten bei einem neu definierten Zeitraum ab September 1940 .....	98

4.3.1.	Allgemeines Änderungen der Patientenzahl, des Alters und des Geschlechts aller Erkrankungen im Zeitvergleich (Sept. 1940)....	99
4.3.2.	Die Liegedauer aller Erkrankungen (Sept. 1940) .....	99
4.3.3.	Allgemeines Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich (Sept. 1940).....	100
4.3.4.	Die Wahrscheinlichkeit, eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten, im monatlichen Zeitvergleich (Sept. 1940) .....	100
4.3.5.	Das Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich unter Berücksichtigung einer „gefährlichen“ Diagnose (Sept. 1940) .....	101
4.3.6.	Untersuchungen zu Todesfällen während des Aufenthaltes in der Nervenlinik München (Sept. 1940).....	102
4.4.	Kritik und Schwachstellen der Untersuchungen .....	103
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>104</b>
<b>6.</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>108</b>
6.1.	Literaturverzeichnis .....	108
6.2.	Abbildungen .....	112
	<b>Danksagung .....</b>	<b>134</b>
	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>135</b>

## 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit unternimmt den Versuch, die Geschichte der Psychiatrischen Klinik der Universität München während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland anhand des vorhandenen Archivmaterials zu rekonstruieren. Im Besonderen wurde nach Hinweisen ihrer Rolle während der sogenannten 'Aktion T4' gesucht.

Die Vernichtung von psychiatrischen Patienten im Rahmen der 'Aktion T4', dem „Krieg gegen die psychisch Kranken“ [Stromberger 2002, S.11] wurde nicht im Affekt begangen, sondern wurde penibel geplant und wurde unter Ausnutzung aller technischen Möglichkeiten und in Kooperation mit wichtigen gesellschaftlichen Institutionen (z.B. Reichsbahn, Reichsinnenministerium usw.) durchgeführt.

Es handelte sich um eine Mordaktion, die sich im Laufe der Jahre immer mehr ausweitete und der immer mehr soziale Gruppen zum Opfer fielen. Sie verselbständigte sich immer mehr und verlagerte sich auf Nebenschauplätze.

Zu den Opfern zählten Menschen aus allen Teilen Deutschlands, Österreichs, und der eroberten Gebiete Sloweniens, die in der Diktion der Herrenrasse als „lebensunwertes Leben“ galten: Anstaltsinsassen und Psychiatriepatienten, Alte, Kranke, Behinderte, Hilfsschüler. [Freidl; Sauer 2004, S.275]

Die Ermordung von Kranken war nicht das Werk eines unzurechnungsfähigen Einzelnen, sondern wurde von führenden deutschen Psychiatern wissenschaftlich vorbereitet und als Errungenschaft begrüßt. Dementsprechend gab es von deutschen Ärzten so gut wie keinen Widerstand gegenüber einem Mordprogramm, das keinerlei gesetzliche Grundlage hatte.

Doch welche Rolle spielte die damalige Nervenklinik München unter der Leitung von Professor Oswald Bumke in diesem Vernichtungsprogramm? Inwieweit war die Klinik wie andere Universitäten in nationalsozialistische Verbrechen und unethisches ärztliches Handeln verstrickt?

Entnazifizierungsverfahren wurden nahezu alle Deutschen, zumindest in höheren Positionen, durchgeführt.

Ein in der Schweiz publizierter Zeitungsartikel belastete Bumke stark angebliche Verbindungen zu den Nationalsozialisten gehabt zu haben, so dass auch gegen ihn ein Entnazifizierungsverfahren eingeleitet wurde. [Hippius et al 2005, S.131]

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass etwa 600 Patienten der Nervenlinik München, die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing- Haar verlegt wurden, dort zwangssterilisiert wurden. [Cranach; Siemen 1999, S.425]

Bislang ist nicht geklärt, ob die Patienten der Nervenlinik München wissentlich, aktiv oder passiv, in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar gebracht wurden um später in einer Tötungsanstalt umgebracht zu werden.

Diese Thematik wurde immer wieder kontrovers diskutiert, denn zum einen haben Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar nachweislich stattgefunden, zum anderen existieren keine Belege über eine direkte Beteiligung an dem Tötungsprogramm.

Anhand des vorliegenden Archivmaterials lassen sich keine sichtbaren oder direkten Daten hinsichtlich von Transporten in sogenannte „Tötungsstätten“ erkennen.

Ein Umweg über ein Zwischenlager, wäre denkbar und der übliche Weg gewesen.

Das Thema dieser Arbeit greift ein dringliches Anliegen auf, die NS-Vergangenheit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München aufzuarbeiten. Diese Arbeit versucht die Verstrickungen der Universität und ihres akademischen Umfeldes in die Verbrechen des Nationalsozialismus zu erforschen.

Untersuchungen des Verlegungsverhaltens der Nervenlinik München mittels eines Zeitvergleichs sollen in dieser Arbeit annähernd eine Beteiligung entweder versuchen auszuschließen oder nachzuweisen.

Ebenfalls wurden Variablen wie die durchschnittliche Liegezeit, die Patientenstruktur und die durchschnittliche Sterberate im Zeitvergleich untersucht.

## **Die historischen Zusammenhänge**

### 1.1.1. Die Geschichte der Universität der Psychiatrie München

Bevor wir uns der Geschichte der Universität der Psychiatrie München zuwenden, müssen wir auf die Psychiatriegeschichte des 19. Jahrhunderts eingehen.

Vieles von dem, was wir später erörtern werden, beruht auf Entwicklungen, die bereits in jener Zeit begannen. Wir legen den Schwerpunkt unserer Darstellungen auf die Verhältnisse in Bayern und insbesondere München und gehen auf die nach der Jahrhundertwende erfolgte Gründung der Universitätsklinik München und der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar ein.

#### 1.1.1.1. Frühe psychiatrische Einrichtungen in München

Um 1800 lag die öffentliche Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern noch fast ausschließlich in den Händen der Kirchen oder Gemeinden.

In den Spitälern der Städte waren vielfach eigene Abteilungen für psychisch Kranke eingerichtet worden [Richarz 1987, S.11].

Im Münchner Heilig-Geist-Spital gab es für die „Geisteskranken“ ein eigenes Haus, das jedoch von dem eigentlichen Spital abgesondert lag.

Die Kranken wurden nur isoliert, eine medizinische Versorgung durch Ärzte fand nicht statt.

Insgesamt waren in München –wie auch im übrigen Bayern– die an Krankenhäusern angegliederten Versorgungsmöglichkeiten für psychisch Kranke zu Beginn des

19. Jahrhunderts völlig unzureichend. Ein Bericht im Münchner Tageblatt über die verheerenden Zustände nach einem Besuch im Heiliggeisthospital führte dazu, dass die Situation der psychiatrischen Anstalten allmählich in das öffentliche Bewusstsein rückte [Hippius et al 2005, S. 4].

Öffentliche Forderungen nach einer „ordentlichen Irrenanstalt“ wurden laut. So wurde 1801 das „Giesinger Tollhaus“ als Hofkrankenhaus für die Behandlung kranker Beamte, Diener und Pagen des kurfürstlichen Hofes errichtet. Im Erdgeschoss befanden sich streng abgeschirmte Zellen für psychisch Kranke.

Das „Giesinger Tollhaus“ hatte Platz für 25 Geistesranke. Oft waren dort allerdings mehr als 50 Patienten untergebracht, da die vorher im Heilig-Geist-Spital befindlichen psychisch Kranken nun von dort übernommen werden mussten. Da das „Giesinger Tollhaus“ von

vornherein auch als Pflegeeinrichtung für „Unheilbare“ dienen musste, wuchs die Überbelegung von Jahr zu Jahr. Und schließlich trug das rasche Wachstum der Einwohnerzahl Münchens in den ersten Jahrzehnten dazu bei, dass die Raumnot ständig zunahm.

Forderungen nach besseren Bedingungen wurden nun seitens der Bevölkerung geäußert. Durch das am 17. November 1837 in Bayern erlassene Gesetz über „Die Ausscheidung der Kreislasten von den Staatslasten und Bildung der Kreisfonds“ kam es nach und nach zur Eröffnung weiterer „Irrenanstalten“ in ganz Bayern.

1859 wurde vor den Toren Münchens die oberbayerische Kreisirrenanstalt „Auf der Auer Lüften“ eröffnet. Diese bot bei voller Auslastung 500 Patienten Platz, war aber auch bald schon überbelegt. Eine Erweiterung des Gebäudes wurde zunächst nicht als sinnvoll erachtet [Hippius et al 2005, S. 12].

1898 beschloss der Landrat des Bezirks Oberbayern, die trotz mehrerer Umbauten hoffnungslos überfüllte Kreisirrenanstalt München aufzulassen. Eine Erweiterung war wegen der umgebenden Häuser nicht mehr möglich [Richartz 1987, S.30].

#### 1.1.1.2. Die Gründung der Anstalt in Eglfing und Haar

Das rapide Wachstum der Bevölkerung und die steigende Zahl der Anstaltspatienten führten zu dem Neubau der Anstalt in Eglfing. Etwa 1000 psychisch kranke Menschen sollten hier beherbergt werden. Eglfing war nahezu unbebaut und gut von München aus erreichbar. Mitte 1905 war die „Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt bei München“ mit einer Kapazität von 1023 Patienten unter der Leitung von Friedrich Vocke bezugsfertig. Die ersten 787 Kranken wurden am 29. Juli 1905 aus der Kreisirrenanstalt München dorthin verlegt.

Nach nur zwei Jahren war auch die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing zu klein geworden, um dem Aufnahmedruck standzuhalten. Vocke sprach sich gegen eine erneute Erweiterung des Gebäudes aus.

Die Regierung von Oberbayern ließ sich von Vocke überzeugen und leitete den Neubau einer dritten Heil- und Pflegeanstalt in die Wege. Unmittelbar benachbart zu Eglfing wurde 1912 die „Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Haar“ mit einer Aufnahmekapazität von 800 Patienten eröffnet. Der Direktor der Anstalt, Franz Blachian, übernahm am Morgen des 12.

Oktober 1912 die ersten Kranken aus Eglfing, die von seinem Kollegen Vocke „zu Fuß an das Gartentor der neuen Anstalt“ [Richartz 1987, S.34] begleitet worden waren [Richartz 1987, S.30-34].

Zu einer endgültigen Zusammenlegung der beiden Heilanstalten kam es erst etliche Jahre später. Am 3. Mai 1930 beschloss der oberbayerische Kreisausschuss, die beiden bisher selbständigen Anstalten mit Wirkung zum 1. Januar 1931 unter dem Namen „Oberbayerische Kreis-, Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zusammenzulegen [Richartz 1987, S.39].

#### 1.1.1.3. Die Königlich Psychiatrische Klinik an der Nussbaumstrasse

Vor der Aufnahme in die Kreisirrenanstalt München hatten sich alle Patienten einer Begutachtung in einem der städtischen Krankenhäuser zu unterziehen. Professor Anton Bumm (1896 – 1903), Universitätsprofessor und damaliger Leiter der Kreisirrenanstalt München, forderte, diesen zeitraubenden Prozess abzuschaffen. Er plante, eine psychiatrische Klinik in der Stadt zu erbauen, in der er eine Kombination der Psychiatrischen Universitätsklinik mit einem „Stadttasyl“ (Psychiatrische Krankenhausabteilung für die Bürger Münchens) vorschlug. Die Psychiatrische Klinik der Universität München sollte neben der Lehre der Psychiatrie auch zur Versorgung akuter psychiatrischer Notfälle in der Großstadt dienen. Die Patienten sollten hier nur für eine kurze Zeit bleiben und falls es zu keiner Heilung kommen sollte in die Anstalt nach Eglfing oder Haar überwiesen werden [Richartz 1987, S.34].

Dieser Vorschlag wurde 1900 angenommen und die Errichtung des Baus der „Königlichen Universitätsklinik für Psychiatrie“ in der Nussbaumstrasse geplant.

Professor Dr. Anton Bumm verstarb während der Bauarbeiten der Klinik, sein Nachfolger wurde Professor Dr. Emil Kraepelin.

1904 wurde die Psychiatrische Universitätsklinik unter der Leitung von Professor Dr. Emil Kraepelin eröffnet und erlangte Weltruhm [ Hippus et al 2005, S.47-53].

Bedingt durch das Bevölkerungswachstum, den zunehmenden Alkoholismus und die schlechten hygienischen Lebensbedingungen in der Stadt nahm die Zahl der psychischen Erkrankungen rapide zu. Die damalige Landflucht, die den Verlust einer stabilen Dorfgemeinschaft inne hatte, sowie die zunehmende Arbeitslosigkeit und Verelendung infolge der wirtschaftlichen Krise am Ausgang des 19. Jahrhunderts trugen dazu bei, dass vor

allein die Anstalten, zu deren Einzugsbereich Städte gehörten, überfüllt waren und laufend erweitert werden mussten [Richarz 1987, S. 29].

Innerhalb von nur zwölf Jahren waren so in und um München drei Anstalten für psychisch kranke Menschen errichtet worden.

## 1.2. Eugenik in Deutschland

Bereits seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert waren unter dem Vorzeichen der Degenerationslehre und verschiedener Evolutionstheorien (wie etwa der des Darwinismus) Begriffe und Modelle aus Biologie und Medizin auf soziale Phänomene angewendet worden. In der zeitgenössischen Öffentlichkeit und von Seiten der Politik wurde diesem wissenschaftlich legitimierten Ansatz zur Lösung sozialer Fragen eine hohe Autorität und Kompetenz zugeschrieben. Naturwissenschaftler und Ärzte kamen dadurch in die Rolle von Experten für gesellschaftliche und insbesondere bevölkerungspolitische Fragen. Soziale Missstände wurden biologistisch als Krankheit der Gesellschaft aufgefasst. Mit der Eugenik und (im deutschen Sprachraum) der Rassenhygiene entstanden neue wissenschaftliche Arbeitsfelder mit eigenen Fachgesellschaften, Publikationsorganen und seit den zwanziger Jahren auch akademischen Institutionen in Form von Forschungseinrichtungen, Lehrstühlen und universitären Lehrprogrammen [Mundt et al 2001, S.43].

Ihren Anfang nahm die Eugenik aber in Amerika.

1909 führte der Staat Kalifornien gesetzliche Bestimmungen zur Sterilisation ein [Klee 2001, S.57].

Staaten in ganz Europa, insbesondere in Skandinavien folgten mit Sterilisierungsgesetzen.

International gewann die Eugenik an Bedeutung und nach und nach auch Eingang in psychiatrische Überlegungen. Eugenik wurde als Möglichkeit gesehen, durch „Zuchtwahl“ als erblich angesehene Krankheiten bzw. Störungen zu beseitigen und so nicht nur individuelles Leid in Zukunft zu verhindern, sondern auch das Volksganze aufzuwerten und von unökonomischen Lasten befreien zu können.

Diese internationale sozialwissenschaftliche-biologische Strömung repräsentiert Anfang des 20. Jahrhunderts etwa der damals bekannte Psychiater und Sozialreformer Forel: „(...) wir bezwecken keineswegs, eine neue menschliche Rasse, einen Übermenschen zu schaffen, sondern nur die defekten Untermenschen allmählich durch die Entfernung der Ursachen der Blastophorie und durch willkürliche Sterilität die Träger schlechter Keime zu beseitigen und dafür bessere, gesündere und glücklichere Menschen zu einer immer größeren Vermehrung zu veranlassen“

[Schmelter 1999, S. 15f].

Ernst Klee beschreibt in seinem kritischen Werk „Deutsche Medizin im Dritten Reich“ ein allgemeines Befürworten der Eugenik aus Sicht der damaligen Psychiatrie.

Eine Aussage des ehemaligen Zwickauer Bezirksamtsarztes Gustav Boeters sollte sich als zukunftsweisend herausstellen. „(...) solange die Vernichtung lebensunwerten Lebens nicht möglich ist, müsse man sich eben mit der Verhinderung begnügen“ [ Klee 2001, S. 57].

### **1.3 Das Sterilisierungsgesetz**

Geisteskrankheit und seelische Abnormität galten als eine Fehl- oder Rückentwicklung des Erbguts, die schon während des Lebens naturgemäß zu einem fortschreitenden Niedergang führen müsse, vor allen aber die Rasse insgesamt mit schleichender Entartung bedrohe:

“Es führt also“, wie Kraepelin 1883 befürchtete, „diese Art von Züchtung von selbst mit Nothwendigkeit den Untergang des degenerierten Geschlechts herbei.“ [Mundt 2001, S.219]

Der NS-Staat bekämpfte nicht soziale Missstände und ihre Ursachen, sondern die betroffenen Menschen [Müller 2000, S.19].

Wie sehr die Nationalsozialisten von Anfang an ihre rassenbiologische Ideologie im deutschen Volk real durchsetzen wollten, zeigt sich schon an dem Umstand, dass das Innenministerium bereits im Mai 1933 einen „Sachverständigenbeirat für Volks- und Rassenpolitik“ einrichtete, in welchem unter anderem der Professor Ernst Rüdin für die „Abteilung Volksgesundheit“ rassenhygienische Gesetzentwürfe ausarbeiten sollte. Dem eigentlichen „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ging eine andere Gesetzesänderung voraus. Am 26. Mai wurde die „eugenische Sterilisation“ de facto durch einen Zusatz des § 224 StGB (Körperverletzungsparagraph) legalisiert. Ohne dass der Begriff „Sterilisation“ darin namentlich erwähnt wurde, war nun die „eugenische Sterilisation“ auf freiwilliger Basis straffrei. Dabei wurde in der Praxis jedoch oft indirekter Zwang ausgeübt, indem man z.B. die Sterilisation zur Bedingung für eine Anstaltsentlassung machte [Henning 2000, S.46,47].

Dieser Gesetzentwurf führte schließlich, wenige Monate nach dem Regierungsantritt der Nationalsozialisten, am 14. Juli 1933, zur Verabschiedung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, in dem die Sterilisierung von Patienten mit diagnostizierten „Störungen“ oder „Erbkrankheiten“ festgelegt wurde. „Die nationalsozialistische Regierung hat damit bewiesen, dass sie bereit ist, aufbauend auf den Grundsätzen der wissenschaftlichen Erkenntnisse, das erbkranken Einzelwesen dem Gesamtwohl des erbgesunden Volkes und damit dem Gedeihen der deutschen Nation unterzuordnen.“ [Gütt/Rüdin/Ruttke 1936, S.15]

Damit war die nationalsozialistische Rassenbiologie zur herrschenden Staatsideologie geworden. Mit diesem Gesetz begann die vom Staat betriebene „rassenhygienische Aufzucht“ des deutschen Volkes. Die „eugenische Auslese“ „minderwertiger Volksschädlinge“ war eine regelrechte Züchtung einer „höherwertigen arischen Rasse“, die die Weltherrschaft über „minderwertige Rassen“ ausüben sollte. Das Sterilisationsgesetz stand im Dienste einer rassenbiologischen Staatsideologie, die geprägt war von der Verachtung alles Schwachen und der Verherrlichung des Starken. (siehe Anhang, Abbildung 1, S. 90)

Berechtigt zur Anzeige einer psychisch kranken Person war der Patient selbst, dessen gesetzlicher Vormund, der zuständige Amtsarzt oder der Anstaltsleiter einer Heil-, Pflege-, Kranken- oder Strafanstalt [Richarz 1986, S.126].

Durch die Legitimierung des Gesetzes wurden die als krank deklarierten Personen nun auch gegen ihren Willen sterilisiert. Paragraph 1 des Gesetzes lautete:

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborener Schwachsinn
2. Schizophrenie
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein
4. erblicher Fallsucht
5. erblicher Veitstanz
6. erblicher Blindheit
7. erblicher Taubheit
8. schwerer erblicher körperlicher Missbildung

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

[Römer 1986, S.6, aus Akten der Kreis- Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren]  
(siehe Anhang, Abbildung 2, S.91)

Zur Diagnostik wurde ein einfacher Intelligenztest herangezogen. Die am häufigsten herangezogene Indikation „angeborener Schwachsinn“ öffnete der Willkür Tür und Tor.

„Entsprechend der seelischen Allgemeinstörung, welche beim angeborenen Schwachsinn vorliegt, ist nicht bloß auf die intellektuellen Fähigkeiten zu achten, welche in mangelhaften Schul- und Berufsleistungen und schlechter Begriffs- und Urteilsbildung zutage treten, sondern auch auf die Gefühls- und Willenssphäre sowie die Entwicklung der ethischen Begriffe und Regungen. ...Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht „schwerer“ angeborener Schwachsinn vorliegen muss, um die Unfruchtbarmachung herbeizuführen.“  
[Gütt/Rüdin/Ruttke 1936, S. 119]

Zunächst betraf das Gesetz zur Zwangssterilisation die außerhalb von Anstalten lebenden Menschen.

„1934 wurden 222 000 Menschen als „erbkrank“ angezeigt, davon lebte ein Fünftel, ca. 47 000 Menschen, in psychiatrischen Anstalten und Kliniken. Im selben Jahr wurden mindestens 84 000 Anträge auf Zwangssterilisation gestellt, davon betrafen ca. 15 000 Anträge Menschen, die in psychiatrischen Anstalten lebten. Angeordnet wurden in 1934 62 000 Zwangssterilisationen, davon 12 000 Beschlüsse, die Bewohner der psychiatrischen Anstalten betrafen.“ [Cranach 1999, S. 23f]

Nachdem die Sterilisationen hauptsächlich die Allgemeinheit traf, kam es zum Unmut unter der sonst parteifreundlichen Bevölkerung. Dennoch kam es bis zum Beginn des zweiten Weltkrieges zu ca. 300 000 Zwangssterilisationen [Cranach 1999, S.25].

Nach 1945 gestand nur der Psychiater Oswald Bumke ein: „Geholfen hat das Sterilisieren nicht, und wer die Welt ohne Scheuklappen sah, hatte das vorher gewusst.“  
[Klee 2001, S.72]

Tatsächlich wurde zwangssterilisiert, obwohl eine Vererbbarkeit wissenschaftlich nur zum geringsten Teil nachgewiesen war [Reschreiter 2006, S.29].

(siehe Anhang, Abbildung 3, S.92)

Schon 1911 hatte Bumke in einem Buch (Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters) über Entartung dringend geraten, dass man doch nicht „durch bedenkliche Eingriffe in die persönliche Freiheit derselben Kultur, die man erhalten wolle, ins Gesicht schlagen“ möchte. Es fehle „die Kenntnis der Gesetze nämlich, nach denen sich die Anlage zu geistigen Störungen vererbt. Dass ein Mensch auf den Gedanken kommen könnte, mit den Geisteskrankheiten durch die Beseitigung ihrer Träger fertig zu werden, habe ich bis 1940 nicht für möglich gehalten. Ich habe ganz allgemein nicht gehaut, dass so viel

Dummheit, Roheit und Bestialität in uns Deutschen verborgen sein könnte.“ [Bumke 1952, S.148]

#### **1.4 Die ‘Aktion T4’**

„Hunderttausende von unheilbaren Kranken, namentlich Geistesranke, ..., werden in unseren modernen Culturstaaten künstlich am Leben erhalten und ihre beständigen Qualen sorgfältig verlängert, ohne irgend einen Nutzen für sie selbst oder für die Gesamtheit.“

[Haeckel 1904, S.135]

Es ist nicht abzustreiten, dass sich Psychiater offen für Zwangssterilisationen und sogar für die Beendigung des Lebens von körperlich oder geistig kranken Menschen ausgesprochen haben.

Es ging dabei nicht um Erbarmen oder Erlösung. Sie handelten nicht aus Mitleid.

Der hintergründige Gedanke hierbei war, gestützt durch Ergebnisse aus der Biologie wie den Mendel’schen Gesetzen, gesunde Gene zu schaffen. Träger „krank“ Genmerkmale sollten eliminiert und so eine Nation gesunder Menschen geschaffen werden.

(siehe Anhang, Abbildung 4, S.93)

Hinzu kamen die Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise von 1929, die das Budget für die Krankenversorgung deutlich reduziert hatte.

Patienten mit guter Behandlungsprognose wurden mehr Gelder zugesprochen, als für chronisch- psychotische oder behinderte Menschen. Man versuchte diese Patienten zu separieren und mit möglichst geringem Aufwand unterzubringen [Klee 2001, S.46].

Professor Dr. Emil Kraepelin (1856-1926), der als Professor der Psychiatrie in München von 1903-1922 tätig war, gilt wohl als der berühmteste Psychiater des 20. Jahrhunderts. Kraepelin suchte die Ursache von psychiatrischen Erkrankungen auf somatischer Ebene und nicht in der Psyche des Patienten oder dessen sozialem Umfeld. So gründete er ein Forschungsinstitut, das in der ganzen Welt zum Modell für die psychiatrische Grundlagenforschung geworden ist.

Kraepelin arbeitete rein deskriptiv und symptomorientiert, er entwickelte ein Konzept, so dass er erstmalig, aufbauend auf Vorläufern wie z.B. nach Kahlbaum, die Dementia praecox, heute Schizophrenie, beschreiben konnte.

Fälschlich wird ihm wegen seiner national-konservativen Einstellung vorgeworfen, „Wegbereiter des Nationalsozialismus“ und ein „militanter Antisemit“ gewesen zu sein.

Diesen falschen Ruhm erlangte er unter anderen durch einen seiner Assistenten, P. Nitsche, der als psychiatrischer Obergutachter einer der Hauptverantwortlichen für die Durchführung des nationalsozialistischen Programms zur Tötung von psychisch Kranken war [Hippius et al 2005, S.83].

„Geisteskrankheiten,“ so Kraepelin, „sind Ausdruck kranker Hirnleistungen, beruhend auf Vererbung und Degeneration, das heißt Entartung. Die Krankheitsursache wird im Gehirn, nicht in der Psyche gesucht. Psychiatrie will Naturwissenschaft sein, Biologie.“

[Klee 2001, S.78]

Wohl beschäftigt sich Kraepelin mit der „Vererbungs- und Entartungslehre“

[Klee 2001, S. 79], jedoch kann ihm sicher nicht pauschal vorgeworfen werden, Verfechter der „Rassenhygiene“ gewesen zu sein.

Ernst Rüdin (1874-1952), der in München Assistent von Kraepelin und nach 1909 die Funktion des klinischen Oberarztes übernahm, wurde wohl zum einflussreichsten Psychiater der NS- Zeit. Es wird berichtet, dass Kraepelin vielen Ideen Rüdins kritisch gegenüberstand [Hippius et al 2005, S.88].

Rüdin war Verfechter der Eugenik. Seine erbbiologisch-psychiatrischen Forschungen und seine Vorstellungen zur Rassenhygiene fanden in der NSDAP großen Anklang [Hippius et al 2005, S.89].

Als „Vater der Rassenhygiene“ wird Rüdin vorgeworfen, Hitler den „wissenschaftlich verbrämten Feuerschutz“ zur „Sterilisation und Ausmerzungen“ gegeben zu haben [Röder; Kubillus 1994, S.76].

„Rüdin rühmt Hitler: „Die Bedeutung der Rassenhygiene ist in Deutschland erst durch das politische Werk Adolf Hitlers allen aufgeweckten Deutschen offenbar geworden, und erst durch ihn wurde endlich unser Traum zur Wirklichkeit, Rassenhygiene in die Tat umsetzen zu können.“ In einem Huldigungsschreiben („Mein Führer!“) dient er sich 1935 an, die erbbiologischen Grundlagen der Partei wissenschaftlich zu untermauern.“ [Klee 2001, S. 83]

Die „Erwachseneuthanasie“ sowie die „Kindereuthanasie“ war nicht gesetzlich abgesichert, da hierfür nie ein Gesetz verabschiedet worden war. Eine vom Oktober auf 1. September 1939 rückdatierte Ermächtigung Hitlers an Phillip Bouhler, dem Leiter der „Kanzlei des Führers“, und an seinen Begleitarzt Karl Brandt hatte genügt, um eine Tötungsorganisation aufzubauen.

Die Ermächtigung wurde auf einem Briefbogen aus der Privatkanzlei Hitlers mit dem Hoheitszeichen der NSDAP auf der linken oberen Ecke persönlich von Hitler unterzeichnet [Mundt et al; 2001] [ Frensch et al; 1992] [Schmelter; 1999].

Sie lautete:

„Reichsleiter Bouhler, Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ [ Frensch et al ; 1992; S.59] (siehe Anhang, Abbildung 5, S. 94)

Ausschließlich Ärzten war es erlaubt, Tötungen vorzunehmen. Die beginnenden Tötungsaktionen war nun auch eine ärztliche Maßnahme, denn „die Spritze gehört in die Hand des Arztes“. [Kaminer 1996, S.185]

Die Bezeichnung ‘Aktion T4’ für die systematische Ermordung psychisch kranker Anstaltsinsassen leitete sich von ihrem Sitz in der Tiergartenstrasse 4 in Berlin ab. Das Haus, das als Zentrale für die ‘Aktion T4’ galt und wo Konferenzen bezüglich des weiteren Vorgehens abgehalten wurden, war eine von den Nazis „arisierte“, ehemals im jüdischen Besitz gewesene Villa (siehe Anhang, Abbildung 6, S.95). So lautete die inoffizielle Bezeichnung ‘T4’ für die „Euthanasie“- Zentrale, die Mordaktion hieß dementsprechend ‘Aktion T4’.

“Dahinter verbarg sich ein Geflecht verschiedener staatlicher und halbstaatlicher Organisationen mit engen Verbindungen zur Spitze des nationalsozialistischen Staates und zum Gesundheitswesen“ [Schmelter 1999, S.23].

Das Ermächtigungsschreiben blieb die einzige Grundlage für die beginnende Mordaktion. Die Täter konnten sich zwar auf einen „Führerbefehl“, nicht aber auf ein Gesetz berufen, das aus Gründen der Geheimhaltung nie verabschiedet wurde. Hitler und seine Hintermänner, die „Kanzlei des Führers“ (KdF) sollten unerkannt bleiben [Hirschinger 2001, S.82].

#### 1.4.1. Die Meldebögen und die Scheinorganisationen

Kurz nach dem Erlass der Tötigungsermächtigung trafen die ersten Meldebögen zur Erfassung der Anstaltsinsassen in allen psychiatrischen Kliniken ein.

Das Reichsinnenministerium verschickte Fragebögen, die unter anderem nach Art der Krankheit, der Dauer des Aufenthaltes und der Arbeitsfähigkeit fragten.

Nach Hirschinger wurde „ ... dem ärztlichen Personal nur eine äußerst knappe Frist zur Beantwortung der Meldebögen eingeräumt, so dass die Bearbeitung der Formulare oft sehr oberflächlich und lediglich aufgrund von Krankenakten erfolgte.“ [Hirschinger 2001, S.82]

Die Direktoren der Kliniken sowie deren Mitarbeiter wurden über den Zweck dieser Fragebögen im Unklaren gelassen [Aly 1989, S.11].

Manche Ärzte wunderten sich zwar darüber, dass neben der Diagnose auch Informationen über rassische Zugehörigkeit, Arbeitsfähigkeit, Dauer des Anstaltsaufenthalts und etwaige Straftaten der Patienten erfragt wurden, konnten aber keine Verbindung zu den späteren Mordaktionen erkennen.

Jeder Meldebogen war links oben mit einem schwarz umrandeten Kasten versehen, der leer bleiben musste. Dieser Raum entschied später über „Leben und Tod“, denn er wurde von speziellen Gutachterärzten ausgefüllt. Ein blaues Minuszeichen stand dafür, dass ein Patient weiterleben durfte, und ein rotes Kreuz bedeutete, dass der Patient in einer Vernichtungsanstalt untergebracht werden sollte [Kaminer 1996, S.188].

Alle Meldebögen gingen dann je drei von etwa dreißig Gutachterärzten zu, die nun entschieden, ob der Patient getötet werden sollte oder verschont blieb.

Um den zu erwarteten Schriftverkehr mit Anstalten, Behörden, Angehörigen etc. ungestört abwickeln zu können und dabei die Tarnung aufrecht zu halten, wurden im November 1939 drei Organisationen gegründet, deren Fäden in der Kanzlei des Führers (KdF) zusammenliefen:

die „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ (RAG),

die „Gemeinnützige Krankentransport- GmbH“ (Gekrat) und

die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ („Stiftung“).

[ Hirschinger 2001; S.13] [Schmelter 1999; S.23]

Bei diesen Organisationen handelte es sich um Scheinorganisationen, da sie einen anderen Zweck verfolgten, als deren Name darlegte. Die Zuständigkeiten dieser Scheinorganisationen waren genau voneinander abgegrenzt und umfassten von der Meldung der Patienten über ihre Ermordung bis hin zur Verwertung des Nachlasses alle nur denkbaren Aufgaben. Nach außen stellte sich die ‘Aktion T4’ als

„Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ dar. Durch sie wurden die Meldebögen in die Anstalten verschickt und später den Gutachtern weitergeleitet.

Die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ war nach innen für die Arbeitsverträge der gut 300-400 Angestellten der 'T4', nach außen für Kauf- und Pachtverträge zuständig.

Die „Stiftung“ regelte die Einstellung und Bezahlung des Tötungspersonals sowie den Verkauf von Schmuck und Zahngold der Opfer. Die Verlegungen in die Zwischen- und Tötungsanstalten erfolgten durch die „Gemeinnützige Kranken-Transport GmbH“. Die zuletzt gegründete „Zentralrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten“ war für Kosten- und Finanzierungsangelegenheiten zuständig und realisierte teilweise durch fingierte Abrechnungen gegenüber Krankenkasse und Fürsorgeverbänden die Finanzierung der 'Aktion T4' [Hirschinger 2001, S.13ff] [Schmelter 1999, S.23ff].

(siehe Anhang, Abbildung 7,8, S.96, 97)

Um die Mordaktion durchzuführen musste ein eigenes System angewendet werden, das sich der Hilfe zahlreicher Menschen versicherte. Das Gelingen hing davon ab, dass Verwaltungsbeamte statistisches Material lieferten, dass Ärzte Fragebögen ausfüllten, dass Transporte organisiert wurden, dass Busse und Eisenbahnwagen zur Verfügung gestellt wurden und dass das Krankenpflegepersonal bei der Verlegung half [Finzen 1996, S.173].

#### 1.4.2. Erkrankungen zur Tötungsermächtigung

Nach der Tötungsermächtigung durch Adolf Hitler lief die Aktion gegen die Insassen der deutschen Heil- und Pflegeanstalten im Oktober 1939 an.

Das Reichsministerium des Inneren schrieb die Anstalten an und forderte sie auf, „im Hinblick auf die planwirtschaftliche Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten“ umgehend alle die Kranken zu melden, die

„1. an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u.ä.) zu beschäftigen sind:

-Schizophrenie

-Epilepsie (wenn exogen, Kriegsbeschädigung oder andere Ursache angeben)

-Senile Erkrankungen

-Therapie-refraktäre Paralyse und andere Lues-Erkrankungen,

-Schwachsinn jeder Ursache,

-Encephalitis,

-Huntington und andere neurologische Endzustände; oder

2. sich seit mindestens fünf Jahren dauernd in Anstalten befinden; oder

3. als kriminelle Geisteskranke verwahrt sind; oder

4. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht deutschen oder artsverwandten

[Richarz,1986; S. 156] (siehe Anhang, Abbildung 9,10, S.98, 99)

Blutes sind unter Angabe von Rasse\* und Staatsangehörigkeit.

\*deutsche oder artverwandten Blutes [deutschblütig], Jude, jüdischer Mischling 1. oder 2.

Grades, Neger, Negermischling, Zigeuner, Zigeunermischling usw.“

#### 1.4.3. Die Morde in den Vernichtungsanstalten

Im Januar 1940 begann die Durchführung der ‘Aktion T4’ mit systematisch geplanten Vergasungen durch Kohlenmonoxid.

Im Großdeutschen Reich existierten weit mehr als 1000 Heil- und Pflegeanstalten oder ähnliche Einrichtungen zur Betreuung von psychisch kranken oder behinderten Menschen.

Das Spektrum reichte von großen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten mit über 3000 Patienten, bis hin zu kleinen Häusern mit privater oder konfessioneller Trägerschaft mit lediglich 10 Patienten. Die ‘Aktion T4’ griff in den Alltag fast aller Einrichtungen ein [Beddies; Hübener 2003, S.191].

Wenige Wochen nach dem Ausfüllen der Meldebögen erhielten die Anstalten namentliche Listen, welche Patienten sie zur Verlegung –angeblich auf Anordnung des Reichsverteidigungskommissars- bereit zu machen hätten.

Die Kranken und Behinderten wurden aus ihrer angestammten Anstalt zunächst in Zwischenanstalten gebracht, erst später folgte die Verlegung in die Anstalt, in der die Patienten schließlich umgebracht wurden.

Nach Beddies und Hübener gab es vor allem zwei Gründe, die zur Einrichtung von Zwischenanstalten führten:

Zum einen konnte eine zu große Anzahl von Menschen nicht auf einmal getötet und eingäschert werden.

Zum anderen erwies sich das Einschalten einer Zwischenanstalt als zweckdienlich, da sich der Krankenmord so besser tarnen ließ. Durch die mehrfache Verlegung eines Patienten brach der Kontakt zu Angehörigen oft ab, oder konnte zumindest nicht mehr verfolgt werden.

„Graue Busse“, auch „Himmelfahrtsautos“ genannt, holten die Kranken dann aus der Zwischenanstalt ab und brachten sie in das Vernichtungslager.

(siehe Anhang, Abbildung 11, S. 100)

Dort wurden sie entkleidet, fotografiert und den Ärzten zur Untersuchung vorgeführt. Zur Täuschung wurde den Opfern erklärt, sie sollten sich duschen. Die Gaskammern, die das tödliche Kohlenmonoxid freigaben, waren wie Duschräume ausgestattet.

Insgesamt gab es sechs verschiedene Tötungsanstalten, die für Deutschland eine Rolle spielten:

Grafeneck/Württemberg auf der Alb,

Brandenburg an der Havel,

Hartheim bei Linz,

Sonnenstein bei Pirna,

Bernburg an der Saale,

Hadamard bei Limburg

[Mundt et al 2001, S.166] (siehe Anhang, Abbildung 12, S. 101)

Die Zahlen der getöteten psychiatrischen Patienten variieren je nach Autor. So spricht Klee von 70 273, Aly von mehr als 200 000 Menschen, die im Rahmen der ‘Aktion T4’ in Vernichtungsanstalten ermordet wurden [Klee 2001, S.84] [Aly 1989, S.11].

#### 1.4.4. Die Zwischenanstalt Eglfing-Haar und deren Vernichtungslager

Die Oberbayerische Kreis- Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war ihrem Zweck nach dazu bestimmt, psychisch kranke Menschen beiderlei Geschlechts und aller Konfessionen zu behandeln und zu pflegen. Das Aufnahmegebiet umfasste für Kranke der zweiten Verpflegungskategorie ganz Oberbayern, für Kinder unter 15 Jahren ganz Bayern, sowie für

Kranke der dritten Verpflegungsklasse den Stadt- und Landbezirk München sowie die Bezirksämter Aichach, Friedberg, Garmisch, Ingoldstadt/Land, Landsberg/Stadt und Land, Schongau, Schrobenhausen, Starnberg und Wolfratshausen. In diesem Bereich lebten 1.228.000 Menschen, davon allein 730.000 in der Stadt München [Richarz 1986, S.53].

Die Aufnahmebücher und das Datenmaterial aus dem Archiv belegen zahlreiche Verlegungen der „Nervenklinik“ München in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar.

So diente diese Anstalt zum einen als eine Art Auffanglager für chronisch Kranke [Richarz 1986, S. 63], zum anderen auch als Möglichkeit, Patienten zur akuten Therapie weiterzuverlegen, da die Münchner Klinik häufig überfüllt war. Trotz einer baulichen Erweiterung der Universitätsklinik 1928 gab es häufig nicht genug Kapazität für die Behandlung [Hippius et al 2005, S.117].

Fritz Ast, Direktor der Anstalt Eglfing-Haar von 1931-1937 und Richter am Erbgesundheitsgericht befürwortete ausdrücklich Zwangssterilisationen. Diese wurden unmittelbar in der Anstalt vorgenommen. Diesem Eingriff sollen 1703 Menschen zum Opfer gefallen sein [Richarz 1986, S.219].

Hermann Pfannmüller löste Ast in seiner Position ab und wurde von 1938-1945 Direktor der Klinik. Pfannmüller wurde neben Valentin Faltlhauser, Direktor von Kaufbeuren, von Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt als zuverlässiger Psychiater und Gutachter der ‘Aktion T4’ bestimmt, um Insassen zur Tötung zu selektieren [Cranach, Siemen 1999, S.432]. Durch das persönliche Engagement Pfannmüllers fielen so Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar der ‘Aktion T4’ zum Opfer [Cranach, Siemen 1999, S.432].

„Unmittelbar nachdem Mitte Januar 1940 die Krematoriumsöfen in der württembergischen Tötungsanstalt Grafeneck aufgestellt waren, fuhr deren ärztlicher Leiter nach Eglfing-Haar, um die ersten Kranken, die umgebracht werden sollten, persönlich abzuholen. Am 18. Januar 1939 wurden 25 Männer in einem der grauen Omnibusse der „gemeinnützigen Krankentransport GmbH“ geführt und nach Grafeneck gebracht, wo sie am folgenden Tag eintrafen und mit Kohlenmonoxid getötet wurden. Patienten aus Eglfing-Haar waren also die ersten, die der „Euthanasie“ zum Opfer fielen. Am 20. Januar wurden in Eglfing-Haar 22 Frauen verladen, wiederum war das Fahrtziel Grafeneck.“ [Richarz 1986, S.166f]

Zwischen dem 30. August 1940 und dem 17. Januar 1941 wurden laut Untersuchungen von Richarz über ein Drittel aller Anstaltspatienten aus Eglfing-Haar verlegt und anschließend getötet. Diese kamen in die Reichsanstalt Hartheim bei Linz. Pfannmüllers Wunsch nach

einem eigenen Krematorium hatte wegen der Nähe zur Großstadt München abgelehnt werden müssen [Richarz 1986, S.167].

Zwischen 1940 und 1941 wurden schätzungsweise 924 Patienten aus Eglfing-Haar in eine andere Anstalt verlegt und dort getötet.

Durch die Tötung von Anstaltspatienten kam es zu freien Kapazitäten in der Pflegeanstalt. Richarz beschreibt, dass nach einem Jahr des Beginns der 'Aktion T4' die Zahl der Insassen um ein Drittel gesunken war. Ähnliche Verhältnisse gab es in der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee bei Wasserburg am Inn. Durch einen Erlass des Staatsministeriums des Inneren wurden Gesundheitsämter und Ärzte angewiesen, keine Patienten mehr nach Gabersee einzuweisen, denn die beiden Heil- und Pflegeanstalten Eglfing-Haar und Gabersee sollten vereinigt werden. Bis April 1941 wurden alle Patienten aus Gabersee, die noch keinem Vernichtungslager zugewiesen worden waren, nach Eglfing-Haar verlegt.

Ebenso war der Zustrom aus anderen oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten groß. So sollen bis zum 1. November 1941 insgesamt 1434 Menschen nach Eglfing-Haar verlegt worden sein.

Ein Schreiben des Landesfürsorgeverbands Oberbayern begründete, warum es notwendig sei, Kranke der Anstalten zu verlegen:

„Im Zuge der Neuorganisation der Heil- und Pflegeanstalten sind in diesen eine Anzahl Betten frei geworden. Zur Erhaltung der Wirtschaftlichkeit der Heil- und Pflegeanstalten müssen die Betten einer Entschließung des Staatsministeriums des Inneren zufolge wiederbelegt werden. Ich ersuche deshalb, die in ihrer Anstalt auf Kosten des Landesfürsorgeverbandes Oberbayern versorgten Pfleglinge in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar so rasch wie möglich zu überstellen. Von einer vorherigen Verständigung der Angehörigen usw. der Kranken ersuche ich unter allen Umständen im Interesse eines geregelten Abtransportes der Pfleglinge abzusehen. Sie erfolgt durch den Landesfürsorgeverband.“ [Richarz 1986, S.184]

Im Zuge dieses Schreibens wählte ein Anstaltsarzt aus Eglfing-Haar vor Ort Insassen aus, die daraufhin in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar überführt wurden.

Richarz beschreibt diese Verlegungen aus den Heil- und Pflegeanstalten Gabersee, Schönbrunn bei Dachau und Taufkirchen [Richarz 1986, S.184f].

Mindestens 776 dieser Patienten, die zuvor in anderen oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten untergebracht waren, sollen über Eglfing-Haar in eine Tötungsanstalt gebracht worden sein [Richarz 1986, S.219].

Eine wissenschaftliche aktive oder passive Rolle bezüglich Verlegungen über die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar als eine Art Zwischenanstalt mit anschließendem Transport in eine Vernichtungsanstalt soll in dieser Arbeit untersucht werden. Es ließen sich keine Dokumente finden, die derartige Vorgänge belegen. Wohl ist aber bekannt, dass Patienten die nach Eglfing-Haar gebracht wurden, dort zwangssterilisiert wurden:

„ (...) Münchner Kliniken, insbesondere von der psychiatrischen Universitätsklinik, an die Anstalt in Eglfing-Haar überwiesen worden sein, nachdem der Antrag auf Sterilisierung bereits erfolgt war.“ [Cranach, Siemen 1999, S.425]

Es soll sich hierbei um etwa 600 Patienten gehandelt haben [Cranach, Siemen 1999, S.425].

#### 1.4.5. Öffentlicher Widerstand und das Ende der ‘Aktion T4’

Dass psychiatrische Patienten ermordet wurden, war in der Bevölkerung nicht lange unbekannt. Die näheren Umstände der Morde wurden jedoch relativ erfolgreich verschleiert, also wer, wie, wie viele und von wem getötet wurde. Das Personal selbst wurde unterdrückt, indem man diesen mit der Gestapo oder „Dachau“ drohte [Stromberger 2002, S.55].

Trotz der strengen Geheimhaltung wurde die „Euthanasie-Aktion“ bald in der Öffentlichkeit bekannt und löste bei den Betroffenen – den Patienten, ihren Angehörigen und einem Teil des Anstaltspersonals – Widerstand aus.

Gegen die ‘Aktion T4’ protestierten mehr oder weniger erfolgreich Eltern, Verwandte, aber auch Heimleiter und Angestellte der Heime, in denen die Opfer lebten.

Angehörige von Getöteten verständigten sich untereinander und beschwerten sich bei den Direktoren. Es kam zu mehreren öffentlichen Protesten in der Bevölkerung und durch die Kirche. Fragen nach dem Verbleib von Patienten wurden laut, die Morde wurden immer offensichtlicher.

So hatte der Bischof von Münster, Clemens August Graf von Galen, am 28. Juli 1941 bei der Staatsanwaltschaft in Münster Strafanzeige gegen Unbekannt wegen Mordes gestellt [Mundt et al 2001, S.168]. In einer öffentlichen Predigt am 3. August 1941 sprach von Galen die Verbrechen in aller Deutlichkeit an. Er predigte, „Allgemein herrscht der an Sicherheit grenzende Verdacht, dass diese zahlreichen unerwarteten Todesfälle von Geisteskranken nicht von selbst eintreten, sondern absichtlich herbeigeführt werden, dass man dabei jener Lehre folgt, die behauptet, man dürfe sogenanntes „lebensunwertes Leben“ vernichten, also

unschuldige Menschen töten, wenn man meint, ihr Leben sei für Volk und Staat nichts mehr wert. Eine furchtbare Lehre....“ [Aas 2000, S.113]

Hitler ließ die ‘Aktion T4’ daraufhin am 24. August 1941 offiziell beenden [Hirschinger 2001, S.130].

Klee verweist darauf, dass Hitler den Stop deshalb ausführen konnte, da das berechnete „Plansoll“ von 70.000 umzubringender Anstaltspatienten bereits erfüllt war [Klee 1983, S.340].

Doch auch mit dem Widerruf des Führererlasses hatte das Morden kein Ende, denn es standen noch etwa 30.000 für „positiv“ begutachtete Meldebögen zur „Bearbeitung“ aus. Nach der Einstellung der zentral gesteuerten ‘Vernichtungsaktion T4’ ging das Töten psychiatrischer Patienten, dezentral gesteuert, weiter [Cranach 1999, S.32]. Finzen erklärt, dass sich in einer Reihe staatlicher Heil- und Pflegeanstalten eine „wilde Euthanasie“, „mit Duldung von oben“ [Finzen 1996, S. 43] entfaltet, die bis Kriegsende aufrecht erhalten wurde. (siehe Anhang, Abbildung 13, S.102)

#### 1.4.6. Die „wilde Euthanasie“

Zwar wurden die Transporte eingestellt und das offizielle, reichsweite Euthanasieprogramm beendet, doch nun begann die „wilde Euthanasie“ in den Heil- und Pflegeanstalten.

Darüber berichtet Michael Scharpf, der damalige Direktor der Anstalt Mauer-Öhling in Niederösterreich:

„Ab 1944 wurden auch in meiner Anstalt in Mauer Tötungen durchgeführt. Es waren etwa 50 im November 44 und etwa 147 im April 45. Die Aktion hätte weiter fortgeführt werden sollen; es gab durchschnittlich 8-10 Tote pro Tag.“ [Meißel, Eichberger 1999, S.144f]

Die Patienten dieser psychiatrischen Kliniken wurden durch Überdosen von Luminal, Evipan und Hyoszien peroral durch das Vergiften von Speisen oder durch intravenöse Spritzen umgebracht [Meißel, Eichberger 1999, S.145].

Weiter wurde im Rahmen der wilden Euthanasie die sogenannte „Hungerkost“ eingeführt.

In Bayern lag dieser Maßnahme ein Erlass zugrunde, den das Staatsministerium des Inneren zum 30. November 1942 veröffentlicht hatte:

„Im Hinblick auf die kriegsbedingten Ernährungsverhältnisse und auf den Gesundheitszustand der arbeitenden Anstaltsinsassen lässt es sich nicht mehr länger verantworten, dass sämtliche Insassen der Heil- und Pflegeanstalten unterschiedslos die gleiche Verpflegung erhalten ohne Rücksicht darauf, ob sie einerseits produktive Arbeit leisten oder in Therapie stehen oder ob sie andererseits lediglich zur Pflege in den Anstalten untergebracht sind, ohne eine nennenswerte nutzbringende Arbeit zu leisten. Es wird daher angeordnet, dass mit sofortiger Wirkung sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht diejenigen Insassen der Heil- und Pflegeanstalten, die nutzbringende Arbeit leisten oder in therapeutischer Behandlung stehen, ferner die noch bildungsfähigen Kinder, die Kriegsbeschädigten und die an Alterspsychose Leidenden zu Lasten der übrigen Insassen besser verpflegt werden.“

[Richarz 1986, S.186]

Der Direktor einer bayerischen Heil- und Pflegeanstalt sagte 1948 vor Gericht folgendes aus: „Im November 1942 wurden durch ein Geheimschreiben die bayerischen Anstaltsdirektoren kurzfristig zum Staatsministerium des Inneren vorgeladen. Die Sitzung wurde als Staatsgeheimnis erklärt. Die Direktoren mussten sich rechtfertigen über die Zahl der Todesfälle in den Anstalten, die durch Unterernährung und Tuberkulose in die Höhe gestiegen waren. Trotzdem wurde aber überraschenderweise von dem Vorsitzenden erklärt, es stürben in den Anstalten noch zu wenig Kranke. Es sei gar nicht notwendig, auftretende Krankheiten zu behandeln.“ [Frensch et al 1992, S.63]

Später habe sich ein anderer Klinikdirektor zu Wort gemeldet und erklärt, dass er den Kranken, die zuvor der Euthanasie zum Opfer gefallen wären, eine völlig fettlose Kost verabreichen habe lassen. Er würde dieses Vorgehen empfehlen, da seine Patienten nach drei Monaten an Hungerödemen versterben würden [Frensch et al 1992, S.63].

Die Lebensmittelrationen waren für bestimmte psychiatrische Patienten nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht völlig unzureichend, da die Zusammensetzung der Nahrung einen relativ hohen Anteil von Kohlenhydraten gegenüber zu geringen Mengen an Eiweißen und Nahrungsfetten aufwies. Insbesondere durch den Eiweißmangel kam es zu einer deutlichen Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, zu einer Verminderung der Abwehrkräfte, zu einer erhöhten Infektanfälligkeit und bei gleichzeitigem Vitaminmangel zu Hungerödemen. Die durchschnittliche Tagesration lag unter 1400 Kalorien, dies reichte nicht lange zum Überleben [Sparing, Heuser 2001, S.317].

Auch Finzen beschreibt die Tötung psychisch kranker Patienten durch systematisches Verhungernlassen, durch Verabreichung von Spritzen und Tabletten [Finzen 1996, S.43].

Ausführlich beschreibt Richarz in seiner Dissertation die Geschehnisse in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar: Kranke erhielten Spritzen mit Morphium oder Barbituraten, die sie sterben ließen oder sie bekamen Hungerkost verhängt, die auf längere Sicht zum Tode führen sollte.

Nach Richarz habe der damalige Klinikchef Pfannmüller mehrfach erwähnt, was er unter Sonderkost verstand und was er damit bezogen auf seine Patienten bezwecken wollte:

„Wir halten sie fett- und eiweißlos, dann gehen sie von selber.“ [Richarz 1986, S.188]

So konnte die „Euthanasie“ dezentral und unauffällig weitergeführt werden, es musste keine ärztliche Begutachtung und Anordnung für den Einzelfall vorliegen.

Im Gegensatz zu tödlichen Injektionen war die Methode der „Hungerkost“ am besten dazu geeignet, Verantwortlichkeiten zu verwischen. Wenngleich die Tatsache der Abmagerung selbstverständlich nicht verborgen blieb, konnte, im Vergleich zu den Medikamentenmorden, keinem der Mitarbeiter unmittelbar der Vorwurf eines Verbrechens gemacht werden [Sandner 2003, S.605].

Über das Ableben ihrer Angehörigen wurden die Familien postalisch benachrichtigt. Die wahre Todesursache wurde durch erfundene Erkrankungen verschleiert.

(siehe Anhang, Abbildung 14,15,16, S. 103, 104, 105)

Ob Behandlungen dieser Art in der damaligen Nervenlinik München durchgeführt worden sind, ist unbekannt, wird aber im Rahmen dieser retrospektiven Arbeit im folgenden untersucht werden.

## **1.4. Die Rolle des Direktors der Nervenlinik München Professor Dr. Oswald Bumke**

### 1.5.1. Zur Person Professor Dr. Oswald Bumke

Oswald Bumke wurde am 25. September 1877 in Stolp als dritter von vier Söhnen geboren. (siehe Anhang, Abbildung 17, S.106)

Die beiden älteren Brüder waren Juristen. Zu seinem Bruder Erwin, dem späteren Präsidenten des Reichsgerichts in Leipzig, hatte Bumke eine besonders enge Beziehung.

Bumke machte 1896 sein Abitur in Leipzig und begann daraufhin das Studium der Humanmedizin.

Er promovierte in Halle und fand anschließend seine erste Arbeitsstätte in der Psychiatrischen Klinik Freiburg.

Mit Alfred Hoche, dem Direktor dieser Klinik, entwickelte sich eine enge menschliche Beziehung. 1920 verfasste Hoche mit dem Juristen K. Binding die Schrift über „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“, die für die Nationalsozialisten eine Art Legitimation für die Tötung von psychisch Kranken darstellte.

Bumke habilitierte sich bei Hoche und wurde 1910 zum außerordentlichen Professor ernannt. 1914 erhielt Bumke den Ruf als Ordentlicher Professor und wurde Klinikdirektor der Psychiatrischen und Nervenlinik Rostock, 1921 übernahm er die Klinik in Leipzig.

Bumkes Wunsch war es seit langem, die beiden Fächer Psychiatrie und Neurologie zusammenzuführen, Psychiatrische Kliniken müssten zu „Nervenkliniken“ umgewandelt werden. Unter dem Begriff „Nervenheilkunde“ verstand Bumke eine Vereinigung beider Fachrichtungen.

In München konnte er als neuer Direktor der Klinik seinen Wunsch umsetzen. So trat er am 1. April 1924 seinen Dienst in der „Nervenlinik“ an und leitete diese fast 22 Jahre.

Professor O. Bumke war Psychiater, war Arzt, er war Forscher und akademischer Lehrer [Hippius et al 2005, S.109ff].

Im Rahmen eines Entnazifizierungsverfahrens und aufgrund eines Artikels einer Schweizer Zeitung, in dem schwere Vorwürfe gegen ihn wegen angeblicher Verbindungen zu den Nationalsozialisten erhoben worden waren, wurde Bumke 1945 von der Klinikleitung suspendiert. Das Entnazifizierungsverfahren dauerte bis 1947 an. Nachdem sich die Vorwürfe gegen Bumke als haltlos erwiesen hatten, wurde er rehabilitiert und wieder in sein Amt als Universitätsprofessor und Direktor der Nervenlinik eingesetzt. Nachdem Bumke zu diesem

Zeitpunkt inzwischen 70 Jahre alt war, verzichtete er auf die Wiedereinsetzung und ließ sich emeritieren [Hippius et al 2005, S.131f].

Mit der Herausgabe des elfbändigen „Handbuch der Geisteskrankheiten“ (1928-1939) und des 17bändigen „Handbuch der Neurologie“ (1935-1937) erreichte er nationale und internationale Berühmtheit. Das „Lehrbuch der Geisteskrankheiten“ wurde zum Standard-Lehrbuch aller deutschen Universitäten.

Oswald Bumke starb am 5. Januar 1950 in München [Hippius et al 2005, S.132].

Ob O. Bumke prinzipiell ein Befürworter der Euthanasie war oder diese ablehnte, ist nicht restlos geklärt. In der Literatur wird er als „kritischer Kopf“ bezüglich rassenideologischer Ideen beschrieben [Frei 1991, S.198].

Nachträglich hatte Bumke immer wieder versichert, weder aktiv noch passiv in Tötungen im Rahmen der 'Vernichtungsaktion T4' involviert gewesen zu sein. Spätestens seit seiner Berufung nach München 1924 zählte Bumke zu den einflussreichsten Ordinarien für Psychiatrie seiner Zeit. So kommen Äußerungen in seinem „Lehrbuch der Geisteskrankheiten“ besondere Bedeutung zu.

Schöningh vergleicht die erschienenen Bände und unterstreicht wesentliche Aussagen.

In keiner der Auflagen (erschieden 1919, 1924, 1929, 1936, 1942, 1944, 1948) finden sich direkte Hinweise für eine Befürwortung oder Ablehnung zur Tötung psychisch Kranker im Sinne der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

In Bezug auf die ideologisch relevanten Punkte kann zunächst zusammenfassend festgestellt werden, dass Bumke das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und damit die Zwangssterilisierung von „Erbkranken“ nicht prinzipiell in Frage stellte. Gleiches gilt für das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ (Ehegesundheitsgesetz) und die durch dieses Gesetz geregelten Eheverbote.

Trotzdem setzte sich Bumke stets äußerst kritisch mit den Themen Eugenik und Entartung auseinander. Bezüglich der Erblichkeit von Geisteskrankheiten äußerte sich Bumke 1929 deutlich zurückhaltend. Eine Sterilisierung von „Erbkranken“ zog er auch nicht auf freiwilliger Basis in Erwägung.

Auch wenn Bumke sich 1922 noch kritisch mit den Themen Eugenik und Entartung auseinandersetzte, schränkte er 1933 die Möglichkeit der Sterilisierung auf definierte Krankheitsbilder ein.

So referierte er 1933 zum Thema „Eingriffe aus eugenischer Indikation“ auf der 23. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie [vgl. Bumke 1933, S. 109-117]. Seinen Ausführungen zur „Sterilisierung“ stellte er die Bemerkung voran, dass er sich „- für den Augenblick, in dem wir über die Vererbung von Geisteskrankheiten genügend Bescheid wissen würden - immer schon für die Zwangssterilisierung eingesetzt habe“ (S.111). Bei „Schwachsinn“ und „Schizophrenie“ sei die Frage der Vererbung letztlich nicht ausschlaggebend, da diese „ihre Kinder schließlich doch nicht erziehen“ könnten (S.112ff). Eine Ergänzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ forderte er für die „große Menge von Rückfallverbrechern“, die „weder Kinder zu brauchbaren Staatsbürgern erziehen, noch auch nur sozial eingestellte Kinder erzeugen“ könnten (S. 117). Diese Ergänzung sei „ja auch gleich angekündigt worden“, und so dürfe man „zuversichtlich hoffen,“ dass die „Gesellschaft nicht nur von einem Ballast, sondern auch von einer dauernden Bedrohung in hohem Maße befreit“ werde (S. 117).

Auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie [vgl. Bumke 1934, S. 401f] befürwortete er ebenfalls Sterilisierungen und die Ausdehnung des Gesetzes auf „die unsozialen Psychopathen, die Verbrecher“ (S. 402).“

[Schöningh 2001, S.61]

1936 führte Bumke aus, dass man „seit Bestehen des Gesetzes zur Verhütung von erbkranken Nachwuchses nicht bloß vorsichtiger, sondern auch an Erfahrungen reicher geworden“ sei. Er zeigte eine Reihe von Zweifelsfällen auf und erklärte dann abschließend, dass bei unklaren Befunden und Grenzfällen „nach einem Erlass des Reichsministers des Inneren ... während des Krieges keine Anträge gestellt werden“ sollten [Bumke 1936, S.127ff].

In der fünften Auflage (1942) und unverändert in der sechsten Auflage (1944) vertrat Bumke laut Schöningh dann teilweise eine kritischere Haltung bezüglich der „Indikation“ und der zu erwartenden Ergebnisse durch die Zwangssterilisierungen.

In den „Richtlinien für Schwangerschaftsabbruchung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen“ schrieb O. Bumke 1936, dass er keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bei Geisteskrankheiten sähe. [Hippius et al 2005,S.127]

(siehe Anhang, Abbildung 18, 19,S. 107, 108)

Prinzipiell spricht sich Bumke gegen eine Sterilisation oder Unterbrechung der Schwangerschaft aus, außer man hätte zeigen können, dass durch diese Maßnahmen eine Ausrottung der psychischen Erkrankungen zu erreichen wäre. Dies ist aber nicht der Fall gewesen.

Bumke betont hier ausdrücklich, dass ein Schwangerschaftsabbruch schwerwiegende Folgen für die Mutter sowie das gesamte Familienleben nach sich ziehen kann, und „auch das Kind im Mutterleib ist ein lebendiger Mensch“ [Hippius et al 2005, S.127].

„Bezüglich der Frage, warum er als einer der führenden deutschen Psychiater Deutschlands die sogenannte „Euthanasie“ nicht verhindert habe, führte Bumke aus [vgl. Bumke 1952], dass er „seit 1933 ... nichts mehr zu „führen“ gehabt habe, hingegen „aus allen ehrenamtlichen Stellen in der Universität, in Hochschulverband, in der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, im Deutschen Verein für Psychiatrie ... herausgedrängt worden“ sei und „Beziehungen zu den führenden Männern des „Dritten Reiches“ ... nicht gehabt habe, so dass er habe froh sein müssen, nicht daran gehindert zu werden, „im Stillen meine Kranken auf meine Art zu betreuen, den Geist meiner Klinik zu bewahren und aus den Studenten wirkliche Ärzte zu machen“ (S. 146). Von den an den Geisteskrankheiten „begangenen Verbrechen“ habe er „zuerst im Herbst 1940 ... erfahren“ (S.146). Daraufhin habe er sich an den einen Berater im Reichsinnenministerium gewandt, sei aber nur auf die Geheimhaltung der Angelegenheit hingewiesen worden. Nachfolgend habe er sich mit dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes in Verbindung gesetzt. Vom Staatskommissar für das Gesundheitswesen in Bayern sei erklärt worden, „wem sein Kopf lieb sei, der solle nach diesen Dingen nicht fragen“ (S. 148). Schließlich sei zu erfahren gewesen, dass „der Erzbischof von München, Kardinal Faulhaber, ... dieser Sache wegen schon an den Reichsjustizminister geschrieben“ habe (S.148). Er (Bumke) halte „für wahrscheinlich, dass deshalb die Aktion im Frühjahr 1941 eingestellt worden“ sei (S.148). Danach habe er „zunächst zufrieden sein“ müssen, dass man sich an seine Klinik nicht „herangewagt“ habe. „Wenigstens die Verlegung ... gefährdeter Kranker aus der (infolge dessen maßlos überfüllten) Klinik“ habe er verhindern können (S.149).

Weitere Möglichkeiten zum Widerstand seien nicht vorhanden gewesen: „Wer Widerstand leistete, kam ins Konzentrationslager“. „Für Don Quichoterien aber“ habe er „–außer im Roman- niemals etwas übrig gehabt“ (S. 149).“

[Schöningh 2001, S.60ff]

Anhand dieses Zitates wird erkennbar, dass Bumke nur „im Stillen“ Widerstand leisten konnte, in dem Sinne, dass er Verlegungen in andere Anstalten unterband. Somit spricht er sich klar gegen die Tötung von Patienten aus.

### 1.5.2. Zur Person Professor Dr. Ernst Rüdin

Ernst Rüdin wurde am 19. April 1874 in St. Gallen geboren. Er hatte drei ältere Schwestern, wobei ihn die zweitälteste in vielerlei Hinsicht beeinflusst haben soll. Während ihres Studium der Humanmedizin lernte sie Alfred Julius Ploetz (1860-1940) kennen, der als Begründer der rassenhygienischen Bewegung in Deutschland gilt. So beeindruckte Ploetz Rüdin mit seinen „sozial-darwinistischen Ideen von der Rassenhygiene“ [Hippius et al 2005,S.88].

1893 begann Rüdin das Medizinstudium, er studierte in der Schweiz, Italien, Deutschland und Irland. Nach Abschluss des Studiums und Promotion arbeitete Rüdin in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken. Den Kontakt zu Ploetz verlor er nicht, gemeinsam gründeten sie 1905 die Zeitschrift „Archiv für Rassen- und Gesellschafts- Biologie“. Dort arbeitete Rüdin hauptamtlich als Redakteur, bis er schließlich 1907 in die Psychiatrie zurückfand.

Ernst Rüdin wurde Assistenzarzt und schließlich Klinikoberarzt bei Emil Kraepelin, der sich mit der Vererbung psychischer Krankheiten und der Degenerationslehre auseinandersetzte, einem Schwerpunkt der Interessen Rüdins [Hippius et al 2005,S.88].

Dennoch stand Kraepelin „vielen Ideen kritisch gegenüber“ [Hippius et al 2005, S.88].

Von 1917-1925 schied Rüdin aus der Klinik aus und wurde Leiter des Genealogisch-demographischen Instituts in München. Er übertrug die Erkenntnisse aus den Mendel'schen Gesetzen radikal auf die psychiatrische Erbforschung. So übertrug er deren Gültigkeit in „klarer eindeutiger Weise“ auch auf die „endogenen Störungen“ [Cranach;Siemen, 1999, S.391].

Rüdin ließ die Methoden wissenschaftlicher Statistik in die Psychiatrie einfließen, begleitet von seinem rassenhygienischen Weltbild. Zu seinen zahlreichen Schülern zählte unter anderen der damalige Oberarzt der Anstalt Eglfing Joseph Entres [Richarz 1986, S.120] und später auch Ast, Direktor von Eglfing- Haar [Richarz 1986,S.128].

Nach dem Tod Kraepelins kehrte Rüdin zurück in die Universität München und wurde dort zum ordentlichen Professor für Psychiatrie ernannt. Er wurde geschäftsführender Direktor der Forschungsanstalt für genetisch- psychiatrische Untersuchungen [Hippius et al 2005, S.89].

Rüdins rassenhygienische Vorstellungen kamen dem nationalsozialistischem Regime sehr gelegen. 1933 wurde er Obmann der Arbeitsgemeinschaft für Rassenhygiene und Rassenpolitik des Sachverständigen- Beirats für Rassen- und Bevölkerungspolitik beim

Reichsminister des Inneren, wurde Beisitzer beim Erbgesundheits- Obergericht in München und wurde so immer mehr politisch eingebunden [Hippius et al 2005, S.89].

Rüdin forderte vehement eugenische Maßnahmen :

„Erst die nationalsozialistische Weltanschauung hat den Blick unseres Volkes in die Zukunft gerichtet, wir haben uns wieder auf den Sinn unseres Lebens, auf den Zweck unseres Staatswesens, den Kampf um Fortbestand und Leben der Familie, der Art und der Rasse besonnen! ... Nicht die wirtschaftlichen Gesichtspunkte stehen im Vordergrund, sondern der entschlossene Wille unserer Regierung, den Volkskörper zu reinigen und die krankhaften Erbanlagen allmählich auszumerzen! Es ist der Anfang der Vorsorge für das kommende Geschlecht, um unseren Kindern und Kindeskindern eine bessere und gesündere Zukunft zu gestalten. Das Gesetz ist demnach als eine Bresche in das Geröll und die Kleinmütigkeit einer überholten Weltanschauung und einer übertriebenen selbstmörderischen Nächstenliebe der vergangenen Jahrhunderte aufzufassen. Es ist aber noch etwas anderes, was als Grundgehalt des Gesetzes Bedeutung erlangt, das ist das Primat und die Autorität des Staates, die er sich auf dem Gebiet des Lebens, der Ehe und der Familie endgültig gesichert hat“

[Gütt, Rüdin, Ruttke 1934, Vorwort in Freidl S. 178].

Somit wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 wissenschaftlich untermauert. Ernst Rüdin war maßgeblich daran beteiligt, dass Menschen mit „biologisch minderwertigem Erbgut“ zwangssterilisiert wurden.

Ohne Frage galt Rüdin als eine Art Schlüsselfigur der deutschen eugenischen Bewegung.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1. Die Diagnosebücher und das Krankenakten - Archiv**

Zur Untersuchung des Verlegungsverhaltens der Nervenlinik München während der ‘Aktion T4’ wurden größtenteils Daten aus Diagnosebüchern verwendet, fehlende Angaben wurden zum Teil durch Informationen aus Krankenakten ergänzt.

Grundlage bildeten also die Diagnosebücher, die seit Bestehen der Klinik (November 1904) durchgehend bis zum Jahr 1972 geführt wurden, bis sie durch Datenverarbeitungsprogramme von Computern ersetzt werden konnten.

(siehe Anhang, Abbildung 20, S. 109)

Die stationär aufgenommenen Patienten sind in diesen Büchern nach Geschlecht und nach Kalenderjahren unterteilt. Ferner sind sie durch eine fortlaufende Archivnummer, nach Namen, Vornamen, Alter, Aufnahme- und Entlassungsdatum, den Ort der Verlegung sowie einen Diagnoseschlüssel (seit 1930 nach dem Würzburger- Schema, siehe Anhang, Abbildung 21, S.110, 111) und einer Diagnose in Worten untergliedert. Da ab 1940 Wiederaufnahmen im gleichen Kalenderjahr in der Regel gekennzeichnet wurden, finden sich gelegentlich Verweise auf später oder früher erfolgte Aufnahmen. Wiederaufnahmen wurden in dieser Arbeit wie eine Neuaufnahme behandelt.

Bei den Untersuchungen der Diagnosebücher wurde der Zeitraum von November 1937 bis August 1941 beider Geschlechter erfasst.

Daten aus dem Diagnosebuch von 1937 für die stationäre Frauenaufnahme konnten nur dem Krankenaktenarchiv entnommen werden, da der Verbleib dieses Buches rückwirkend nicht mehr zu eruieren war, was angesichts der schweren Kriegsjahre nicht weiter verwunderlich ist. Mittels der fortlaufenden Archivnummer war es aber möglich, nahezu alle relevanten Daten über das Krankenakten-Archiv zu ermitteln.

### **2.2. Die relevanten Diagnosen**

Wie in 2.2. angesprochen, wurden die Diagnosebücher schematisch und einheitlich geführt. Da eine Trennung von Psychiatrie und Neurologie nicht bestand, enthält diese Untersuchung auch die neurologischen Krankheitsbilder [Höchter 1976, S.10]. Die Systematik des Würzburger Diagnoseschlüssels wurde bei allen untersuchten Jahrgängen beibehalten.

Grundsätzlich wurden alle Diagnosen erfasst und ausgewertet. Ein besonderes Augenmerk galt den Krankheiten, die anhand der sogenannten Meldebögen (siehe 1.4.1.) erfasst werden mussten. Dabei handelte es sich um:

- Schizophrenie (Würzburger Diagnoseschlüssel 14)
- Epilepsie (Würzburger Diagnoseschlüssel 13a, 13b)
- Senile Erkrankungen (Würzburger Diagnoseschlüssel 6a, 6b, 6c, 6d)
- Therapie- refraktäre Paralyse und andere Lues- Erkrankungen  
(Würzburger Diagnoseschlüssel 3, 4)
- Schwachsinn jeder Ursache (Würzburger Diagnoseschlüssel 1a, 1b, 1c)
- Encephalitis (Würzburger Diagnoseschlüssel 5)
- Huntington oder andere neurologische Endzustände  
(Würzburger Diagnoseschlüssel 7)

Außerdem wurden dementielle Syndrome im weiteren Verlauf hinsichtlich der Sterbezahl in der Klinik genauer betrachtet.

### **2.3. Die Erfassung und Bearbeitung der Daten**

Zunächst wurden die Daten sämtlicher stationärer Patienten des untersuchten Zeitraumes in eine Excel-Datenbank eingegeben. Auf persönliche Patientendaten wie Name, Vorname wurde verzichtet, erhoben wurden das Alter, das Datum der Aufnahme und der Entlassung, der Verlegungsort sowie die Diagnose nach dem System des Würzburger Diagnoseschlüssels. Anhand des Aufnahme- und Entlassungsdatums konnte in einem späteren Schritt die durchschnittliche Liegezeit der Patienten in Tagen ermittelt werden.

Der Zeitraum der Untersuchung erstreckt sich über 46 Monate, insgesamt liegen die Daten von 13 083 Patienten vor. 13 Patienten mussten wegen fehlenden Entlassungsdatums ausgeschlossen werden. Dieses war durch fehlende Datenlage nicht mehr eruierbar.

Im weiteren Verlauf wurde die Excel- Datei in eine Access-Datei umgeschrieben, um die statistische Auswertung zu vereinfachen.

## 2.4. Statistische Verfahren

Es handelt sich um eine theoretisch-historische Arbeit basierend auf retrospektiver Datenerhebung anhand der Diagnosebücher und dem Krankenakten-Archiv.

Zu untersuchen war der Zeitraum des Beginns der ‘Aktion T4’ von Oktober 1939 bis August 1941 (Gruppe 1). Als Kontrollzeitraum (Gruppe 0) wurde zum Vergleich der Zeitraum von November 1937 bis Oktober 1939 gewählt (weitere Ausführungen siehe 2.7. Der gewählte Kontrollzeitraum).

Die Monate Oktober bis Dezember 1939 wurden als Indifferenzzone von der weiteren Analyse ausgeschlossen, ebenso Entlassungen nach dem August 1941.

Zur statistischen Analyse wurden logistische Regressionsmodelle, Klassifikationsbäume, exakte Tests von Fisher, der Wilcoxon Rangsummentest, t-Tests und die Odds-Ratio unter Berücksichtigung verschiedener Einflussgrößen verwendet.

### 2.4.1. Logistisches Regressionsmodell

Unter logistischer Regression versteht man ein Verfahren zur meist multivariaten Analyse diskreter (z.B. binärer = paarweiser) abhängiger Variablen. Eine Übertragung der logistischen Regression auf abhängige Variable mit mehr als zwei (nominal- oder ordinalskalierten) Merkmalen ist möglich. Zur Analyse (Grafik 2.1, Modell 1, Grafik 3.1, Modell 2, Grafik 4.1, Modell 3, Grafik 5.1, Modell 4, Modell 5, im neu untersuchten Zeitraum ab September 1940: Grafik 2.1, Modell 1, Grafik 3.1, Modell 2, Grafik 4.1, Modell 3, Grafik 5.1 und Modell 4) wurde ein generalisiertes Regressionsmodell mit Logit-Transformation berechnet. Dabei wurden nur die Patienten betrachtet, welche in Gruppe 0 oder 1 lagen.

Ziel war es festzustellen, ob und inwieweit die untersuchten Variablen untereinander abhängig sind und inwieweit Einflussgrößen (z.B. Alter, Geschlecht, Liegedauer, Art der Erkrankung) die Analyse beeinflussen.

[Logistische Regression.(07.07.2009).URL:[http://de.wikipedia.org/wiki/Logistische\\_Regression](http://de.wikipedia.org/wiki/Logistische_Regression) (23.06.2009).]

#### 2.4.2. Klassifikationsbaum

Klassifikationsbäume (Entscheidungsbäume) sind Bäume, bei denen bei jeder Verzweigung die Verzweigungsmöglichkeiten (Äste) mit Wahrscheinlichkeiten versehen sind. Sie werden verwendet, um besser und mit weniger Fehlern eine Entscheidung treffen zu können.

Im binären Entscheidungsbaum wird eine Serie von Fragen gestellt, welche alle mit ja oder nein beantwortet werden können. Diese Serie gibt ein Resultat, welches durch eine Regel bestimmt ist. Die Regel ist einfach ablesbar, wenn man von der Wurzel her den Ästen des Baumes folgt, bis man zu einem bestimmten Blatt gelangt, welches das Resultat der Fragereihe darstellt.

Klassifikationsbäume trennen die Daten in mehrere Gruppen, welche jeweils durch eine Regel mit mindestens einer Bedingung bestimmt werden. Um eine Klassifikation abzulesen, geht man entlang des Baumes abwärts. Bei jedem Knoten wird ein Attribut abgefragt und eine Entscheidung getroffen. Diese Prozedur wird solange fortgesetzt, bis man ein Blatt erreicht hat.

Die Wirksamkeit eines Entscheidungsbaumes kann an der Anzahl der Prozentpunkte abgelesen werden. Anhand von Klassifikationsbäumen (Grafik 2.2, Grafik 3.2, Grafik 4.2, Grafik 5.2, im neu berechneten Zeitraum ab September 1941 Grafik 2.2, Grafik 3.2, Grafik 4.2 und Grafik 5.2) können so Schlüsselattribute wie z.B. der Einfluss des Alters, des Geschlechts oder der Erkrankung erkennbar gemacht werden.

Bei der Berechnung der Klassifikationsbäume wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

[Entscheidungsbaum. (06.05.2009).URL:<http://de.wikipedia.org/wiki/Klassifikationsbaum> (23.06.2009).]

#### 2.4.3. Exakter Test nach Fisher

Der Exakte Fisher-Test ist ein Signifikanztest auf Unabhängigkeit in der Kontingenztafel, welcher auch bei einer geringen Anzahl von Beobachtungen zuverlässige Resultate liefert.

Der exakte Test von Fisher bildet Zellhäufigkeiten, die bei festen Zeilen- und Spaltensummen entstehen können, und berechnet die bedingte Wahrscheinlichkeit für die Zellhäufigkeiten, gegeben die Randsummen. Es werden die Wahrscheinlichkeiten für den vorgegebenen Fall und für die extremeren Fälle berechnet und addiert. Diese Wahrscheinlichkeiten folgen, wenn

die Nullhypothese stimmt, einer hypergeometrischen Verteilung. In den Ablehnbereich werden zunächst die Kombinationen von Zellhäufigkeiten unterbebracht, die mit der Nullhypothese am wenigsten vereinbar sind.

Mit dem exakten Test nach Fisher wurde (in Modell 3, 6. Sonstige Hypothesen) die statistische Abhängigkeit zweier Variablen, z.B. „gefährliche Diagnose“ und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Haar-Eglfing überprüft.

[Exakter Test nach Fisher. (26.06.2009).

[URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Exakter\\_Test\\_nach\\_Fisher](http://de.wikipedia.org/wiki/Exakter_Test_nach_Fisher) (23.06.2009).]

#### 2.4.4. Wilcoxon Rangsummentest

Der Wilcoxon Rangsummentest ist der gebräuchlichste nichtparametrische Test für das Lokationsproblem in der mathematischen Statistik und somit für den Vergleich der Mediane zweier unabhängiger Zufallsgrößen geeignet.

Mittels des Wilcoxon Rangsummentests berechneten wir die Signifikanz der verlängerten Liegezeit im Zeitraum der ‘Aktion T4’ sowie im Kontrollzeitraum (Tabelle 1.1).

[Wilcoxon-Rangsummentest. (12.05.2009). [URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Wilcoxon-Rangsummen-Test](http://de.wikipedia.org/wiki/Wilcoxon-Rangsummen-Test). (23.06.2009).]

#### 2.4.5. t-Test

Der t-Test ist ein Begriff aus der mathematischen Statistik, er bezeichnet eine Gruppe von Hypothesentests. Es handelt sich um einen beliebigen Hypothesentest mit t-verteilter Testprüfgröße. Bei dem durchgeführten Zweistichproben t-Test wurde anhand der Mittelwerte zweier Stichproben (Tabelle 1.1, Test für Alter) geprüft, ob die Erwartungswerte zweier Grundgesamtheiten ungleich, kleiner oder größer sind.

[t-Test. (10.05.2009). [URL:http://de.wikipedia.org/wiki/T-Test](http://de.wikipedia.org/wiki/T-Test). (23.06.2009).]

#### 2.4.6. Odds Ratio

Odds stellen in der Wahrscheinlichkeitstheorie und Statistik eine Möglichkeit dar, Wahrscheinlichkeiten anzugeben. Mathematisch berechnen sich Odds als Quotienten aus der Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt und der Wahrscheinlichkeit, dass es nicht eintritt (Gegenwahrscheinlichkeit). Ist der Wert eines Odds eins, dann ist dies mit einer 50:50-Chance identisch.

In der Statistik verwendet man das sogenannte Odds Ratio (Verhältnis von Odds), um den Unterschied zweier Odds zu bewerten und damit Aussagen über die Stärke von Zusammenhängen zu machen.

[Quotenverhältnis. (25.03.2009). [URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Odds\\_ratio](http://de.wikipedia.org/wiki/Odds_ratio). (23.06.2009).]

### 2.5. Die Altersstruktur der Patienten

Das Alter der Patienten war den Diagnosebüchern zu entnehmen und wurde ohne Einschränkung tabellarisch aufgenommen.

Eine Klassenbildung nach Jahren wurde bei bestimmten Untersuchungen zur Verdeutlichung angewendet (von 0-37 Jahre; 38-53 Jahre; 54-67 Jahre; >67Jahre).

### 2.6. Die Daten

Insgesamt liegen die Daten von 13 083 Patienten vor. Diese wurden anhand ihres Entlassungsdatums in verschiedene Gruppen eingeteilt. Dabei wurden 13 Patienten wegen fehlenden Entlassungsdatums ausgeschlossen.

Als interessierende Gruppen wurden die Patienten, welche vor Oktober 1939 entlassen wurden, und die Patienten mit einem Entlassungsdatum zwischen Januar 1940 und August 1941 identifiziert ('Aktion T4'). Die Monate Oktober bis Dezember 1939 wurden als Indifferenzzone von der weiteren Analyse ausgeschlossen, ebenso Entlassungen nach dem August 1941.

Somit stehen insgesamt 11 795 Patienten für die folgende Auswertung zur Verfügung. 5468 aus dem Zeitraum der 'Aktion T4' (Gruppe 1) sowie als Kontrollgruppe (Gruppe 0) 6327 aus der Zeit davor.

## **2.7. Der gewählte Kontrollzeitraum**

Durch ein von Adolf Hitler auf den 1. September 1939 rückdatiertes Ermächtigungsschreiben wurde der Beginn der ‘Aktion T4’ eingeleitet.

Zu untersuchen war der Zeitraum des Beginns der ‘Aktion T4’ von Oktober 1939 bis August 1941 (Gruppe 1). Proteste von Seiten der Kirche und der Bevölkerung führten am 24. August 1941 zum offiziellen Ende der ‘Aktion T4’.

Als Kontrollzeitraum (Gruppe 0) wurde zum Vergleich der Zeitraum von November 1937 bis Oktober 1939 gewählt. Der Kontrollzeitraum wurde bewusst vor Beginn der ‘Aktion T4’ gewählt, da es nach Einstellung der ‘Aktion T4’ zu weiteren, verdeckt gehaltenen, dezentralen Tötungen gekommen ist (z.B. Hungertod, siehe Ausführungen 1.4.6. Die „wilde Euthanasie“). Eine zeitvergleichende Untersuchung nach August 1941 erschien uns nicht sinnvoll, da dieser Kontrollzeitraum eine zu große Fehlerquelle bezüglich der Sterberate in der Klinik oder zu den Verlegungen aufweisen hätte können und sich leicht angreifbar dargestellt hätte. Über Tötungen von Patienten in psychiatrischen Anstalten vor Oktober 1939 gibt es keine Hinweise.

## **2.8. Zitierweise**

Literaturzitate finden sich, sofern sie nicht im laufenden Text erwähnt werden, in eckigen Klammern im Anschluss an das Zitat in der Form:

[Autor Jahrgang der Veröffentlichung, gegebenenfalls Seitenzahl].

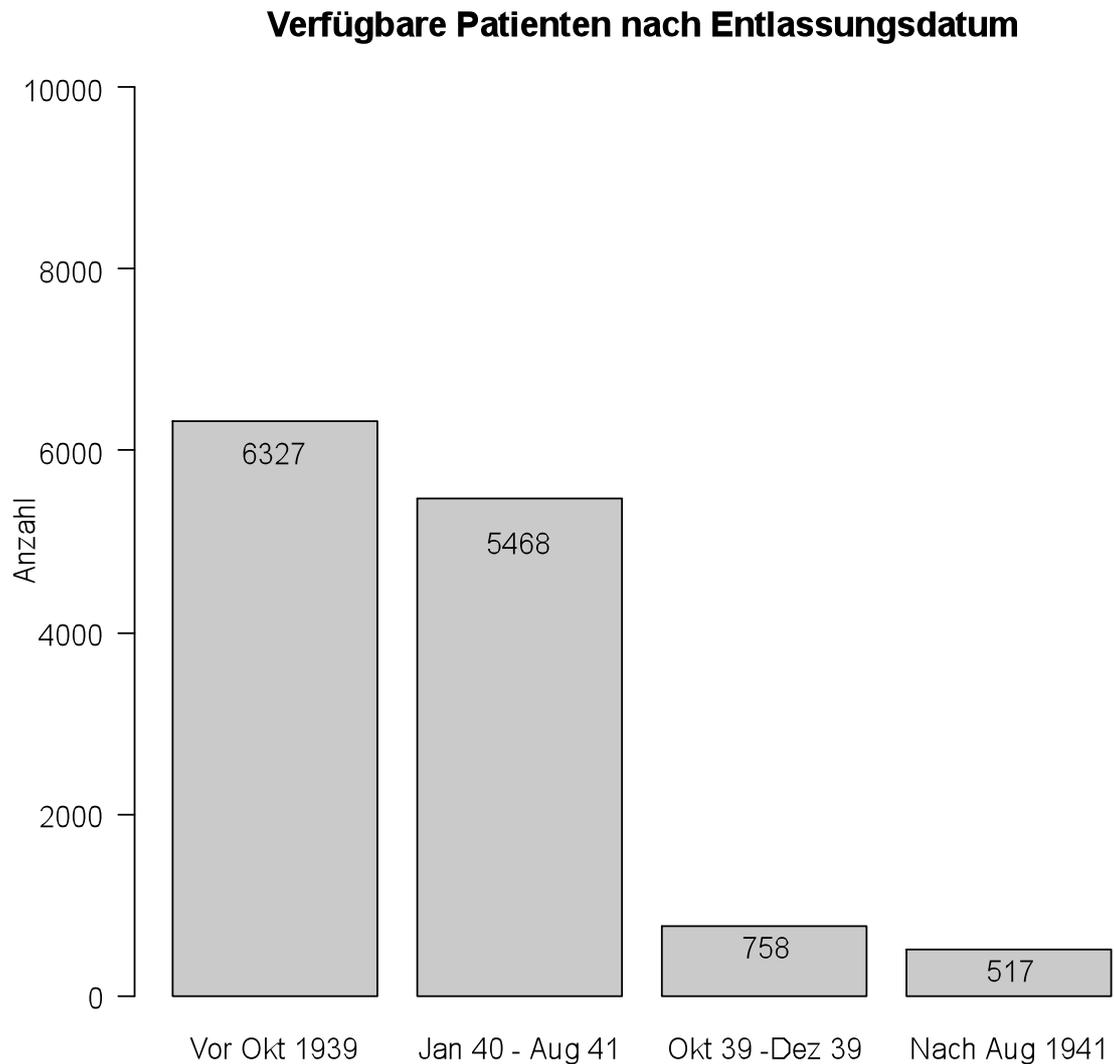
### **3. Ergebnisse**

#### **3.1. Die Daten**

Insgesamt liegen die Daten von 13 083 Patienten vor. Diese wurden anhand ihres Entlassungsdatums in verschiedene Gruppen eingeteilt. Dabei wurden 13 Patienten wegen fehlendem Entlassungsdatums ausgeschlossen.

Als interessierende Gruppen wurden die Patienten welche vor Oktober 1939 entlassen wurden, und die Patienten mit einem Entlassungsdatum zwischen Januar 1940 und August 1941 identifiziert ('Aktion T4'). Die Monate Oktober bis Dezember 1939 wurden als Indifferenzzone von der weiteren Analyse ausgeschlossen, ebenso Entlassungen nach dem August 1941.

### 3.1.1. Grafik 1.1. Anzahl von Patienten nach Entlassungsdatum



Die Grafik spiegelt die absolute Anzahl der Patienten in den beiden Kontrollzeiträumen (vor Oktober 1939 = Kontrollgruppe, von Jan.-Aug. 1941=Zeitraum der 'Aktion T4'), der Indifferenzzone (Okt.-Dez. 1939) und den Patienten die nach August 1941 entlassen wurden, wieder.

Somit stehen insgesamt 11 795 Patienten für die folgende Auswertung zur Verfügung, 5468 aus dem Zeitraum der 'Aktion T4' (Gruppe 1) sowie als Kontrollgruppe 6327 aus der Zeit vor der Aktion (Gruppe 0).

### 3.1.2. Tabelle 1.1. Gruppenvergleiche

Tabelle 1.1.: Gruppenvergleiche. Alle Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p < 0.01$ )

	Gruppe 0	Gruppe 1	p-Wert
N	6327	5468	
Alter (Jahre)	38.00	39.82	< 0.0001
Liegedauer (Tage)	25.93	28.17	0.0012
Geschlecht (männlich)	58.44%	54.86%	< 0.0001
Liegedauer bei "gefährlichen" Erkrankungen (Tage)	35.09	37.60	<0.05

Tabelle 1.1 vergleicht den Zeitraum der 'Aktion T4' (=Gruppe 1) mit dem Kontrollzeitraum (=Gruppe 0) anhand unterschiedlicher Variablen. So wird ersichtlich, dass für die Untersuchung in der absoluten Anzahl weniger Patienten (N) der Gruppe 1 zu Verfügung standen, als für Gruppe 0.

Die Patienten der Gruppe 1 waren durchschnittlich älter und die Liegedauer der Gruppe 1 hat sich verlängert. Prozentual gab es weniger Männer (und damit mehr Frauen) in Gruppe 1 als vergleichsweise in Gruppe 0.

Zur Ermittlung der Signifikanz (p-Wert) des Alters wurde ein t-Test mit ungleichen Varianzen durchgeführt, das Resultat war ein p-Wert von kleiner 0.0001, dies ist höchst signifikant.

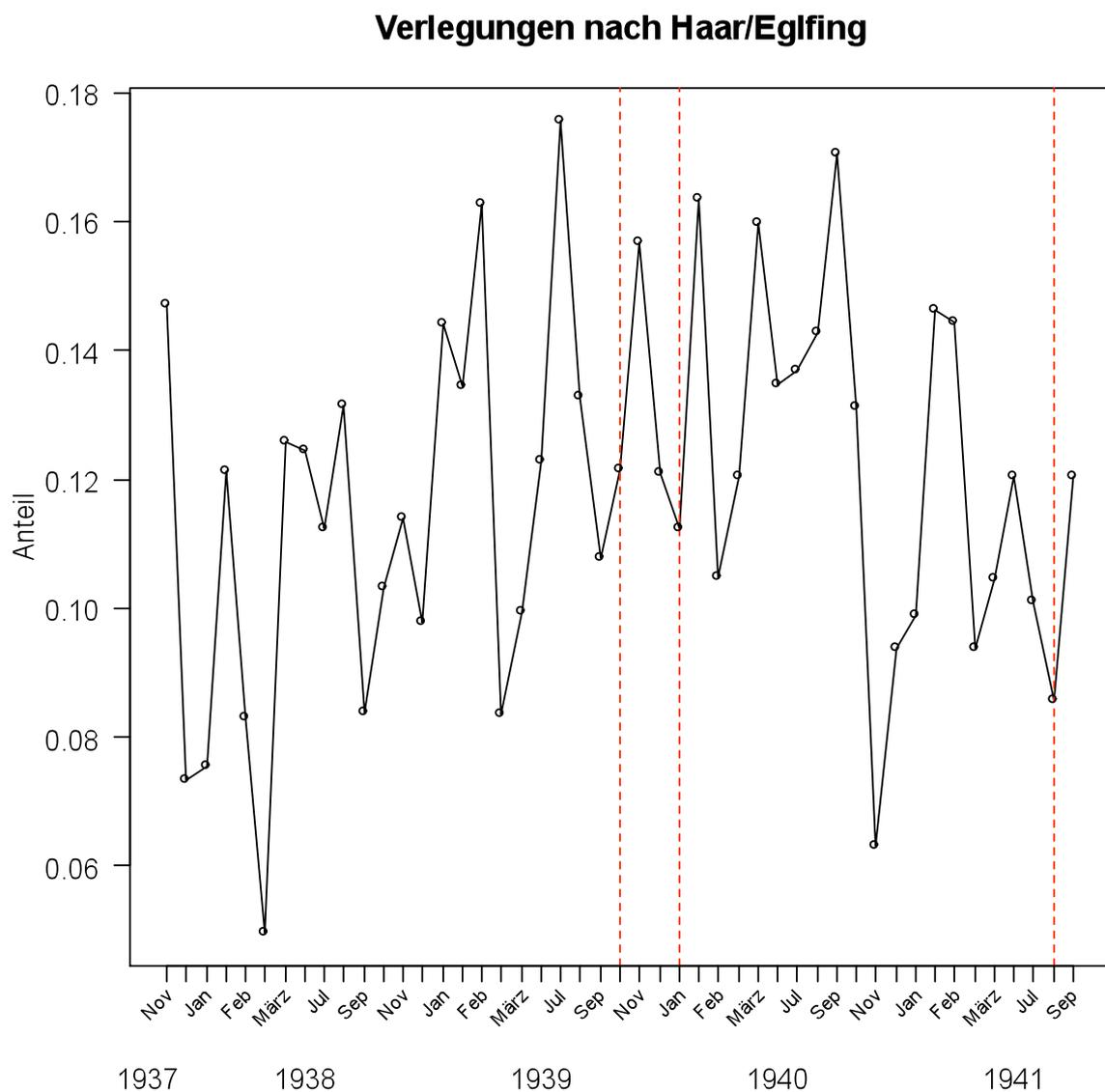
Zur Ermittlung der Signifikanz bezüglich der Liegedauer wurde der Wilcoxon Rangsummentest durchgeführt, das Resultat war ein p-Wert von 0.0012, dies ist höchst signifikant.

Zur Ermittlung der Signifikanz bezüglich der Geschlechterverteilung wurde der exakte Test von Fisher durchgeführt, das Resultat war ein p-Wert von kleiner 0.0001, dies ist ebenfalls höchst signifikant.

Die mittlere Liegedauer bei „gefährlichen“ Erkrankungen betrug 35.09 Tage im Kontrollzeitraum (Gruppe 0) und 37.60 Tage im Zeitraum der 'Aktion T4' (Gruppe 1). Diese verlängerte Liegezeit, überprüft durch den Wilcoxon RangSummen Test, ist bei einem p-Wert von kleiner 0.05 statistisch signifikant.

### 3.2. Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar

#### 3.2.1. Grafik 2.1. Anteil der Patienten, die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden, nach Monaten



Die Grafik 2.1. beschreibt die Patienten, die über den gesamten untersuchten Zeitraum (Gruppe 0, Indifferenzzone und Gruppe 1, Patientenanteil nach September 1941) in die Heil und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden. Hierbei werden alle Erkrankungen berücksichtigt. Der Anteil der Patienten, die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden, ist prozentual dargestellt. Zur Veranschaulichung der Schwankungen innerhalb der Zeiträume ist eine monatliche Untergliederung erfolgt.

### 3.2.2. Modell 1

#### Modell 1:

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z-Wert	P-Wert
(Intercept)	-3.4110620	0.1033688	-32.999	< 2e-16 ***
ns1	0.0112764	0.0612018	0.184	0.854
nsdiag	1.7461675	0.0707353	24.686	< 2e-16 ***
alter	0.0121190	0.0018371	6.597	4.20e-11 ***
sexM	-0.4460033	0.0612552	-7.281	3.31e-13 ***
dauer	0.0042143	0.0007323	5.755	8.66e-09 ***

---

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

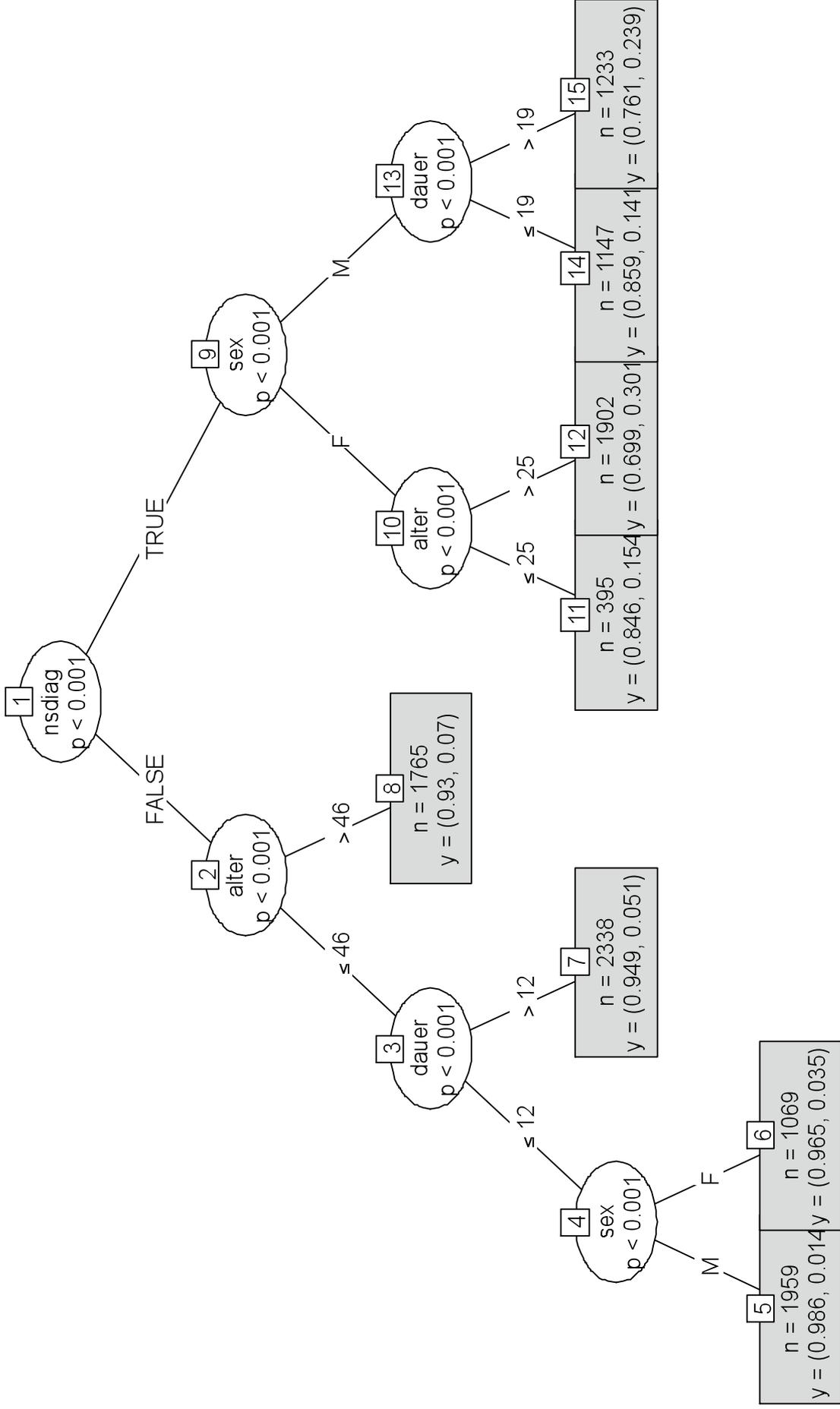
Modell 1 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellen die Diagnose (nsdiag), das Alter der Patienten (alter), das Geschlecht (sexM) und die Liegedauer (dauer) höchst signifikante Einflussgrößen für eine mögliche Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar dar.

Der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz. Der Zeitraum nimmt hier keinen Einfluss auf das Verlegungsverhalten, weder im Kontrollzeitraum, noch im Zeitraum der 'Aktion T4'.

3.2.3. Grafik 2.2.: Klassifikationsbaum zu den Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar



## Zur Grafik 2.2. Klassifikationsbaum zu den Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar

Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass die Diagnose der entscheidende Faktor für eine Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war, weil dies der erste Knoten ist. Verfolgt man das Bäumchen weiter, so gabelt sich dieses in TRUE und FALSE auf. TRUE beschreibt die „gefährlichen“ Erkrankungen, FALSE, die restlichen Erkrankungen. Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens die y-Werte (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der y-Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten (z.B. „gefährliche“ Diagnose, weiblich, >25 Jahre). Der y-Wert beinhaltet als ersten Wert den Anteil derer, die in diesen Knoten nicht in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt worden sind, der zweite Wert beschreibt den Anteil derer, die unter den Bedingungen der Knoten verlegt wurden. Es lässt sich hier erkennen, dass weibliche Pat. > 25 Jahre mit „gefährlicher“ Diagnose prozentual ( $y = 0.301 = 30.1\%$ ) öfter verlegt wurden, als beispielweise jüngere Patientinnen (<25 Jahre,  $y = 15.4\%$ ). Es lässt sich so grafisch darstellen, dass weibliche Patienten, die älter als 25 Jahre alt waren und eine „gefährliche“ Diagnose hatten, am häufigsten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden. Insgesamt war dies der häufigste Knoten. Die Diagnose war hier der einflussreichste Parameter.



Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

### 3.3.2. Modell 2

#### Modell 2:

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z )
(Intercept)	-0.771228	0.058894	-13.095	<2e-16 ***
ns1	-0.107489	0.038879	-2.765	0.0057 **
alter	0.017064	0.001273	13.405	<2e-16 ***
sexM	-0.397381	0.038870	-10.223	<2e-16 ***

---  
Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

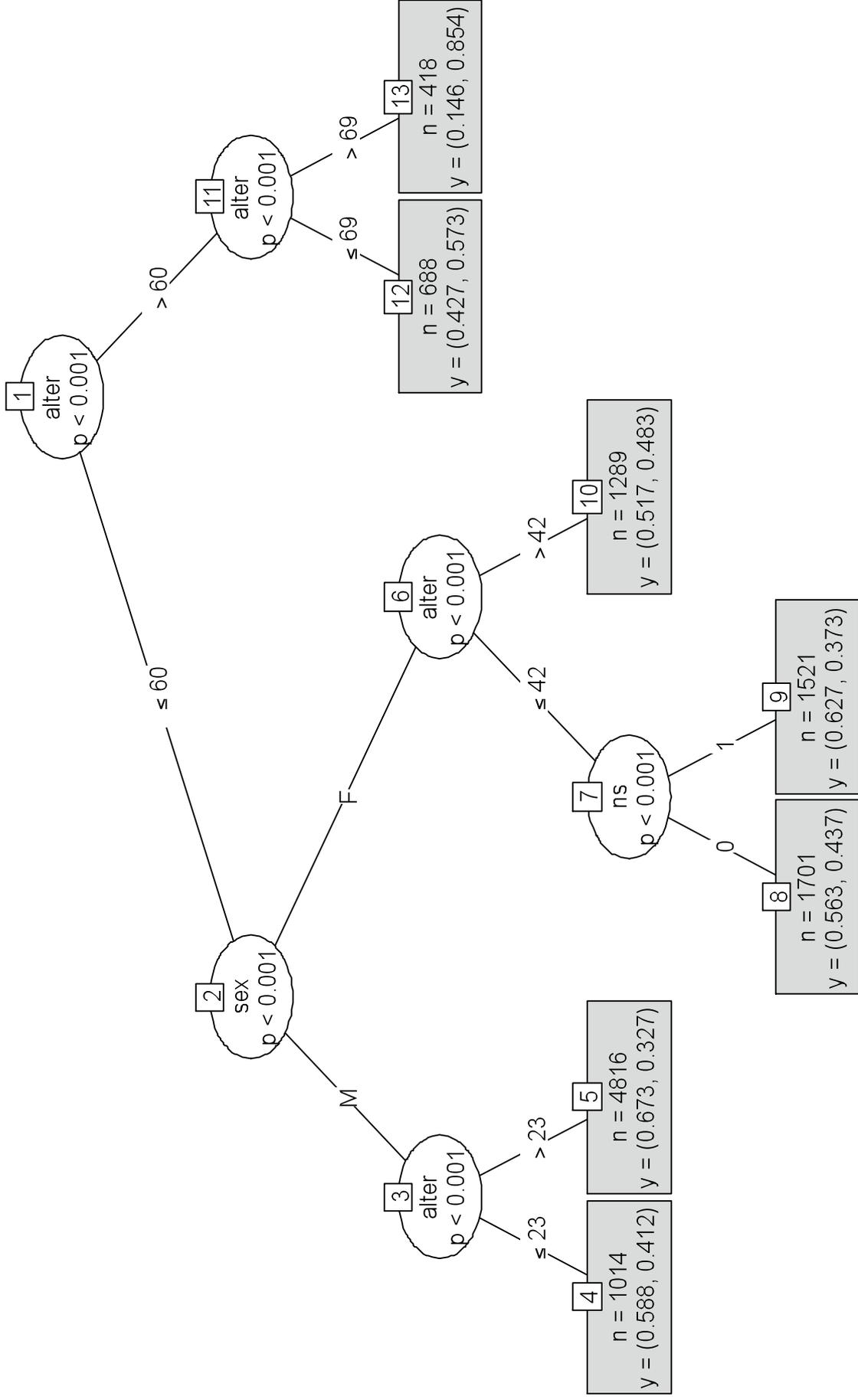
Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

Modell 2 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellen das Alter der Patienten (alter) und das Geschlecht (sexM) höchst signifikante Einflussgrößen für den Erhalt einer „gefährlichen“ Diagnose dar. Während des Zeitraumes (ns1) der 'Aktion T4' ging der Anteil an „gefährlichen“ Diagnosen leicht zurück (negativer Schätzwert der Modellparameter). Auch dieser rückläufige Anteil ist statistisch signifikant.

3.3.3. Grafik 3.2.: Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer gefährlichen Diagnose



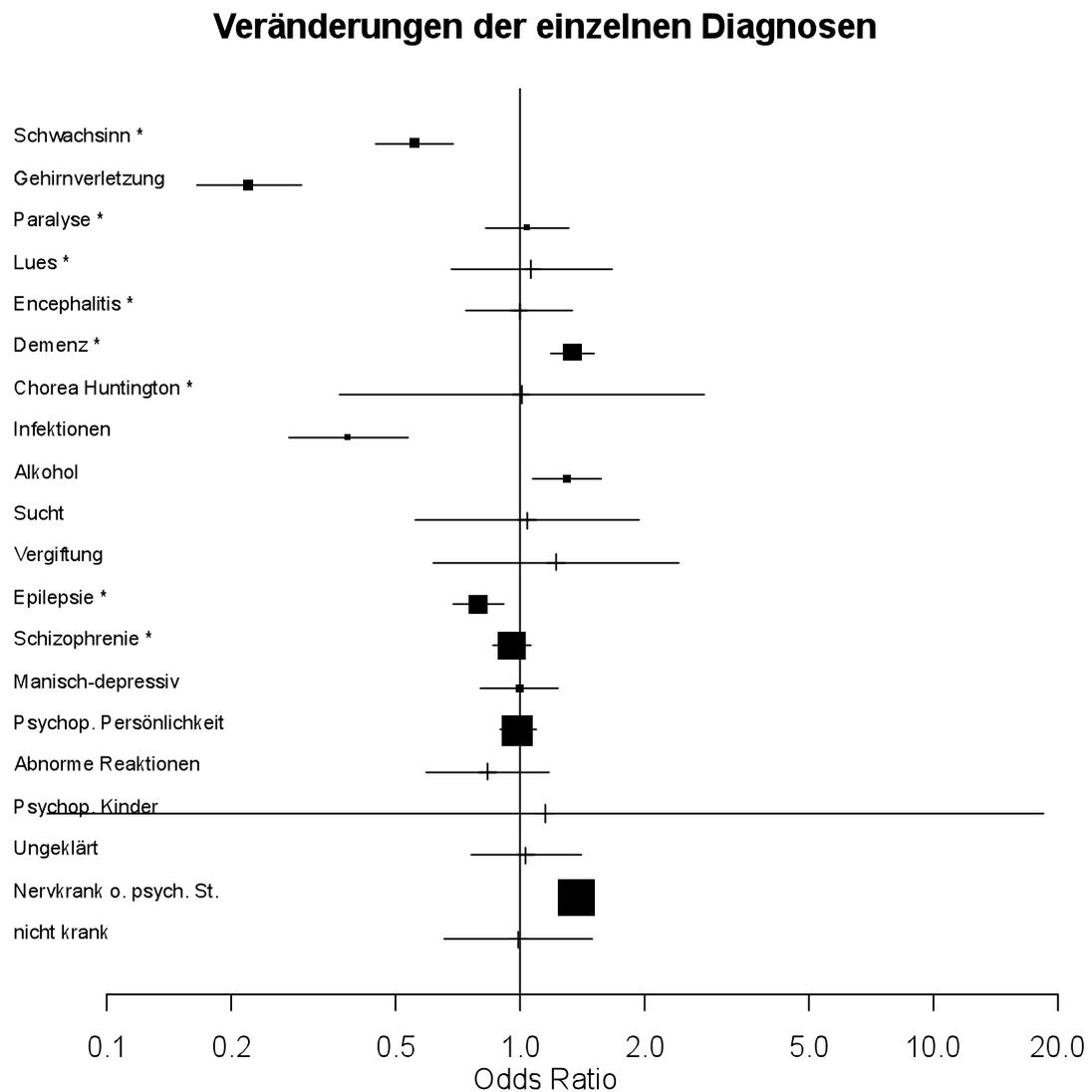
### Zur Grafik 3.2. Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer gefährlichen Diagnose

Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass das Alter der entscheidende Faktor für den Erhalt einer „gefährlichen“ Diagnose war, weil dies den ersten Knoten darstellt. Verfolgt man das Bäumchen weiter, so gabelt sich dieses in  $<60$  Jahre und  $>60$  Jahre auf.

Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens die y-Werte (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der y-Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten. Der y-Wert beinhaltet als ersten Wert den Anteil der Patienten, die in diesen Knoten keine „gefährliche“ Diagnose bekommen haben, der zweite Wert beschreibt den Anteil derer, die unter den Bedingungen der Knoten eine „gefährliche“ Diagnose erhalten haben. Es lässt sich hier erkennen, dass das Alter (Patienten  $>69$  Jahre, 85.4%) den wichtigsten Einfluss bei dem Stellen von „gefährlichen“ Diagnosen hatte, da dies insgesamt den häufigsten Knoten abbildete. Patienten höheren Alters hatten die größte Wahrscheinlichkeit, eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten.

### 3.3.4. Grafik 3.3. Veränderungen der einzelnen Diagnosen über beide Gruppen



Grafik 3.3. stellt die Veränderungen aller Diagnosen, einzeln aufgeführt, über beide untersuchte Zeiträume dar. Die „gefährlichen Diagnosen“ sind mit (\*) gekennzeichnet.

Die Odds Ratio stellt eine Möglichkeit dar, Wahrscheinlichkeiten anzugeben. Wir können anhand dieser Grafik sehen, wo hoch die Chance war, über beide Zeiträume eine bestimmte Diagnose zu erhalten.

Eine Odds Ratio von 1.0 bedeutet, dass sich die Chance, eine bestimmte Erkrankung in einem Zeitraum zu erhalten, sich nicht verändert hat. Als Beispiel kann hier die Chorea Huntington

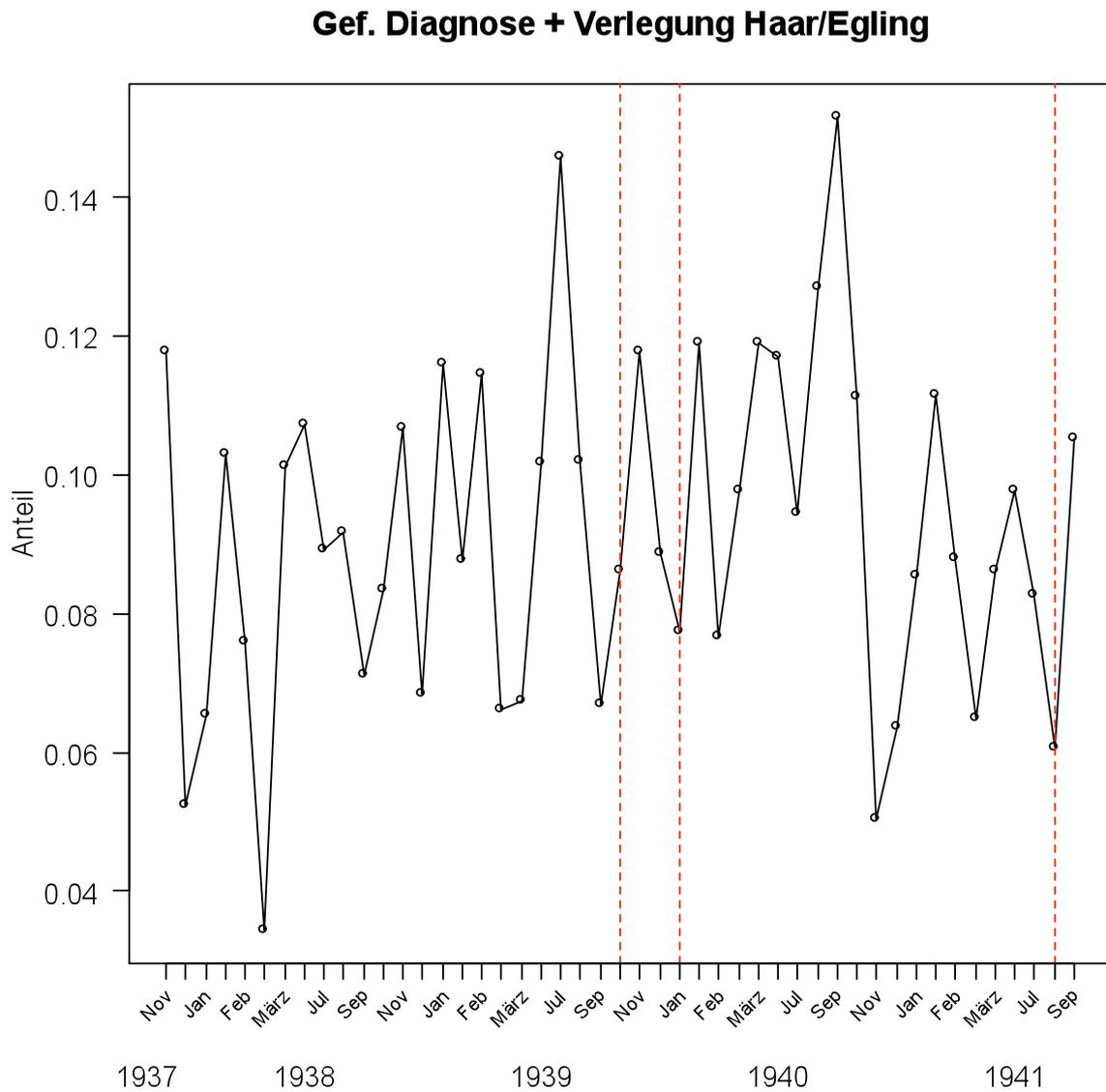
angeführt werden. Diese Diagnose wurde unabhängig vom Zeitraum gestellt. Auch die Diagnosen der psychopathischen Persönlichkeit und der Schizophrenie bleiben recht konstant. Eine Odds Ratio kleiner 1.0 bedeutet, dass die Chance, eine bestimmte Diagnose im Zeitraum der 'Aktion T4' bekommen zu haben, gesunken ist. Dies gilt beispielsweise für die Diagnosen Gehirnverletzung, Schwachsinn und Epilepsie.

Eine Odds Ratio größer als 1.0 bedeutet, dass die Chance, eine bestimmte Diagnose im Zeitraum der 'Aktion T4' bekommen zu haben, gestiegen ist. Dies gilt beispielsweise für die Diagnosen Demenz, Alkoholkrank und Nervenkrank ohne psychiatrische Störung.

Die Größe der Quadrate gibt die Häufigkeit der diagnostizierten Erkrankungen an.

### 3.4. „Gefährliche“ Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar

#### 3.4.1. Grafik 4.1.



Grafik 4.1. zeigt die im Zeitverlauf (Zeitraum der Kontrollgruppe, Indifferenzzone, Zeitraum der ‘Aktion T4’, Entlassungen nach September 1941) Schwankungen derer Patienten, die eine „gefährliche Diagnose“ bekommen haben und anschließend in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt worden sind. Der Anteil dieser Patienten ist prozentual angegeben. Zur besseren Übersicht ist eine Einteilung nach Monaten erfolgt.

### 3.4.2. Modell 3

#### Modell 3:

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z )
(Intercept)	-2.700329	0.098566	-27.396	<2e-16 ***
ns1	-0.014279	0.065060	-0.219	0.826
alter	0.019298	0.002031	9.502	<2e-16 ***
sexM	-0.686567	0.065517	-10.479	<2e-16 ***

---

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

Modell 3 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellt das Alter der Patienten (alter) sowie das Geschlecht (sexM) höchst signifikante Einflussgrößen für eine mögliche Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar dar.

Der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz. Der Zeitraum nimmt hier keinen Einfluss auf das Verlegungsverhalten, weder im Kontrollzeitraum, noch im Zeitraum der 'Aktion T4'.

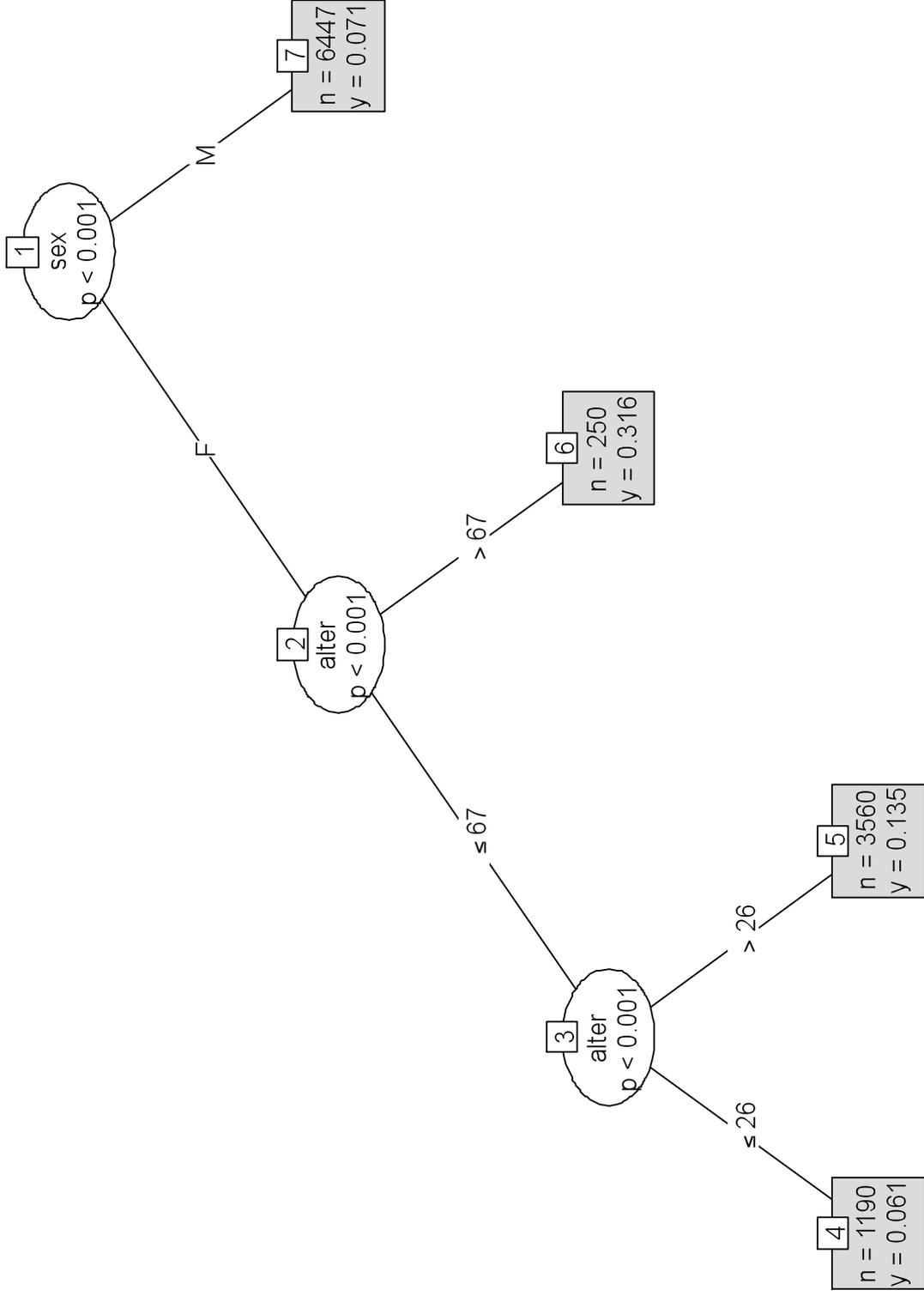
Um einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Verlegungsziel in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und einer „gefährlichen“ Diagnose zu ermitteln, führten wir eine weitere Untersuchung mittels dem exakten Test nach Fisher durch.

### Fisher's Exact Test for Count Data

```
data: table(dats$nsziel, dats$nsdiag)
p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true odds ratio is not equal to 1
95 percent confidence interval:
 5.780654 7.600814
sample estimates:
odds ratio
 6.621587
```

Bei einem p-Wert von  $<0.001$  zeigte sich dieser Zusammenhang als höchst signifikant. Dies bedeutet, dass es höchst wahrscheinlich war, in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt zu werden, wenn man eine „gefährliche“ Diagnose hatte. Der Zeitraum nimmt hier aber keinen Einfluss.

3.4.3. Grafik 4.2.: Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar



Zur Grafik 4.2. Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar

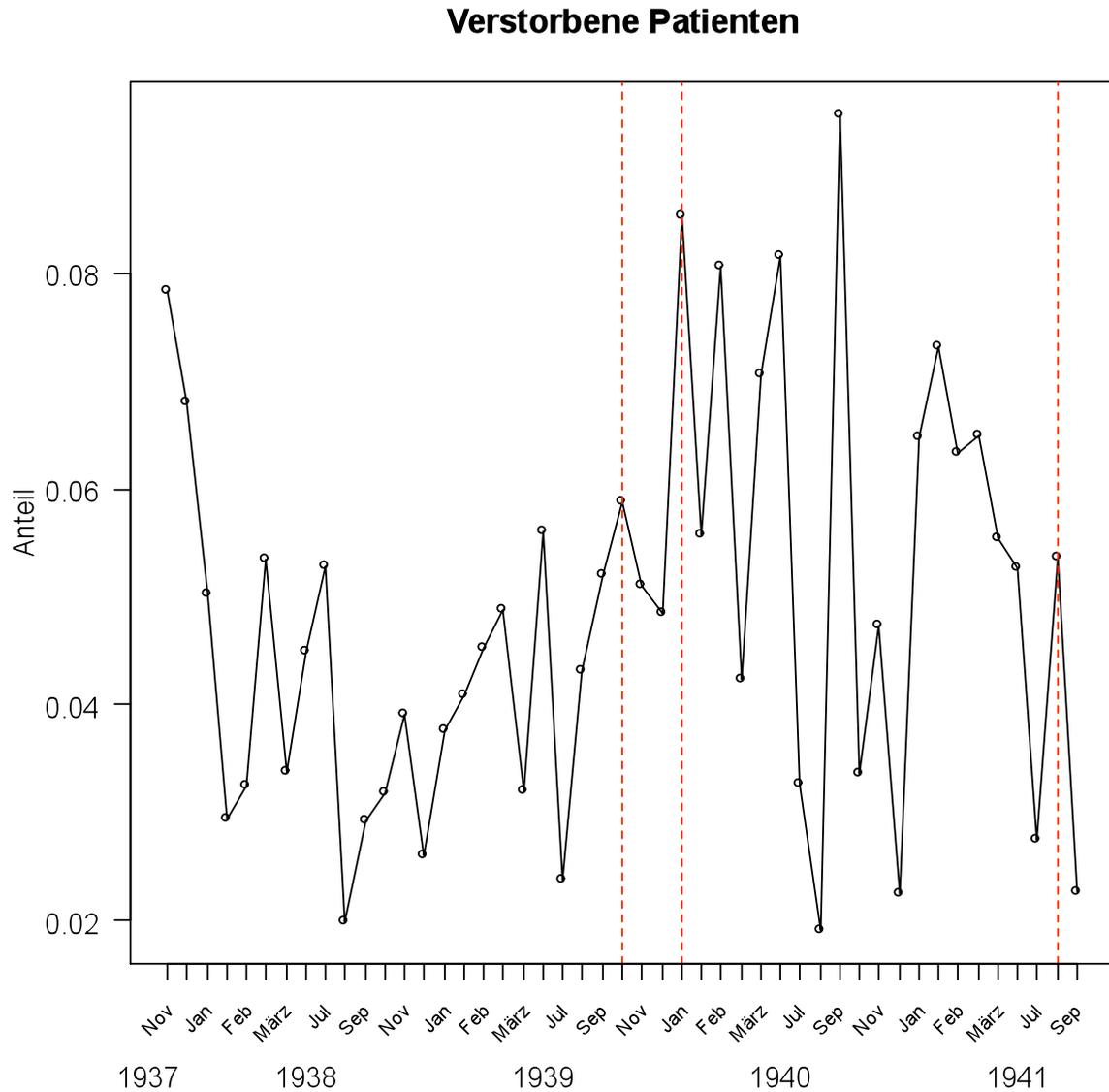
Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass das Geschlecht bei Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose der entscheidende Faktor für eine Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war, weil dies der erste Knoten ist. Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens die y-Werte (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der y-Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten (z.B. „gefährliche“ Diagnose, weiblich, >26 Jahre). Der y-Wert beinhaltet als Wert den Anteil derer, die in diesen Knoten bei „gefährlicher“ Diagnose in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt worden sind. Es lässt sich hier erkennen, dass weibliche Pat. > 26 Jahre bei Vorliegen einer „gefährlicher“ Diagnose prozentual ( $y = 0.135 = 13.5\%$ ) öfter verlegt wurden, als beispielweise jüngere Patientinnen (<26 Jahre,  $y = 0.061 = 6.1\%$ ). Es lässt sich so graphisch darstellen, dass weibliche Patienten, die älter als 26 Jahre alt waren und eine „gefährliche“ Diagnose hatten, am häufigsten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden. Insgesamt war dies der häufigste Knoten. Das Geschlecht war hier der einflussreichste Parameter.

### 3.5. Todesfälle während des Klinikaufenthaltes

#### 3.5.1. Grafik 5.1.

Grafik 5.1.: Todesfälle während des Klinikaufenthaltes



Grafik 5.1. zeigt die im Zeitverlauf (Zeitraum der Kontrollgruppe, Indifferenzzone, Zeitraum der 'Aktion T4', Entlassungen nach September 1941) Schwankungen derer Patienten, die in der Nervenklinik München verstorben sind. Der Anteil dieser Patienten ist prozentual angegeben. Zur besseren Übersicht ist eine Einteilung nach Monaten erfolgt.

Im Mittel sind im Kontrollzeitraum 4.1% und im Zeitraum der 'Aktion T4' 5.5% der Patienten während ihres Aufenthaltes in der Nervenlinik verstorben. Um diese Veränderung richtig interpretieren zu können, müssen die Gruppenunterschiede berücksichtigt werden (Modell 4).

### 3.5.2. Modell 4

#### Modell 4:

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z )
(Intercept)	-6.257542	0.172713	-36.231	< 2e-16 ***
ns1	0.170575	0.091882	1.856	0.0634 .
nsdiag	0.597623	0.097160	6.151	7.7e-10 ***
alter	0.062466	0.002942	21.232	< 2e-16 ***
sexM	0.017463	0.092547	0.189	0.8503

---

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

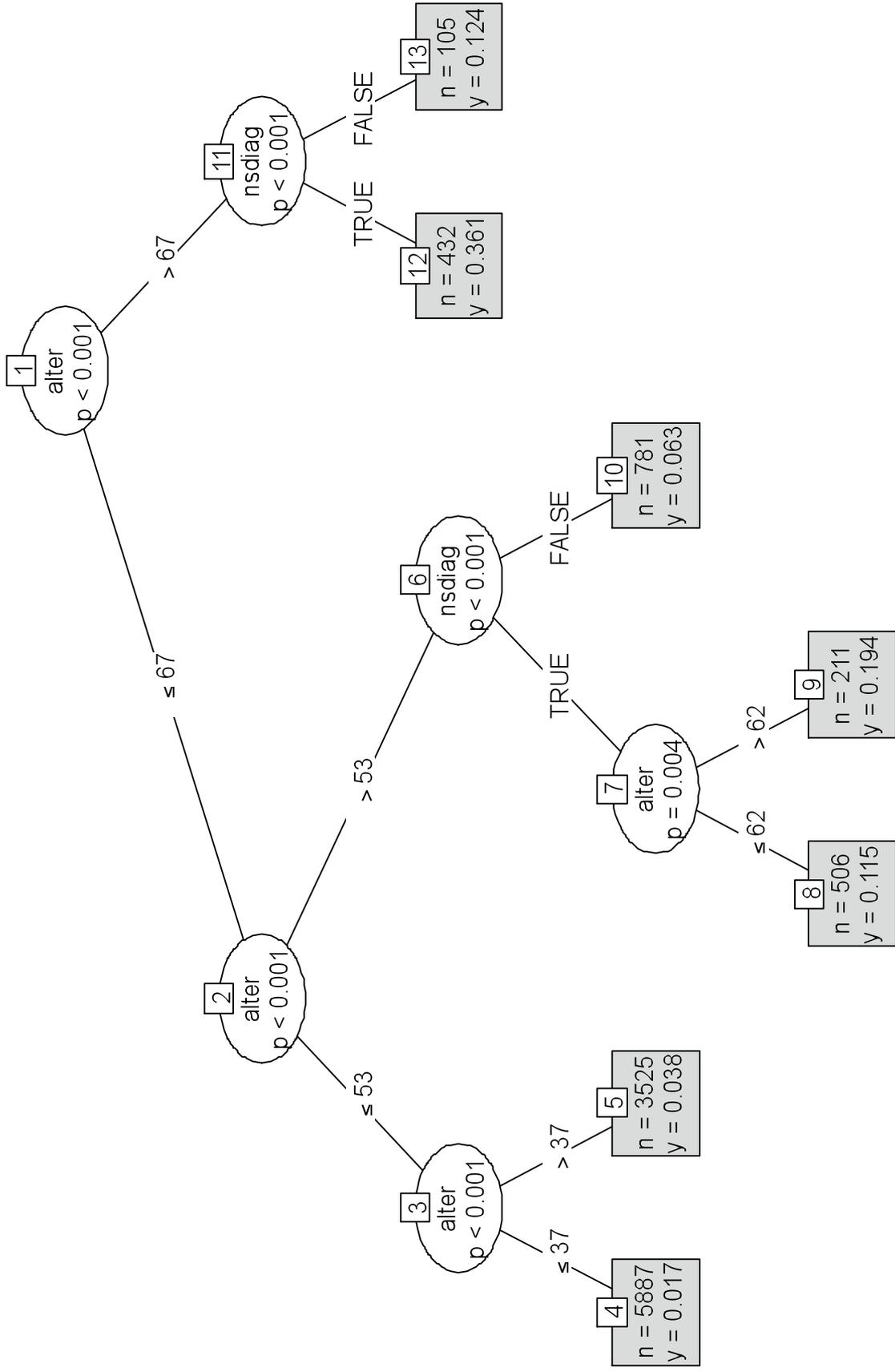
Modell 4 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellt die Diagnose (nsdiag) sowie das Alter der Patienten (alter) höchst signifikante Einflussgrößen für Todesfall während des Klinikaufenthaltes dar.

Das Geschlecht (sexM) sowie der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz.

3.5.3. Grafik 5.2.: Klassifikationsbaum zu Todesfällen während des Klinikaufenthalts



## Zur Grafik 5.2. Klassifikationsbaum zu den Todesfällen während des Klinikaufenthaltes

Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass das Alter der entscheidende Faktor für die Todesfälle während des Klinikaufenthaltes war, weil dies der erste Knoten ist. Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens die  $y$ -Werte (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der  $y$ -Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten (z.B. Alter  $> 62$  Jahre, „gefährliche“ Diagnose). Der  $y$ -Wert beinhaltet als Wert den Anteil derer, die in diesen Knoten in der Klinik verstorben sind. Es lässt sich hier erkennen, dass Patienten  $> 62$  Jahre mit „gefährlicher“ Diagnose prozentual ( $y = 0.194 = 19.4\%$ ) häufiger verstarben, als beispielweise jüngere Patienten ( $< 62$  Jahre,  $y = 0.115 = 11.5\%$ ). Es lässt sich so grafisch darstellen, dass Patienten, die älter als 62 Jahre alt waren und eine „gefährliche“ Diagnose hatten, am häufigsten während des Klinikaufenthaltes verstorben sind. Insgesamt war dies der häufigste Knoten. Das Alter war hier der einflussreichste Parameter, das Geschlecht und der Zeitraum sind hier nicht relevant.

### 3.6. Sonstige Hypothesen

Unter 3.4. wurde deutlich, dass sich der Anteil der verstorbenen Patienten im Zeitraum der 'Aktion T4' erhöht hat. Diese Erhöhung ist aber auf das durchschnittlich höhere Alter der Patienten zurückzuführen (Modell 4), nicht direkt auf den Zeitraum.

Wenn man jetzt nur die Demenzkranken Patienten in die statistische Berechnung mit einbezieht (n=1164), so verstarben im Kontrollzeitraum 91 von 547 Patienten (16.64%) und während des Zeitraumes der 'Aktion T4' 144 von 617 Patienten (23.34%).

Die beiden Variablen Gruppenzugehörigkeit (ns) und „verstorben“ sind unter den Patienten mit Demenz signifikant abhängig:

#### Fisher's Exact Test for Count Data

```
data: dats[dats$diagnose == 6, ]$ziel == "verstorben" and dats[dats$diagnose == 6, ]$ns
p-value = 0.005368
alternative hypothesis: true odds ratio is not equal to 1
95 percent confidence interval:
 1.128078 2.068926
sample estimates:
odds ratio
1.524980
```

Diagnose 6=demenz, verstorben, Zeitraum

#### 3.6.1. Modell 5

##### Modell 5:

```
Coefficients:
      Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
(Intercept) -5.810885  0.508802 -11.421 < 2e-16 ***
ns1          0.304252  0.156084  1.949  0.05126 .
alter        0.062551  0.007382  8.474 < 2e-16 ***
sexM         0.458160  0.153759  2.980  0.00289 **
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

Modell 5 untersucht mit der Zielgröße „Verstorben während des Klinikaufenthaltes“ die alleinigen Daten von demenzkranken Patienten. Die Berechnung erfolgte mittels der logistischen Regression.

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

Modell 5 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellen die das Alter der Patienten (alter) und das Geschlecht (sexM) höchst signifikante Einflussgrößen für das Versterben in der Nervenlinik dar.

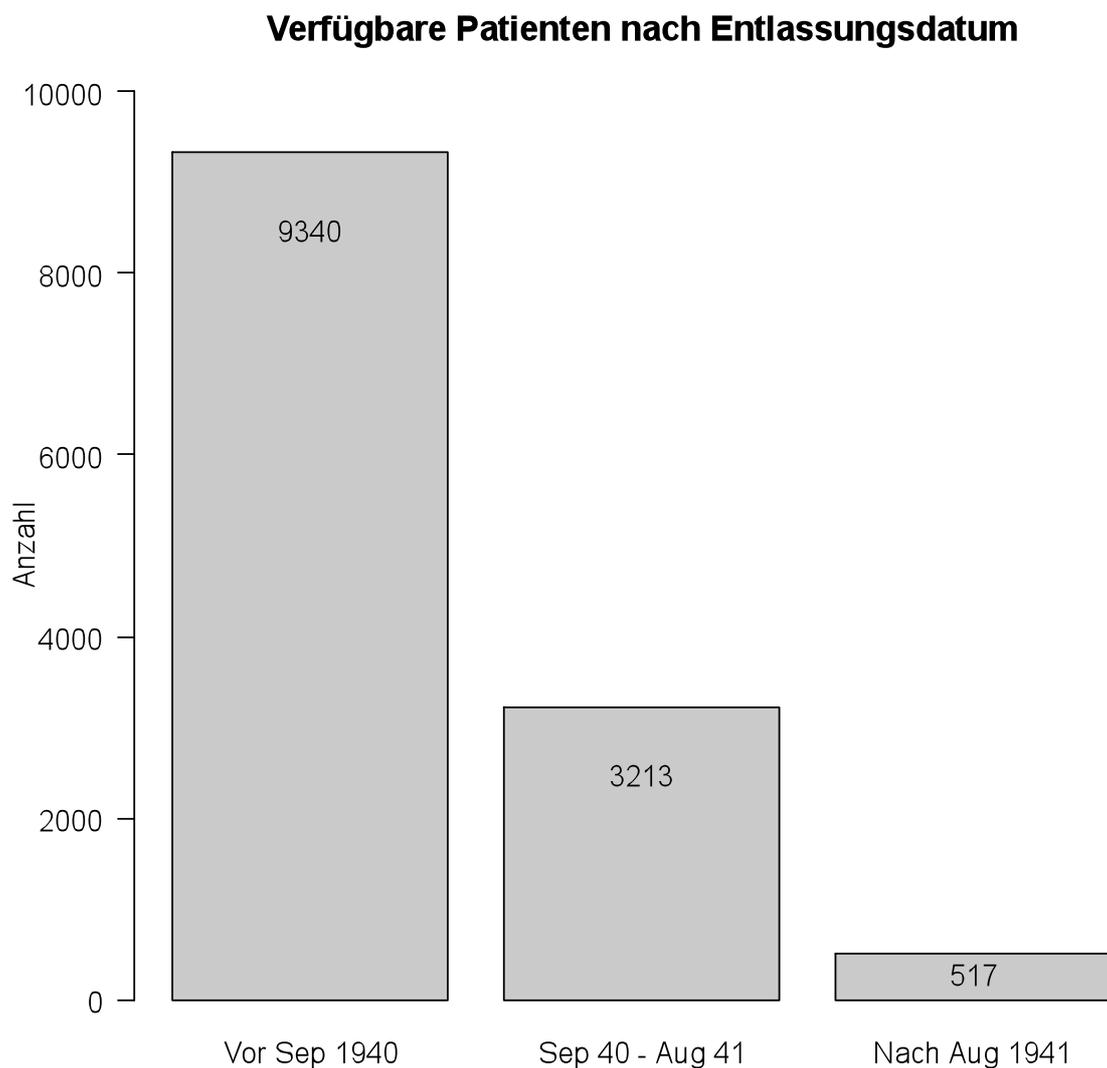
Der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz. Der Zeitraum nimmt hier keinen Einfluss auf die Todesfälle in der Klinik, weder im Kontrollzeitraum, noch im Zeitraum der 'Aktion T4'. Es wird klar, dass auch bei den Demenzkranken die Hauptursache für einen Todesfall das hohe Alter ist.

### 3.7. Überprüfung des Verlegungsverhaltens ab September 1940

#### 3.7.1. Grafik 1.1. Anzahl von Patienten nach dem Entlassungsdatum

Insgesamt liegen die Daten von 13 083 Patienten vor.

Grafik 1.1: Anzahl von Patienten nach Entlassungsdatum



Es erfolgte die Überprüfung eines neu definierten Zeitraumes, nachdem aufgefallen war, dass es im September 1940 zu einer deutlichen Abwärtsschwankung in den Grafiken gekommen war.

Somit stehen insgesamt 12 553 Patienten für die folgende Auswertung zur Verfügung.

3213 aus dem Zeitraum der sogenannten 'Aktion T4' (Gruppe 1) sowie als

Kontrollgruppe 9340 aus der Zeit vor der Aktion (Gruppe 0). Die Indifferenzzone entfällt.  
Es handelt sich um absolute Zahlen.

### 3.7.2. Tabelle 1.1. Gruppenvergleiche

#### Gruppenvergleiche

Tabelle 1.1.: Gruppenvergleiche. Alle Unterschiede sind statistisch signifikant (< 0.01)

	Gruppe 0	Gruppe 1	p-Wert
N	9340	3213	
Alter (Jahre)	38.60	39.60	0.001
Liegedauer (Tage)	26.46	28.37	0.017
Geschlecht (männlich)	57.37%	54.87%	0.010

Tabelle 1.1 vergleicht den Zeitraum der ‘Aktion T4’ (=Gruppe 1) mit dem Kontrollzeitraum (=Gruppe 0) anhand unterschiedlicher Variablen. So wird ersichtlich, dass für die Untersuchung in der absoluten Anzahl weniger Patienten (N) der Gruppe 1 zu Verfügung standen, als für Gruppe 0.

Die Patienten der Gruppe 1 waren durchschnittlich älter und die Liegedauer der Gruppe 1 hat sich verlängert. Prozentual gab es weniger Männer (und damit mehr Frauen) in Gruppe 1 als vergleichsweise in Gruppe 0.

Zur Ermittlung der Signifikanz des Alters wurde ein t-Test mit ungleichen Varianzen durchgeführt, das Resultat war ein p-Wert von kleiner 0.001, dies ist höchst signifikant.

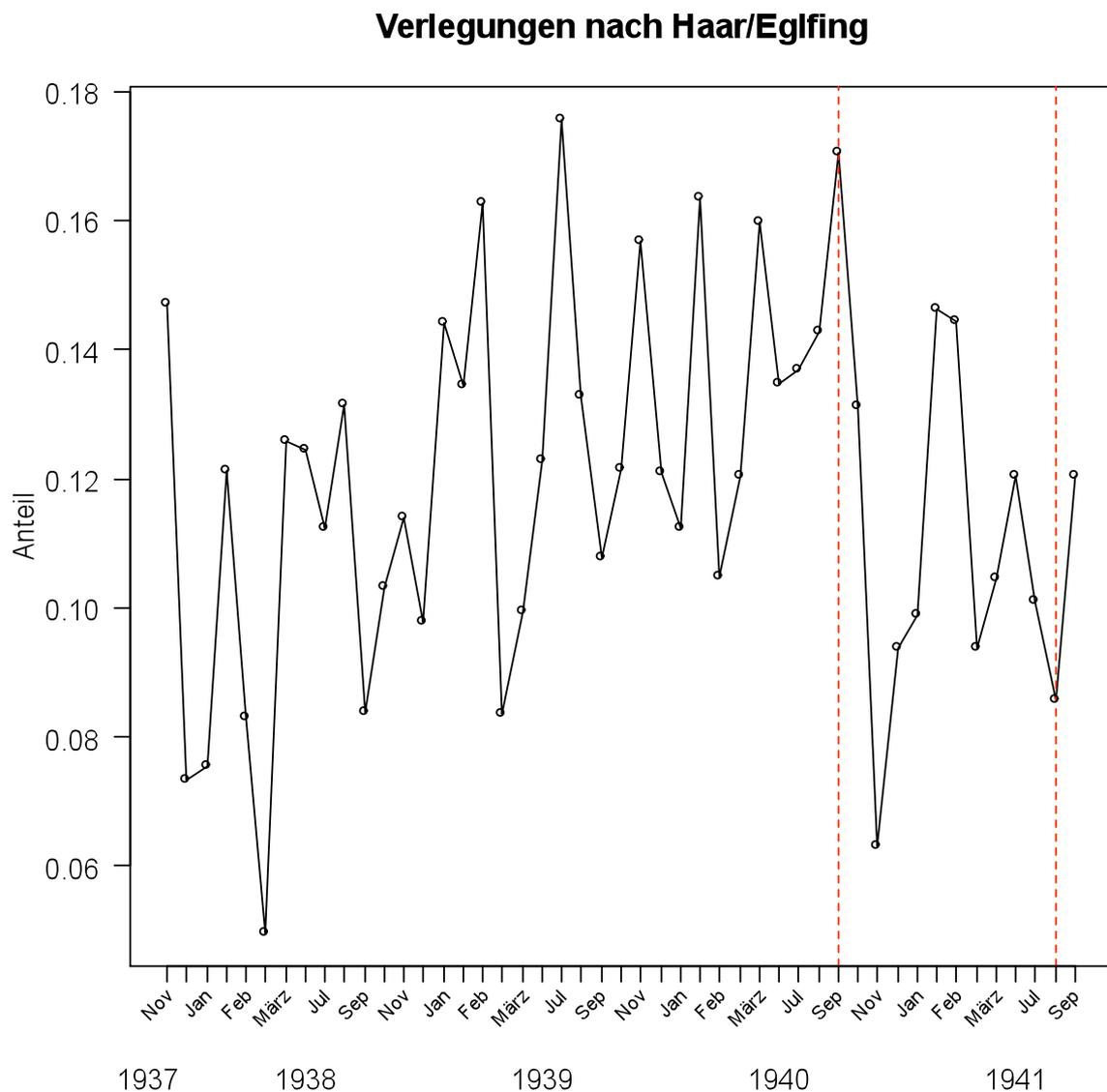
Zur Ermittlung der Signifikanz bezüglich der Liegedauer wurde der Wilcoxon Rangsummentest durchgeführt, das Resultat war ein p-Wert von 0.017, dies ist signifikant.

Zur Ermittlung der Signifikanz bezüglich der Geschlechterverteilung wurde der exakte Test von Fisher durchgeführt, das Resultat war ein p-Wert von kleiner 0.010, dies ist ebenfalls signifikant.

### 3.8. Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar

#### 3.8.1. Grafik 2.1. Anteil der Patienten, die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden nach Monaten

Grafik 2.1. : Anteil der Patienten die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden nach Monaten



Die Grafik 2.1. beschreibt die Patienten, die über den gesamten untersuchten Zeitraum (Gruppe 0, Gruppe 1 ab Sept. 1940, Patientenanteil nach September 1941) in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden. Hierbei werden alle Erkrankungen

berücksichtigt. Der Anteil der Patienten, die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden, ist prozentual dargestellt. Zur Veranschaulichung der Schwankungen innerhalb der Zeiträume ist eine monatliche Untergliederung erfolgt.

### 3.8.2. Modell 1

#### Modell 1:

```
Coefficients:
      Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
(Intercept) -3.3805004  0.0982322 -34.413 < 2e-16 ***
ns.3         -0.0891064  0.0682961  -1.305  0.192
nsdiagTRUE   1.7393915  0.0680800  25.549 < 2e-16 ***
alter        0.0125261  0.0017703   7.076 1.49e-12 ***
sexM         -0.4356890  0.0591753  -7.363 1.80e-13 ***
dauer        0.0039266  0.0007075   5.550 2.86e-08 ***
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

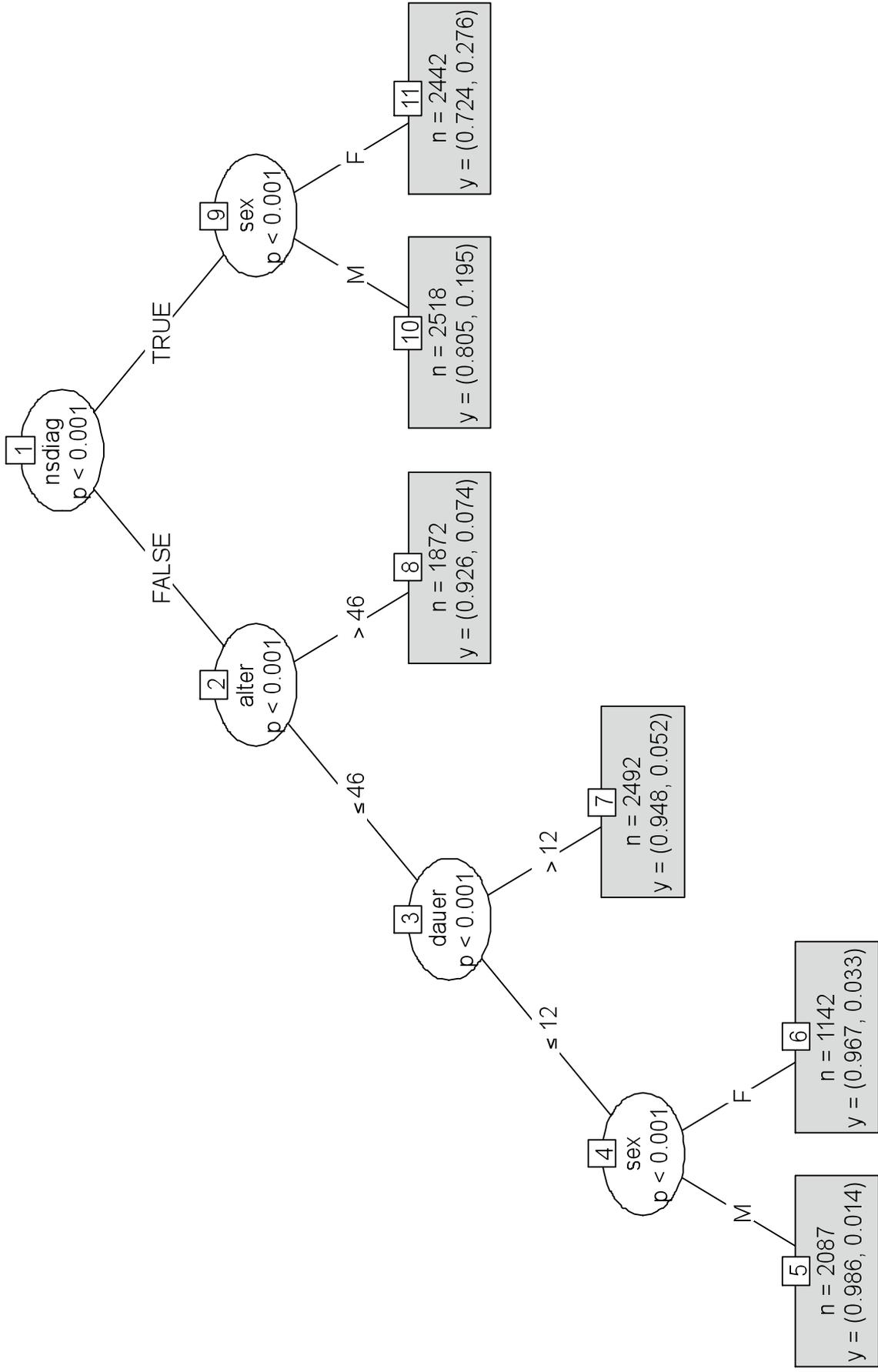
Modell 1 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellen die Diagnose (nsdiag), das Alter der Patienten (alter), das Geschlecht (sexM) und die Liegedauer (dauer) höchst signifikante Einflussgrößen für eine mögliche Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar dar.

Der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz. Der Zeitraum nimmt hier keinen Einfluss auf das Verlegungsverhalten, weder im Kontrollzeitraum, noch im Zeitraum der 'Aktion T4'.

3.8.3. Grafik 2.2.: Klassifikationsbaum bei Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Egfling-Haar



Zur Grafik 2.2. Klassifikationsbaum bei Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar (Sept. 1940)

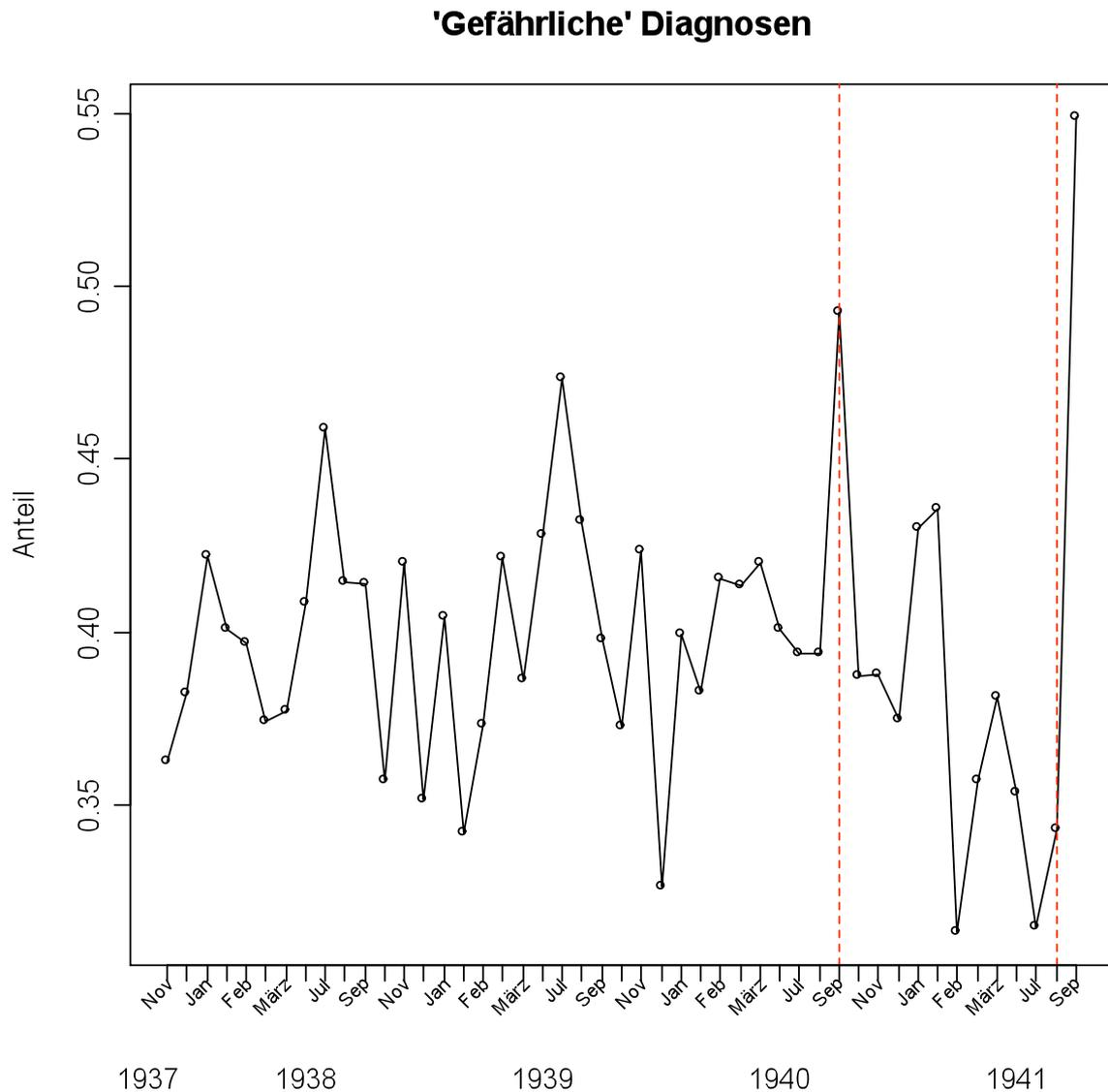
Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass die Diagnose der entscheidende Faktor für eine Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war, weil dies der erste Knoten ist. Verfolgt man das Bäumchen weiter, so gabelt sich dieses in TRUE und FALSE auf. TRUE beschreibt die „gefährlichen“ Erkrankungen, FALSE, die restlichen Erkrankungen. Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens den prozentualen Anteil bei den y-Werten (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der y-Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten (z.B. „gefährliche“ Diagnose, weiblich). Der y-Wert beinhaltet als ersten Wert den Anteil derer, die in diesen Knoten nicht in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt worden sind, der zweite Wert beschreibt den Anteil derer, die unter den Bedingungen der Knoten verlegt wurden. Es lässt sich hier erkennen, dass weibliche Pat. mit „gefährlicher“ Diagnose prozentual ( $y = 0.276 = 27.6\%$ ) öfter verlegt wurden, als beispielweise männliche Patienten ( $y = 0.195 = 19.5\%$ ). Es lässt sich so graphisch darstellen, dass weibliche Patienten mit einer „gefährlichen“ Diagnose am häufigsten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden. Insgesamt war dies der häufigste Knoten. Die Diagnose war hier der einflussreichste Parameter.

### 3.9. Diagnosen

#### 3.9.1. Grafik 3.1. „gefährliche“ Diagnosen

Grafik 3.1.: „gefährliche“ Diagnosen nach Monaten:



Grafik 3.1. zeigt die Anzahl der Patienten an, die in der Nervenlinik München eine „gefährliche Diagnose“ gestellt bekommen haben. Unter diese fallen die Diagnosen Schizophrenie, Epilepsie, Encephalitis, Schwachsinn, Paralyse, Chorea Huntington, senile Demenz sowie Lues.

Der Anteil der Patienten, die eine „gefährliche Diagnose“ bekommen haben, ist prozentual dargestellt. Zur Veranschaulichung der Schwankungen innerhalb des untersuchten Zeitraums ist eine Untergliederung nach Monaten erfolgt. Alle Zeiträume werden hier angezeigt (Gruppe 0, Gruppe 1 ab Sept. 1940, Patienten nach September 1941).

Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

### 3.9.2. Modell 2

#### Modell 2:

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z )	
(Intercept)	-0.812773	0.055998	-14.514	<2e-16	***
ns.3	-0.103400	0.043184	-2.394	0.0166	*
alter	0.017307	0.001232	14.044	<2e-16	***
sexM	-0.396335	0.037654	-10.526	<2e-16	***

---

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

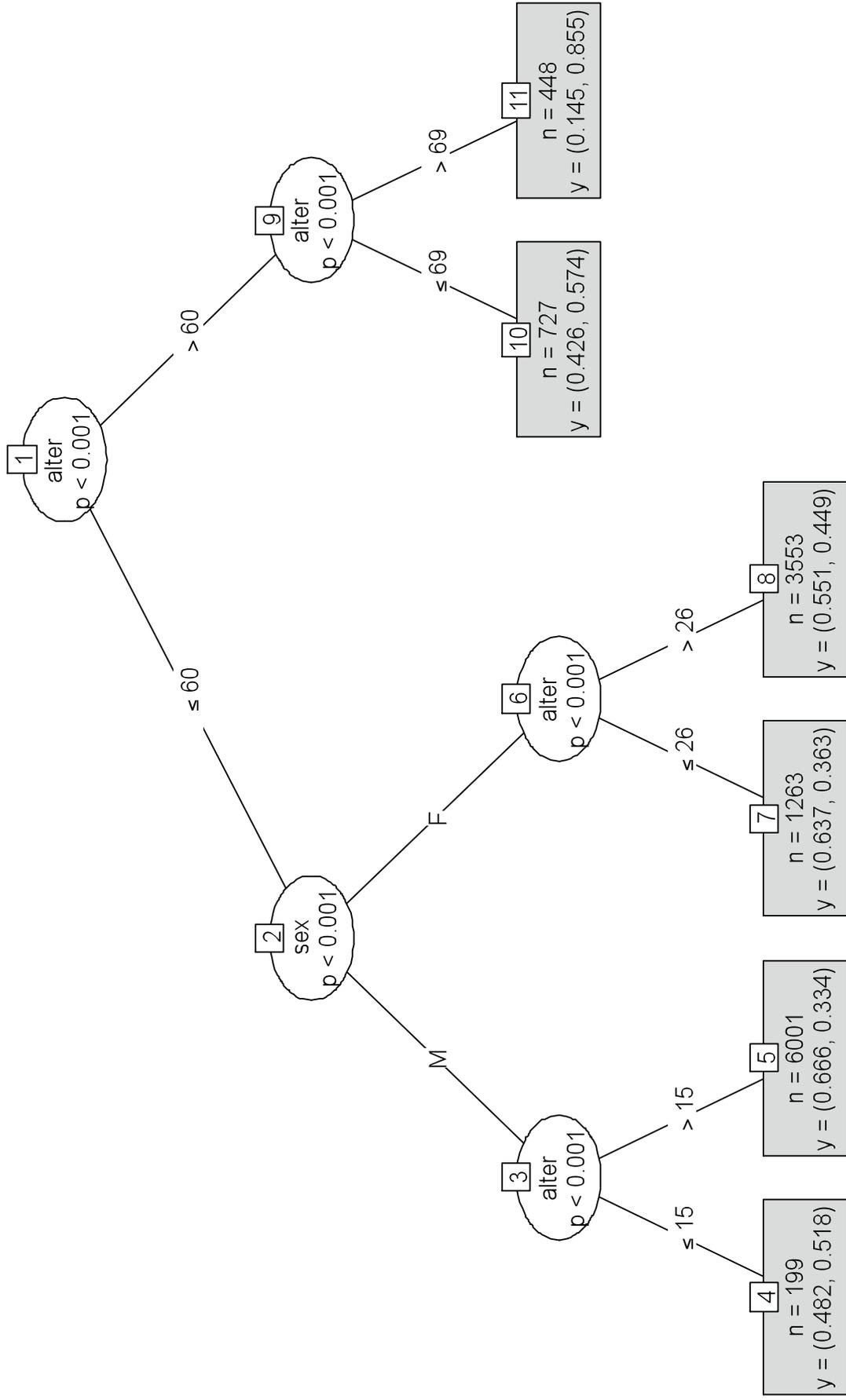
Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

Modell 2 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellen das Alter der Patienten (alter) und das Geschlecht (sexM) höchst signifikante Einflussgrößen für den Erhalt einer „gefährlichen“ Diagnose dar. Während des Zeitraumes (ns) der 'Aktion T4' ab September 1940 ging der Anteil an „gefährlichen“ Diagnosen leicht zurück (negativer Schätzwert der Modellparameter). Auch dieser rückläufige Anteil ist statistisch signifikant.

3.9.3. Grafik 3.2.: Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer gefährlichen Diagnose



Zur Grafik 3.2. Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose (Sept. 1940)

Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

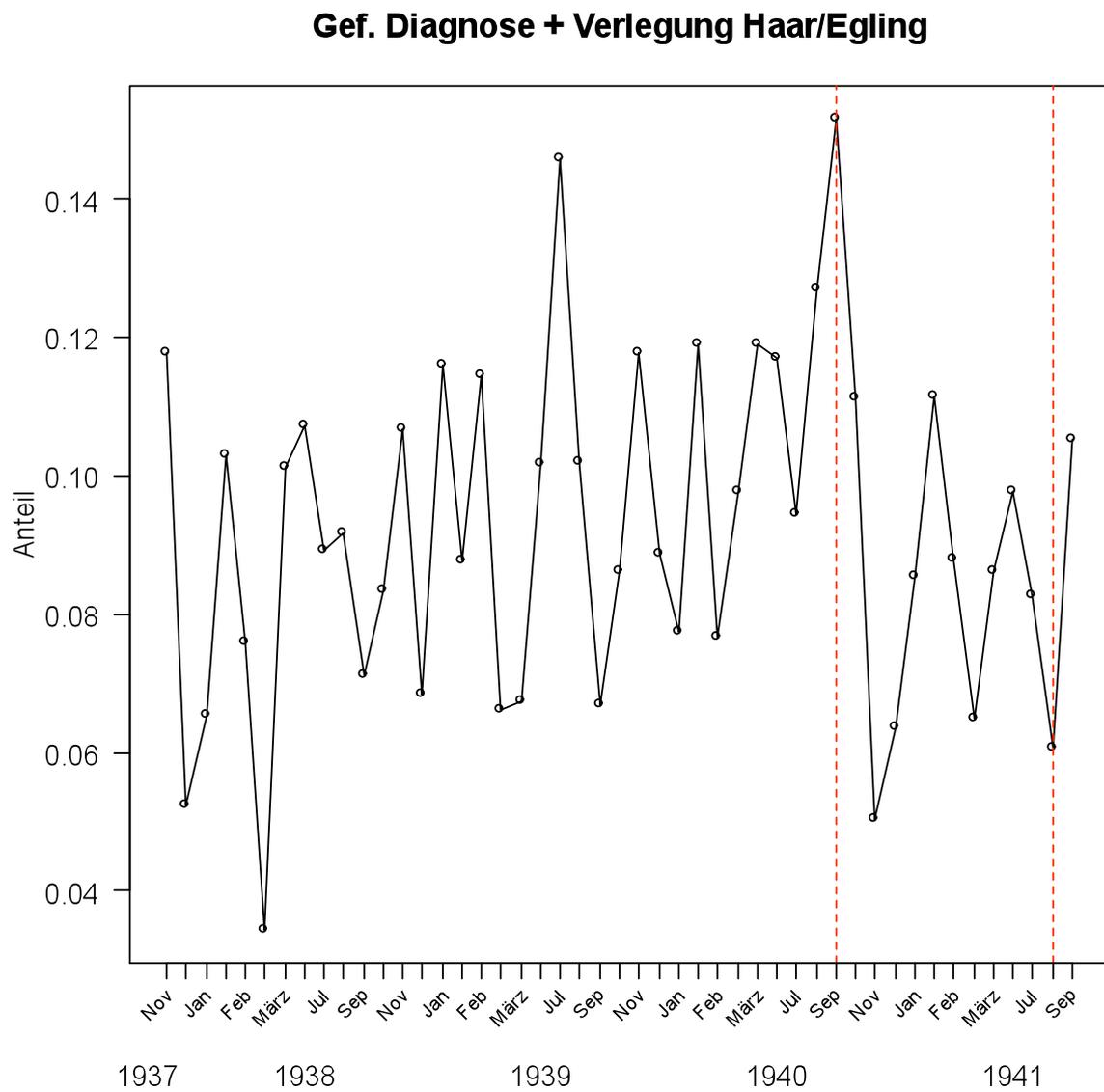
Zunächst lässt sich erkennen, dass das Alter der entscheidende Faktor für den Erhalt einer „gefährlichen“ Diagnose war, weil dies den ersten Knoten darstellt. Verfolgt man das Bäumchen weiter, so gabelt sich dieses in  $<60$  Jahre und  $>60$  Jahre auf.

Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens die y-Werte (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der y-Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten. Der y-Wert beinhaltet als ersten Wert den Anteil der Patienten, die in diesen Knoten keine „gefährliche“ Diagnose bekommen haben, der zweite Wert beschreibt den Anteil derer, die unter den Bedingungen der Knoten eine „gefährliche“ Diagnose erhalten haben. Es lässt sich hier erkennen, dass das Alter (Patienten  $>69$  Jahre,  $y = 85.5\%$ ) den wichtigsten Einfluss bei dem Stellen von „gefährlichen“ Diagnosen hatte, da dies insgesamt den häufigsten Knoten abbildete. Patienten höheren Alters hatten die größte Wahrscheinlichkeit, eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten.

### 3.10. Gefährliche“ Diagnosen und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar

#### 3.10.1. Grafik 4.1.

Grafik 4.1.: Gleichzeitiges Vorliegen einer gefährlichen Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar



Grafik 4.1. zeigt die Schwankungen derer Patienten im Zeitverlauf (Zeitraum der Kontrollgruppe 0, Zeitraum der Gruppe 1 ab Sept. 1940, Entlassungen nach September 1941), die eine „gefährliche Diagnose“ bekommen haben und anschließend in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt worden sind. Der Anteil dieser Patienten ist prozentual angegeben. Zur besseren Übersicht ist eine Einteilung nach Monaten erfolgt.

### 3.10.2. Modell 3

#### Modell 3:

```
Coefficients:
      Estimate      Std. Error      z      value      Pr(>|z|)
(Intercept) -2.679517      0.093437    -28.677    <2e-16    ***
ns.3         -0.110076      0.072814     -1.512     0.131
alter        0.019256      0.001963     9.809     <2e-16    ***
sexM        -0.677276      0.063324    -10.695    <2e-16    ***
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

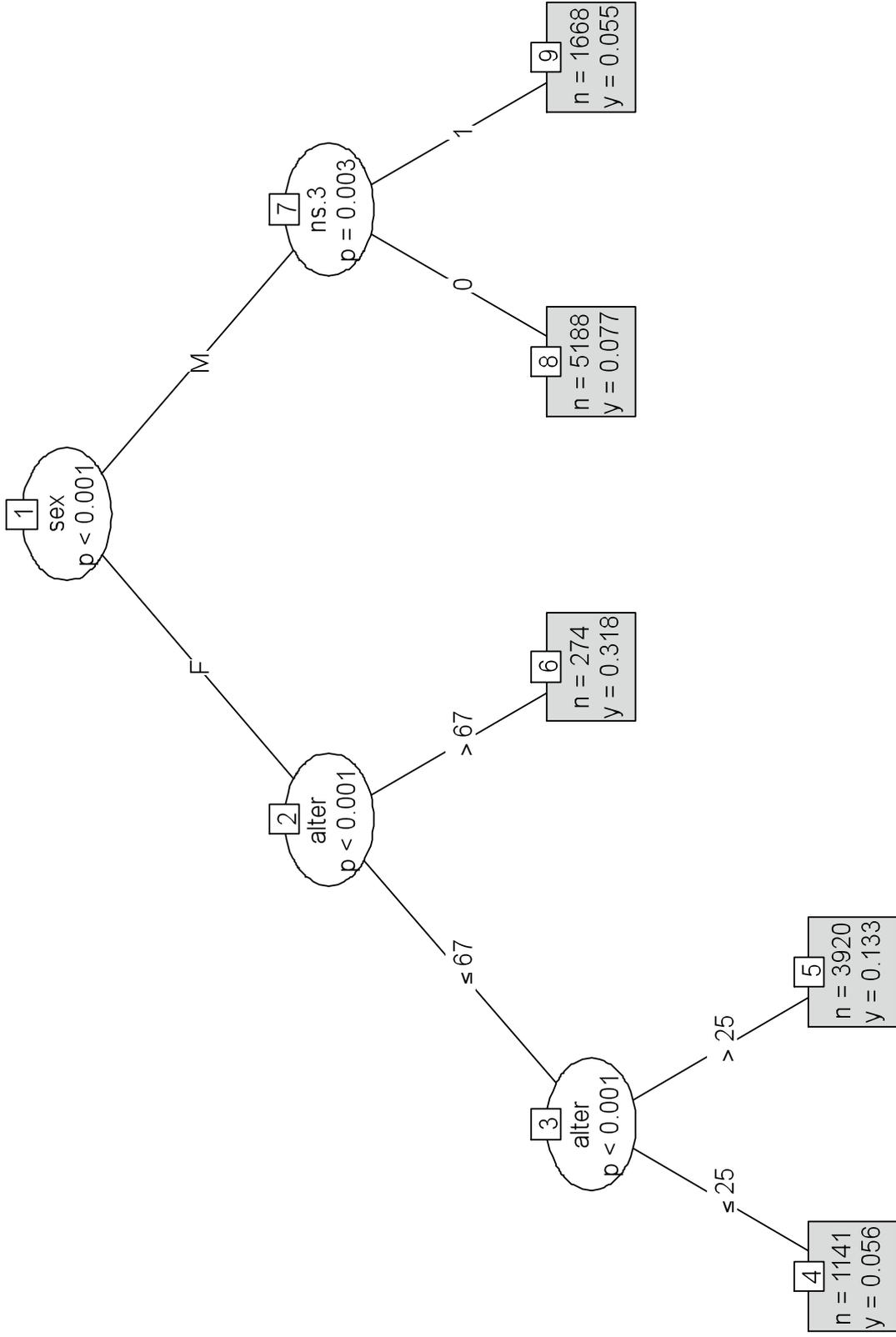
Modell 3 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellt das Alter der Patienten (alter) sowie das Geschlecht (sexM) höchst signifikante Einflussgrößen für eine mögliche Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar dar.

Der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz. Der Zeitraum nimmt hier keinen Einfluss auf das Verlegungsverhalten, weder im Kontrollzeitraum, noch im Zeitraum der 'Aktion T4'.

3.10.3. Grafik 4.2.: Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer gefährlichen Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Egling-Haar



Zur Grafik 4.2. Klassifikationsbaum bei Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose und Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar (Sept. 1940)

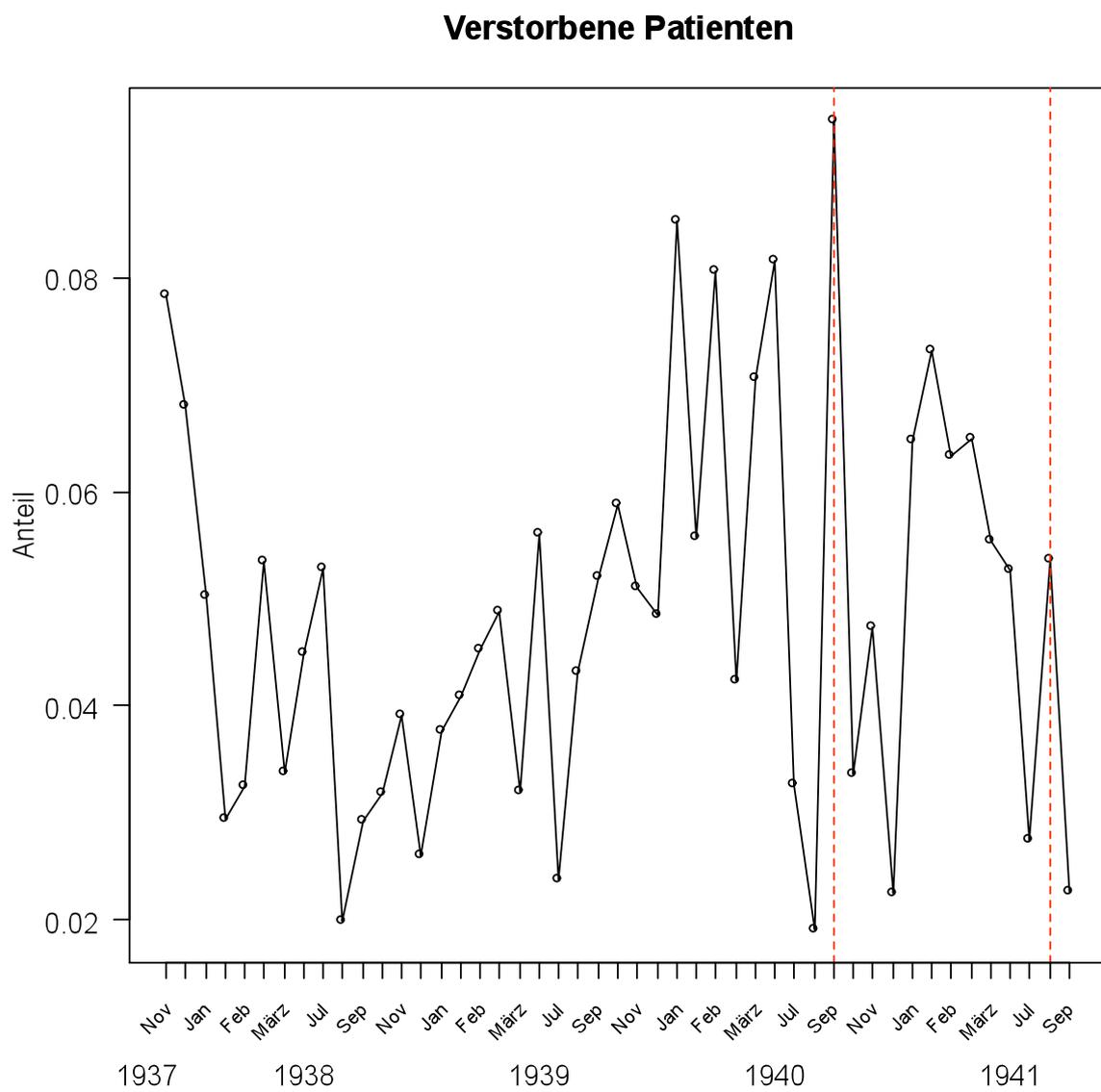
Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass das Geschlecht bei Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose der entscheidende Faktor für eine Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war, weil dies der erste Knoten ist. Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens den  $y$ -Wert (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der  $y$ -Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten (z.B. „gefährliche“ Diagnose, weiblich,  $>67$  Jahre). Der  $y$ -Wert beinhaltet als Wert den Anteil derer, die in diesen Knoten bei „gefährlicher“ Diagnose in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt worden sind. Es lässt sich hier erkennen, dass weibliche Pat.  $> 62$  Jahre bei Vorliegen einer „gefährlicher“ Diagnose prozentual ( $y = 0.318 = 31.8\%$ ) öfter verlegt wurden, als beispielweise jüngere Patientinnen ( $<25$  Jahre,  $y = 0.056 = 5.6\%$ ). Es lässt sich so grafisch darstellen, dass weibliche Patienten, die älter als 67 Jahre alt waren und eine „gefährliche“ Diagnose bekommen hatten, am häufigsten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden. Insgesamt war dies der häufigste Knoten. Das Geschlecht war hier der einflussreichste Parameter.

### 3.11. Todesfälle während des Klinikaufenthaltes

#### 3.11.1. Grafik 5.1.

Grafik 5.1.: Todesfälle während des Klinikaufenthaltes



Grafik 5.1. zeigt die im Zeitverlauf (Zeitraum der Kontrollgruppe 0, Gruppe 1 ab Sept. 1941, Entlassungen nach September 1941) Schwankungen derer Patienten, die in der Nervenlinik München verstorben sind. Der Anteil dieser Patienten ist prozentual angegeben. Zur besseren Übersicht ist eine Einteilung nach Monaten erfolgt.

### 3.11.2. Modell 4

#### Modell 4:

```

Coefficients:
              Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
(Intercept) -6.13985    0.16302 -37.664 < 2e-16 ***
ns.3         0.08717    0.09760  0.893  0.372
alter       0.06204    0.00283 21.923 < 2e-16 ***
sexM       -0.02583    0.08911 -0.290  0.772
nsdiagTRUE  0.59704    0.09378  6.367 1.93e-10 ***
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

```

Zur Erklärung des Modells:

Estimate ist der Schätzwert der Modellparameter.

Std. Error ist die Standardabweichung der Schätzwerte.

Der z-Wert beschreibt den Standardfehler.

Diese drei Parameter eines Tests dienen zur Ermittlung des p-Wertes (=Signifikanz der einzelnen Einflussgrößen, Variablen).

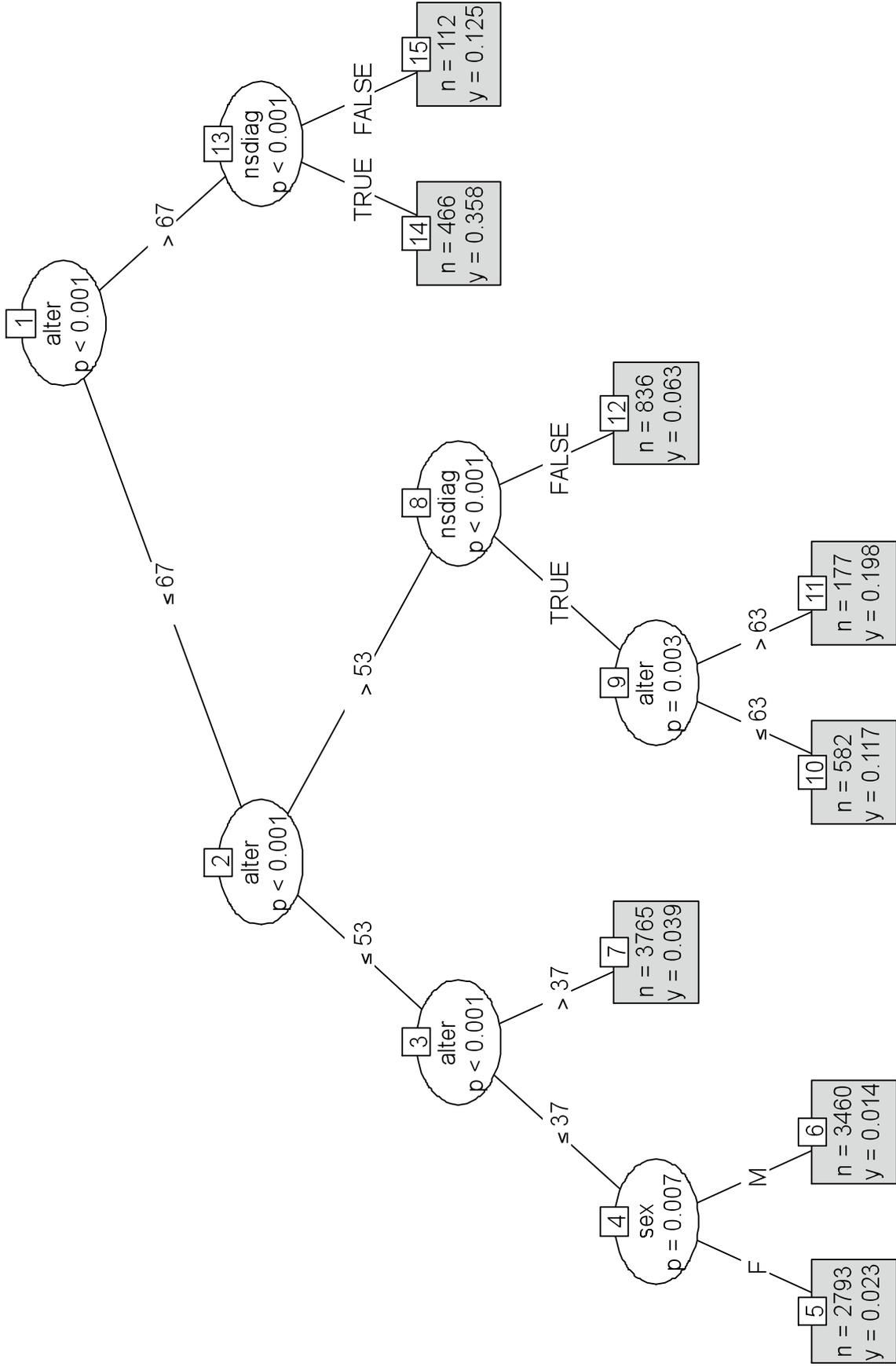
Modell 4 wurde unter Zuhilfenahme der Logistischen Regression berechnet.

Das Signifikanzniveau wird durch (\*) hinter dem p-Wert angezeigt. Je signifikanter das Ergebnis, desto mehr (\*) und umgekehrt. Intercept ist ein Modellparameter, der mit keiner Variablen zusammenhängt.

So stellt die Diagnose (nsdiag) sowie das Alter der Patienten (alter) höchst signifikante Einflussgrößen für einen Todesfall während des Klinikaufenthaltes dar.

Das Geschlecht (sexM) sowie der gewählte Zeitraum (ns1) zeigt keine Signifikanz.

3.11.3. Grafik 5.2.: Klassifikationsbaum zu Todesfällen während des Klinikaufenthalts



Zur Grafik 5.2. Klassifikationsbaum zu den Todesfällen während des Klinikaufenthaltes (Sept. 1940)

Zur weiteren Verdeutlichung wurde ein Klassifikationsbaum berechnet und graphisch dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 ( $p < 0.001$ ) für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben.

Zunächst lässt sich erkennen, dass das Alter der entscheidende Faktor für die Todesfälle während des Klinikaufenthaltes war, weil dies der erste Knoten ist. Zur korrekten Interpretation des Klassifikationsbaumes gelangt man, indem man im letzten Ast des Bäumchens den y-Wert (=Gruppenvariable, Klassifizierung) betrachtet. Der y-Wert beschreibt die Gesamtanzahl von Patienten unter den Bedingungen der Knoten (z.B. Alter  $> 67$  Jahre, „gefährliche“ Diagnose). Der y-Wert beinhaltet als Wert den Anteil derer, die in diesen Knoten in der Klinik verstorben sind. Es lässt sich hier erkennen, dass Patienten  $> 67$  Jahre mit „gefährlicher“ Diagnose prozentual ( $y = 0.358 = 35.8\%$ ) häufiger verstarben. Es lässt sich so graphisch darstellen, dass Patienten, die älter als 67 Jahre alt waren und eine „gefährliche“ Diagnose erhalten hatten, am häufigsten während des Klinikaufenthaltes verstorben sind. Insgesamt war dies der häufigste Knoten. Das Alter war hier der einflussreichste Parameter, das Geschlecht und der Zeitraum sind hier nicht relevant.

## **4. Diskussion**

### **4.1. Das Verlegungsverhalten der Nervenlinik München während der ‘Aktion T4’ in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich**

Um eine mögliche Beteiligung der Nervenlinik München während des Zeitraumes der ‘Aktion T4’ an der Tötung von Patienten aus der Nervenlinik zu ermitteln oder auszuschließen, führten wir eine retrospektive Datenanalyse durch. Bekannt sind Transporte in so genannte Tötungsstätten, die ihren Ausgangsort aus der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar bei München nahmen. Da ein großer Anteil der Patienten der Nervenlinik München eben in diese verlegt wurden, haben wir das Verlegungsverhalten während der ‘Aktion T4’ anhand verschiedener Variablen genauer untersucht und über einen Zeitvergleich versucht zu objektivieren.

Insgesamt liegen die Daten von 13 083 Patienten vor. Diese Zahl stellt alle Patienten dar, die sich sowohl im Kontrollzeitraum als auch während der Zeit der ‘Aktion T4’ in der Nervenlinik München befanden.

Als interessierende Gruppen wurden die Patienten, welche vor Oktober 1939 entlassen wurden und die Patienten mit einem Entlassungsdatum zwischen Januar 1940 und August 1941 (‘Aktion T4’) identifiziert. Es handelt sich hier um absolute Zahlen. Die Monate Oktober bis Dezember 1939 wurden als Indifferenzzone von der weiteren Analyse ausgeschlossen, ebenso Entlassungen nach dem August 1941.

Somit stehen insgesamt 11 795 Patienten für die Auswertung zur Verfügung, 5468 aus dem Zeitraum der ‘Aktion T4’ (Gruppe 1) sowie als Kontrollgruppe (Gruppe 0) 6327 aus der Zeit vor der ‘Aktion T4’.

Bezüglich der Anzahl der Patienten in den Vergleichszeiträumen besteht ein Ungleichgewicht von 101 Patienten, das statistisch nicht signifikant ist. (Grafik 1.1.)

Nach 1928 wurde die Klinik nicht mehr räumlich erweitert [Hippius et al 2005, S.117]. Es ist wichtig, diesen Aspekt mit einzubeziehen, denn so wird ersichtlich, dass innerhalb des Kontrollzeitraumes, sowie während der ‘Aktion T4’ die Bettenanzahl und das Belegungsmaximum unverändert blieb.

Gruppe 1 weist selbst nach Addition der Indifferenzzone weniger Patienten auf als Gruppe 0. Bei diesem Ergebnis kann von einem Schutz der Patienten durch Bumke ausgegangen werden, da bei einer aktiven Beteiligung an der ‘Aktion T4’ mit einem höheren Durchlauf und insgesamt höheren Patientenzahlen gerechnet hätte werden müssen.

## **4.2. Interpretation der statistischen Ergebnisse**

### 4.2.1. Allgemeine Änderungen der Patientenanzahl, des Alters und des Geschlechts aller Erkrankungen im Zeitvergleich

Zunächst betrachteten wir die Unterschiede verschiedener Variablen innerhalb des Kontrollzeitraumes und des Zeitraumes der ‘Aktion T4’. Die Untersuchung stellt die Anzahl der Patienten, das Alter, die Liegedauer und das Geschlecht beider relevanter Zeiträume gegenüber. (Tabelle 1.1.)

Zu beachten ist, dass alle Unterschiede innerhalb des Gruppenvergleichs statistisch signifikant sind.

Bei dieser Auswertung ist zu erkennen, dass sich in der Gruppe 1 weniger Patienten in der Nervenklinik München befanden. Diese Differenz erklärt sich auch durch die gewählte Indifferenzzone, einer Art Pufferzone, um die Ergebnisse der Untersuchungen zu objektivieren. Der zahlenmäßige Unterschied der Gruppe 1 im Vergleich zu der absoluten Patientenanzahl zur Gruppe 0 wurde bei der statistischen Auswertung berücksichtigt. Trotzdem ist der absolute Anteil der Anzahl der Patienten geringer als in der Kontrollgruppe 0, was klar gegen eine aktive Rolle bezüglich der ‘Aktion T4’ seitens der Nervenklinik spricht. Bei Befürwortung der ‘Aktion T4’ hätten wir deutlich höhere Belegungszahlen in Gruppe 1 erwartet.

Die Patienten der Gruppe 1 waren im Durchschnitt 1.82 Jahre älter als in der Kontrollgruppe 0. Auf diesen wichtigen Aspekt wird im weiteren Verlauf der Diskussion nochmals eingegangen. Insgesamt befanden sich in beiden Vergleichsgruppen mehr Männer als Frauen in der Klinik. Der Anteil des männlichen Geschlechts war während des Zeitraumes der ‘Aktion T4’ mit 3.58 % niedriger als bei Gruppe 0 (von 58.44 % (Gruppe 0) und 54.86 % (Gruppe 1)). Es gab einen höheren Frauenanteil in der Klinik. Es ist zu vermuten, dass Männer in der Kriegsführung eingesetzt wurden.

#### 4.2.2. Die Liegedauer aller und speziell die Liegedauer der „gefährlichen“ Erkrankungen

Bei den Untersuchungen der durchschnittlichen Liegedauer allgemein sowie der Liegezeit der „gefährlichen Erkrankungen“ gab es in beiden Vergleichen signifikante Veränderungen.

Die Liegezeit aller Erkrankungen (Tabelle 1.1) hat sich von 25.93 Tage (Gruppe 0) und 28.17 Tage (Gruppe 1) um 2.24 Tage signifikant verlängert. Ebenso konnten wir bei der Untersuchung zur mittleren Liegedauer der „gefährlichen Erkrankungen“ eine verlängerte Klinikaufenthaltszeit von 35.09 Tage (Gruppe 0) versus 37.60 Tage (Gruppe 1) um durchschnittlich 2.51 Tagen berechnen. Die Signifikanz der mittleren Liegedauer der „gefährlichen“ Erkrankungen wurde mit dem Wilcoxon Rang Summen Test ermittelt. In Anbetracht des Krieges, der in großem Ausmaß (1939-1941) auch die Stadt München betraf und schwerste Schäden in der Nervenlinik München verursachte [Hippius et al 2005, S.123, 125] ist diese verlängerte Liegezeit bedeutend. Dies weist darauf hin, dass die Patienten sich länger stationär in der Klinik befanden und somit weniger schnell in ein anderes Haus verlegt wurden. Im besonderen erstaunlich erscheint die deutlich verlängerte Liegezeit der „gefährlichen“ Erkrankungen, denn gerade diese Patienten waren es, die im Sinne des nationalsozialistischen Regimes rasch verlegt werden sollten.

Es wird deutlich, dass hier Widerstand „im Stillen“ geleistet wurde, indem man die Patienten weniger schnell in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt hat.

Dieses Ergebnis ist als Schutz der Patienten vor einer Tötung im Rahmen der 'Aktion T4' durch die Nervenlinik München zu interpretieren.

#### 4.2.3. Allgemeines Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich

Diese statistische Untersuchung (Grafik 2.1, Modell 1, Grafik 2.2) berücksichtigt die Verlegungen aller Patienten im monatlichen Zeitvergleich in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar. Alle Erkrankungen wurden hierbei berücksichtigt.

Zur Analyse wurde ein generalisiertes Regressionsmodell mit Logit-Transformation berechnet. Dabei wurden nur die Patienten verwendet, welche in Gruppe 0 oder in Gruppe 1 lagen. Als Zielgröße diente die Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar. Als Einflussgrößen wurde die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Vorliegen einer „gefährlichen

Diagnose“ (nsdiag), das Alter in Jahren, die Liegedauer in Tagen und das Geschlecht der Patienten in das Modell aufgenommen. Auch bei dieser Untersuchung wurde eine Indifferenzzone definiert (Nov 1939-Jan 1939).

Betrachtet man isoliert die Grafik 2.1., lassen sich starke prozentuale Schwankungen in beiden Zeiträumen feststellen, welche als solche kaum zu interpretieren sind. Modell 1 untersucht nun einzelne Variablen, die aufschlussreicher sind.

Sowohl das Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose, des Alters, des Geschlechts sowie die Liegedauer stellen höchst signifikante Einflussgrößen dar.

Allein die Gruppenzugehörigkeit, das heißt, ob sich der Patient im Kontrollzeitraum oder im Zeitraum der ‘Aktion T4’ befand, beeinflusst das Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar nicht. Somit lassen sich keine Abweichung an der Anzahl der Verlegungen während der ‘Aktion T4’ zum Kontrollzeitraum belegen, es hat keine Ab- oder Zunahme an Verlegungen gegeben.

Wir konnten berechnen, dass der Zeitraum nicht ausschlaggebend für die Verlegungen war. Dieses gleichbleibende Verlegungsverhalten spricht erneut gegen eine Mitwirkung an der ‘Aktion T4’. Es scheint, als habe Bumke versucht, die Patienten trotz überfüllten räumlichen Verhältnissen in der Nervenklinik zu halten.

Zur weiteren Verdeutlichung des Sachverhalts wurde ein Klassifikationsbaum berechnet. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein Signifikanzniveau von 0.001 für die univariaten Tests in den Knoten vorgegeben. (Grafik 2.2.)

Der Klassifikationsbaum verdeutlicht folgenden Zusammenhang: Die Diagnose war der entscheidende Faktor für die Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar. Verfolgt man diese Grafik weiter, so lässt sich erkennen, dass das Geschlecht den nächst wichtigen Faktor darstellt, das höhere Lebensalter folgt an dritter Stelle.

Somit waren Frauen, die über 25 Jahre alt waren und eine „gefährliche“ Diagnose diagnostiziert bekommen hatten, höchst gefährdet, in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt zu werden.

Auch durch den Klassifikationsbaum wird wieder ersichtlich, dass der Zeitraum keinen Einfluss auf das Verlegungsverhalten hatte.

#### 4.2.4. Die Wahrscheinlichkeit eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten im monatlichen Zeitvergleich

Diese statistische Untersuchung (Grafik 3.1., Modell 2, Grafik 3.2., Grafik 3.3.) berücksichtigt das Auftreten einer „gefährlichen“ Diagnose im monatlichen Zeitvergleich innerhalb der Kontrollgruppe und während des Zeitraumes der ‘Aktion T4’. Es galt zu untersuchen, ob im Zeitraum der ‘Aktion T4’ mehr oder weniger Diagnosen gestellt worden waren, die die Tötung psychiatrischer Patienten gefördert oder verhindert hätten können.

Für die Analyse des Diagnoseverhaltens wurde eine Variable „gefährliche“ Diagnosen definiert. Unter diese fallen die Diagnosen Schizophrenie, Epilepsie, Enzephalitis, Schwachsinn, progressive Paralyse, Chorea Huntington, senile Demenz, sowie Lues.

Wie in der vorherigen Untersuchung wurde ein generalisiertes Regressionsmodell mit Logit-Transformation berechnet. Dabei wurden nur Patienten verwendet, welche in Gruppe 0 oder in Gruppe 1 lagen. Als Zielgröße diente das Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose. Als Einflussgrößen wurden die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Alter in Jahren und das Geschlecht der Patienten in das Modell aufgenommen. Auch hier wurde eine Indifferenzzone definiert.

Die Grafik 3.1. zeigt die prozentualen Veränderungen im Zeitvergleich der Patienten, bei welchen eine „gefährliche Diagnose“ diagnostiziert worden war. Wie in der vorherigen Grafik sieht man deutliche monatliche Schwankungen.

Auf diesen Sachverhalt geht Modell 2 ein: einen höchst signifikanten Einfluss auf das Verlegungsverhalten hat, wie in der vorangegangenen Untersuchung, das Alter und das Geschlecht der Patienten. Der Anteil der während der ‘Aktion T4’ diagnostizierten „gefährlichen“ Diagnosen ging leicht zurück.

Dieser rückläufige Anteil der „gefährlichen“ Diagnosen ist signifikant. Ob es zu einer geplanten Änderung des Stellens von Diagnosen gekommen ist, ist unbekannt. Sicher ist, dass durch diese Abänderung der Diagnosen weniger Patienten der ‘Aktion T4’ zum Opfer fallen

hätten können. Dies kann als Schutzmaßnahme für die Patienten vor einer Tötung im Rahmen der 'Aktion T4' zu interpretiert werden.

Des Weiteren wurde wieder ein Klassifikationsbaum berechnet (Grafik 3.2.). Das Alter der Patienten erscheint hier als wichtigste Einflussgröße. Ein weiterer Risikofaktor für die Wahrscheinlichkeit eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten, war es, dem weiblichen Geschlecht anzugehören.

Zusätzlich wurden noch die Diagnosen einzeln betrachtet, um mögliche Veränderungen des Diagnoseverhaltens außerhalb der Definition von „gefährlichen“ Diagnosen zu erkennen (Grafik 3.3.). Die „gefährlichen“ Diagnosen wurden jeweils mit Stern (\*) gekennzeichnet.

Alle Diagnosen wurden nach dem Würzburger Schlüssel untersucht, damit mögliche Veränderungen im Stellen der Diagnosen im Rahmen des Zeitvergleichs auffallen würden. Dazu wurde für jede Erkrankung der Odds-Ratio (Chancenverhältnis) ihres Auftretens in Gruppe 0 oder Gruppe1 berechnet und graphisch dargestellt. Grafik 3.3. stellt die Veränderungen aller Diagnosen, einzeln aufgeführt, über beide untersuchte Zeiträume dar. Die „gefährlichen“ Diagnosen sind mit (\*) gekennzeichnet.

Die Odds Ratio stellt eine Möglichkeit dar, Wahrscheinlichkeiten anzugeben. Wir können anhand dieser Grafik erkennen, wo hoch die Chance war, über beide Zeiträume eine bestimmte Diagnose zu erhalten.

Eine Odds Ratio von 1.0 bedeutet, die Chance eine bestimmte Erkrankung in einem Zeitraum zu erhalten sich nicht verändert hat. Als Beispiel kann hier Chorea Huntington angeführt werden. Diese Diagnose wurde unabhängig vom Zeitraum gestellt. Auch die Diagnosen der psychopathischen Persönlichkeit und der Schizophrenie bleiben konstant.

Eine Odds Ratio kleiner 1.0 bedeutet, dass die Chance, eine bestimmte Diagnose im Zeitraum der 'Aktion T4' bekommen zu haben, gesunken ist. Dies gilt beispielsweise für die Diagnosen Gehirnverletzung, Schwachsinn und Epilepsie.

Eine Odds Ratio größer als 1.0 bedeutet, dass die Chance, eine bestimmte Diagnose im Zeitraum der 'Aktion T4' bekommen zu haben, gestiegen ist. Dies gilt beispielsweise für die Diagnosen Demenz, Alkoholkrank und Nervenkrank ohne psychische Störung.

Die Größe der Quadrate gibt die Häufigkeit der diagnostizierten Erkrankungen an, die Fläche des Quadrats ist jeweils proportional zur Häufigkeit des Auftretens. Anhand der Grafik 3.3. sieht man, dass die Erkrankungen Demenz, Schizophrenie, psychopathische Persönlichkeit und „Nervenkrank ohne psychische Störung“ maßgeblich die Anzahl der Diagnosen bestimmten. Interessant ist, dass die Wahrscheinlichkeit, die häufig gestellte Diagnose

„Nervenkrank ohne psychische Störung“ zu erhalten, im Zeitraum der ‘Aktion T4’ signifikant erhöht war.

Diese Diagnose stellt keine „gefährliche“ Diagnose dar, d.h. nervenkranken Patienten ohne psychische Störung konnten der ‘Aktion T4’ nicht zum Opfer fallen. Möglicherweise wurde diese Diagnose gerade deshalb im Zeitraum der ‘Aktion T4’ häufiger gestellt.

#### 4.2.5. Das Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich unter Berücksichtigung einer „gefährlichen“ Diagnose

Bei dieser Untersuchung (Grafik 4.1., Modell 3, Grafik 4.2.) wurde nun eine Variable definiert, welche das gleichzeitige Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose und der Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar darstellt.

Auch bei dieser Untersuchung (Modell 3) wurde eine logistische Regression berechnet. Als Einflussgrößen wurde hier die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Alter in Jahren und das Geschlecht der Patienten verwendet.

Mittels dieser Untersuchung konnten wir feststellen, dass die Gruppenzugehörigkeit nicht signifikant ist, das heißt, wenn ein Patient eine „gefährliche“ Diagnose bekommen hatte, dann war der Zeitraum nicht mehr entscheidend für das Verlegungsverhalten. Als signifikante Einflussgrößen finden sich auch in dieser Untersuchung das Alter der Patienten sowie das Geschlecht.

Bei den bereits untersuchten Modellen wird offensichtlich, dass die beiden Variablen „gefährliche“ Diagnose und „Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar“ in ähnlicher Weise von den gleichen Faktoren beeinflusst werden. So waren bei beiden Variablen eher ältere als jüngere Patienten und eher Frauen als Männer betroffen.

Mit Hilfe des Fisher’s Exact Test for Count Data 1 konnte die statistisch signifikante Abhängigkeit der beiden Variablen („gefährliche“ Diagnose und „Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar“) gezeigt und so ein Zusammenhang zwischen dem Verlegungsziel und einer „gefährlichen“ Diagnose nachgewiesen werden.

Wie bereits unter 4.2.4. beschrieben, nahm die Diagnosestellung bei den „gefährlichen“ Erkrankungen insgesamt ab. Eine Umbenennung der Diagnosen von chronisch kranken Patienten wie z.B. bei Schizophrenien oder bei Patienten mit voraussichtlich langer

Aufenthaltsdauer scheint im nachhinein fast unmöglich. Deutlich wird, dass es einen statistisch ermittelten Zusammenhang zwischen einer „gefährlichen“ Erkrankung und dem Verlegungsziel Eglfing-Haar gibt.

Dieser Zusammenhang wird durch den Klassifikationsbaum der Grafik 4.2. verdeutlicht.

Die bedeutendsten Kriterien für eine Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war demnach die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und das Alter.

#### 4.2.6. Untersuchungen zu Todesfällen während des Aufenthaltes in der Nervenlinik München

„...Im Laufe des ersten Vierteljahres 1940 habe [ich] darauf an schätzungsweise 60 schwer Geisteskranken ... Sterbehilfe mit Luminal geleistet. Es genügten meist Gaben von täglich dreimal 0.3 gr auf drei Tage“. [Aas 2000, S.140] Viele Quellen beweisen die „dezentrale“ Tötung psychiatrischer Patienten durch „Hungerkost“ oder durch Medikamente an diversen psychiatrischen Häusern. Auch nach dem offiziellen Ende der ‘Aktion T4’ galt es die sogenannten „Ballastexistenzen“ auszuschalten. Mit Hilfe dieser Untersuchung wollten wir herausfinden, ob die Nervenlinik München ähnlich Anwendungen nutzte um das Leben eines Patienten vorzeitig zu beenden.

Die Grafik 5.1. stellt die Todesfälle während des Klinikaufenthaltes an der Nervenlinik München im Zeitvergleich dar, durch Modell 4 wurde der statistische Zusammenhang ermittelt.

Wie schon bei den anderen Variablen, wurde auch hier wieder zur Analyse ein logistisches Regressionsmodell und ein Klassifikationsbaum (Grafik 5.2.) berechnet. Als Einflussgrößen dienten die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose (nsdiag) sowie das Alter und Geschlecht der Patienten.

Im Mittel sind im Kontrollzeitraum 4.1 % und während des Zeitraumes der ‘Aktion T4’ 5.5 % der Patienten während ihres Aufenthaltes im Klinikum verstorben. Es hat tatsächlich 1.4% mehr Todesfälle in Gruppe 1 gegeben. Doch dieser Zeitraum ist statistisch nicht signifikant. Um diese Veränderung richtig interpretieren zu können, müssen auch Gruppenunterschiede berücksichtigt werden.

Durch statistische Berechnungen kann anhand von Modell 4 gezeigt werden, dass sowohl das Alter wie auch die Diagnose signifikanten Einfluss auf die Rate von Todesfällen in der Klinik nehmen. Es wird ersichtlich, dass der Zeitraum nicht signifikant ist.

Der bedeutendsten Einfluss auf die Rate an Todesfällen hatte das Alter. Schon in Tabelle 1.1. wird ersichtlich, dass die Patienten im Zeitraum der 'Aktion T4' signifikant älter waren. Somit gab es wohl mehr Todesfälle während des Klinikaufenthaltes, die in den Zeitraum der 'Aktion T4' fielen, diese sind wohl aber auf das höhere Lebensalter der Patienten in diesem Zeitraum zurückzuführen.

Der zunächst entstandene Verdacht, dass auch Patienten der Nervenlinik München durch tödliche Injektionen, Hungerkost oder ähnliches zu Tode gekommen seien, konnte durch das höhere Lebensalter der Patienten aus der Gruppe 1 nahezu ausgeschlossen werden.

Der dazu erstellte Klassifikationsbaum (Grafik 5.2.) zeigt diesen Zusammenhang noch einmal schematisch auf.

#### 4.2.7. Todesfälle bei Patienten mit seniler Demenz

Im vorliegenden Kapitel soll noch eine weitere Hypothese geprüft werden. In Abschnitt 4.2.6. haben wir gesehen, dass sich der Anteil der verstorbenen Patienten im definierten Zeitraum erhöht hat. Diese Erhöhung ist aber auf das durchschnittlich höhere Alter der Patienten zurückzuführen, nicht direkt auf den Zeitraum.

Nun haben wir uns den Anteil der älteren Patienten noch einmal genauer angesehen und die Todesfälle bei Patienten mit seniler Demenz betrachtet.

Wenn man nur die Verstorbenen mit der Diagnose Demenz untersucht (n=1164), so verstarben vor Oktober 1939 91 von 547 Patienten (16.64 %) und 1940 bis August 1941 144 von 617 Patienten (23.34 %). Ähnlich der allgemeinen Todesfälle während des Klinikaufenthaltes ist auch hier die Rate der Todesfälle bei Demenzkranken um 6.7 % erhöht. Durch den Fisher's Exact Test for Count Data 2 wurde berechnet, dass die beiden Variablen Gruppenzugehörigkeit (ns) und "verstorben" unter den Patienten mit seniler Demenz signifikant abhängig sind.

Schon in Tabelle 1.1. konnten wir feststellen, dass es im Vergleich zur Kontrollgruppe 0 in der Gruppe 1 insgesamt mehr weibliche Patienten gab und dass diese durchschnittlich älter waren. Für einen besseren Vergleich der angesprochenen Gruppenunterschiede wurde zusätzlich wieder eine logistische Regression mit Zielgröße „Verstorben während Klinikaufenthalt“ berechnet (Modell 5). Diesmal wurden aber nur Daten von demenzkranken Patienten eingeschlossen.

Hierbei wird ersichtlich, dass auch bei den Patienten mit seniler Demenz die Hauptursache für den Todesfall das hohe Alter ist. Die Gruppenzugehörigkeit (ns), also der Zeitraum ist hier nicht mehr entscheidend.

Während des Zeitraumes der 'Aktion T4' hat es mehr Todesfälle in der Nervenlinik München gegeben. Dies ist aber auf das insgesamt höhere Lebensalter der Patienten zurückzuführen. Es ist zu beachten, dass eben diese Patienten nicht in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zur weiteren Pflege verlegt wurden, sondern in der Nervenlinik München gehalten wurden. Dies könnte ein Argument zum Schutz der Patienten darstellen.

### **4.3. Untersuchungen zum Verlegungsverhalten bei einem neu definierten Zeitraum ab September 1940**

„Um zunächst bei den Geisteskrankheiten zu bleiben, so habe ich von den an ihnen begangenen Verbrechen zuerst im Herbst 1940 durch einen mit militärischem Urlaub nach München gekommenen Assistenten erfahren. ... Was also habe ich im Herbst 1940 getan? Ich habe mich an den psychiatrischen Berater des Reichsinnenministers gewandt und von ihm die Antwort erhalten: „Das ist geheim, darüber kann ich nicht sprechen.“ Dann hat sich mein Schüler Bostroem auf meine Veranlassung mit dem ihm bekannten Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes in Verbindung gesetzt. Schließlich habe ich erfahren, der Erzbischof von München, Kardinal Faulhaber, habe dieser Sache wegen schon an den Reichsjustizminister geschrieben und ich halte für wahrscheinlich, dass deshalb die ganze Aktion im Frühjahr 1941 eingestellt worden ist. Vorher aber hatte der Staatskommissar für das Gesundheitswesen in Bayern erklärt, wem sein Kopf lieb sei, der sollte nach diesen Dingen nicht fragen; nur vier oder fünf Männer wüssten davon; die Sache ginge in Ordnung. Danach musste ich zunächst zufrieden sein, dass man sich an meine Klinik nicht herangewagt hatte und dass ich wenigstens die Verlegung durch die Art und die Dauer ihres Leidens gefährdeter Kranker aus der (infolgedessen maßlos überfüllten) Klinik in die Heil- und Pflegeanstalt verhindern konnte... () ...Daß ein Mensch auf den Gedanken kommen könnte, mit den Geisteskrankheiten durch die Beseitigung ihrer Träger fertig zu werden, habe ich bis 1940 nicht für möglich gehalten. Ich habe ganz allgemein nicht geahnt, dass so viel Dummheit, Roheit und Bestialität in uns Deutschen verborgen sein könnte.“

[Bumke 1952,S.148]

Dieses Zitat aus dem in mehreren Auflagen erschienenem Band von Oswald Bumke (Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters, 1952) beleuchtet retrospektiv die Geschehnisse aus der Zeit des Nationalsozialismus und speziell die ‘Aktion T4’. In Anbetracht der Aussage, Prof. Bumke habe erst im Herbst 1940 von der Tötung psychiatrischer Patienten erfahren, entschieden wir uns, die Untersuchungen nach dem selben Schema, aber mit einem neu definierten Zeitraum durchzuführen. Eine Indifferenzzone wurde bei dieser Untersuchung nicht berücksichtigt, da man bei der Überprüfung der neuen Hypothese den September 1940 klar dem Zeitraum der ‘Aktion T4’ zuordnen kann.

#### 4.3.1. Allgemeine Änderungen der Patientenzahl, des Alters und des Geschlechts aller Erkrankungen im Zeitvergleich (Sept. 1940)

Die folgenden Untersuchungen wurden wie die vorangehenden Untersuchungen nach dem selben Berechnungen und Voraussetzungen statistisch ermittelt, nur die Hypothese ist eine andere. Den Bruchpunkt der Berechnungen stellt nun der September 1940 dar, wobei der Zeitraum auf den August 1941 begrenzt bleibt.

Für den neu definierten Zeitraum ab September 1940 stehen insgesamt 12553 Patienten für die Auswertung zur Verfügung. In den Zeitraum der 'Aktion T4' fallen nun 3213 Patienten (Gruppe 1), dem gegenüber stehen 9340 Patienten als Kontrollgruppe (Gruppe 0) aus der Zeit vor der 'Aktion T4' (Grafik 1.1.). Zum statistischen Vergleich wurde die Gruppe 1 der Gruppe 0 bezüglich der Zahlen angepasst.

Wie in der vorangestellten Untersuchung betrachteten wir die Unterschiede verschiedener Variablen innerhalb des Kontrollzeitraumes und des Zeitraumes der 'Aktion T4' (Tabelle 1.1.).

Auch hier sind alle Unterschiede innerhalb des Gruppenvergleichs statistisch signifikant.

Die Patienten der Gruppe 1 waren durchschnittlich 1,0 Jahre älter. Die Liegezeit der Gruppe ist ebenfalls im Vergleich zur Kontrollgruppe durchschnittlich um 1,91 Tage signifikant verlängert. In den beiden Vergleichsgruppen befanden sich mehr Männer als Frauen in der Klinik.

Hinsichtlich des neu untersuchten Zeitraums ab September 1940 im Vergleich zum Zeitraum der 'Aktion T4' ergibt sich keine relevante Änderung unter den Variablen.

#### 4.3.2. Die Liegedauer aller Erkrankungen (Sept. 1940)

Interessant ist wieder die verlängerte Liegedauer der Patienten. Wir konnten feststellen, dass sich die Dauer des Krankenhausaufenthaltes bei der Untersuchung des neuen Zeitraumes ebenso im Vergleich zur Kontrollgruppe verlängert hat. Die Patienten in der Gruppe 1 (durchschnittliche Liegedauer 28.37 Tage) waren nun durchschnittlich 1,91 Tage länger in der Klinik als die Patienten der Vergleichsgruppe 0 (durchschnittliche Liegedauer 26.46 Tage) (Tabelle 1.1.). Im Vergleich zur Voruntersuchung hat sich die Liegedauer allerdings um 0,33

Tage verkürzt, so dass diese relativ gesehene verlängerte Liegedauer des neu untersuchten Zeitraumes das Argument des Schutzes nicht verstärkt bekräftigen kann.

#### 4.3.3. Allgemeines Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich (Sept. 1940)

Diese statistische Untersuchung (Grafik 2.1., Modell 1, Grafik 2.2.) berücksichtigt die Verlegungen aller Patienten im monatlichen Zeitvergleich in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar. Hierbei wurden alle Erkrankungen berücksichtigt.

Einflussgrößen stellen auch bei dieser Untersuchung die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose (nsdiag), das Alter in Jahren, die Liegedauer in Tagen und das Geschlecht der Patienten dar.

Im September 1940 konnten wir eine deutliche Kurvenabweichung nach unten feststellen. Der Anteil der Patienten, die in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden, ließ prozentual stark nach. Jedoch zeigte die statistische Auswertung, dass auch hier der Zeitraum der Verlegung nicht relevant war. (Modell 1)

Diesen Zusammenhang verdeutlicht auch der Klassifikationsbaum (Grafik 2.2.). Die größte Bedeutung für eine Verlegung kommt der Diagnose zu, der Zeitraum spielt keine Rolle.

#### 4.3.4. Die Wahrscheinlichkeit, eine „gefährliche“ Diagnose zu erhalten, im monatlichen Zeitvergleich (Sept. 1940)

Diese statistische Untersuchung (Grafik 3.1., Modell 2, Grafik 3.2.) berücksichtigt das Auftreten einer „gefährlichen“ Diagnose im monatlichen Zeitvergleich innerhalb der Kontrollgruppe und während des neu definierten Zeitraumes der ‘Aktion T4’ ab September 1940. Auch hier galt es zu untersuchen, ob im Zeitraum der ‘Aktion T4’ mehr oder weniger Diagnosen gestellt worden waren, die die Tötung psychiatrischer Patienten hätten fördern oder verhindern können.

Unter die „gefährlichen“ Diagnosen fallen die Diagnosen: Schizophrenie, Epilepsie, Enzephalitis, Schwachsinn, progressive Paralyse, Chorea Huntington, senile Demenz sowie Lues.

Als Zielgröße diente das Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose. Als Einflussgrößen wurden die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Alter in Jahren und das Geschlecht der Patienten in das Modell aufgenommen.

Grafik 3.1. zeigt eine Zunahme an diagnostizierten „gefährlichen“ Diagnosen im September 1940.

Modell 2 objektiviert diese Schwankung, da berechnet werden konnte, dass der Anteil an „gefährlichen“ Diagnosen sogar minimal in der Gruppe 1 zurückgegangen ist, das heißt, es wurden weniger „gefährliche“ Diagnosen gestellt als im Kontrollzeitraum. Auch in dieser Untersuchung bleibt es bei einem leichten, aber signifikanten Rückgang des Stells einer „gefährlichen“ Diagnose, wobei auch hier das Alter und das Geschlecht den stärkeren Einfluss hat.

Dieses Ergebnis bestätigt im großen und ganzen die Analyse unter 4.2.4. Auch wenn sich in der Grafik 3.1. im September eine Zunahme der „gefährlichen“ Diagnosen zeigt, ist die Gesamtheit dieser im neu untersuchten Zeitraum zurückgegangen.

Dieses Argument bestätigt wiederum die These, dass Bumke nicht aktiv in den Mordplan der ‘Aktion T4’ involviert gewesen ist.

Der Klassifikationsbaum (Grafik 3.2.) beschreibt, dass das Alter der wichtigste Faktor für den Erhalt einer „gefährlichen“ Diagnose war.

#### 4.3.5. Das Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im monatlichen Zeitvergleich unter Berücksichtigung einer „gefährlichen“ Diagnose (Sept. 1940)

Bei dieser Untersuchung (Grafik 4.1., Modell 3, Grafik 4.2.) wurde nun eine Variable definiert, welche das gleichzeitige Vorliegen einer „gefährlichen“ Diagnose und der Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar darstellt. Als Einflussgrößen wurde die Gruppenzugehörigkeit (ns), das Alter in Jahren und das Geschlecht der Patienten verwendet.

Auch hier konnten wir einen deutliche prozentuale Senkung der Verlegungen im September 1940 erkennen (Grafik 4.1.). Durch weitere Berechnungen (Modell 3) wird jedoch ersichtlich, dass auch hier der Zeitraum nicht mehr entscheidend für das Verlegungsverhalten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar bei „gefährlicher“ Diagnose war.

Der Klassifikationsbaum (Grafik 4.2.) unterstreicht diese Berechnung nochmals: Nicht der Zeitraum ist das Kriterium, sondern das Geschlecht der Patienten.

#### 4.3.6. Untersuchungen zu Todesfällen während des Aufenthaltes in der Nervenlinik München (Sept. 1940)

Unter Berücksichtigung der gleichen Einflussgrößen und statistischer Vorgaben wurde, wie unter 4.2.6., der Anteil verstorbener Patienten der Nervenlinik München im Zeitvergleich berechnet und in der Grafik 5.1., sowie in Modell 4 und Grafik 5.2. dargestellt. So hatten wir in der vorherigen Berechnung, während des Zeitraumes der ‘Aktion T4’, eine erhöhte Rate an Todesfällen während des Klinikaufenthaltes ermitteln können, die jedoch durch das höhere Alter und die Diagnose erklärt werden konnten und der Zeitraum nicht mehr signifikant ist. Bei der Berechnung ab September 1940 wird nun durch Modell 4 ersichtlich, dass der Zeitraum bei den Patienten, die in der Klinik verstarben, nicht signifikant ist und somit keinen Einfluss nimmt.

Das Klassifikationsbäumchen (Grafik 5.2.) verdeutlicht nochmals, dass das Alter und nicht der Zeitraum den entscheidenden Faktor für die Todesfälle während des Klinikaufenthaltes darstellt.

#### 4.4. Kritik und Schwachstellen der Untersuchungen

Bei den „Untersuchungen zum Verlegungsverhalten während der Zeit der ‘Aktion T4’ der Nervenlinik München“ handelt es sich um eine retrospektiv-historische Arbeit, basierend auf Datenmaterial, das zum Zeitpunkt der Auswertung (2007/2008) bereits mehr als 60 Jahre alt war.

Neben dieser zeitlichen Distanz muss schwerpunktmäßig berücksichtigt werden, dass die schweren Kriegsjahre des zweiten Weltkrieges auch das Gebäude der damaligen Nervenlinik München in Teilen zerstört hatten und die Dokumentation deshalb nicht vollständig sein kann. So konnte das Aufnahmebuch der Männer des Jahres 1937 nicht mehr ausfindig gemacht werden, und auch die Aufnahmebücher weiterer Jahre weisen teilweise Lücken auf. Obschon die Vollständigkeit des Archivs, angesichts der schwierigen Zeitläufe, erstaunlich ist, konnte auch hier der Verbleib einiger Akten nicht geklärt werden.

Bei den Untersuchungen zum Verlegungsverhalten konzentrierten wir uns auf den Verlegungsort der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, da von dort aus bekanntermaßen Transporte in sogenannte „Tötungsanstalten“ statt fanden. Bei dieser Datenerhebung berücksichtigten wir aber nicht, ob es auch zu Rückverlegungen der Patienten in die Nervenlinik München oder gar nach Hause kam.

Ab 1943 waren Auslagerungen ganzer Teile der Nervenlinik München in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar bekannt, wobei die verlegten Stationen und Funktionsbereiche Teil der Nervenlinik und unabhängig von der Anstalt blieben, was Bumke durchsetzen konnte [Hippius et al 2005, S.125].

Trotz der in Teilen unvollständigen Aufzeichnungen sind die erhobenen Daten allein schon auf Grund der großen Menge (13 083 Patienten mit Geschlecht, Alter, Liegezeit, Diagnose nach dem Würzburger Diagnoseschlüssel und Verlegungsort) aussagekräftig genug, ein detailliertes Bild über die Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Nervenlinik München abzugeben.

## 5. Zusammenfassung

Über lange Zeit stand das griechische Wort Euthanasie für den selbst gewählten „guten Tod“ als die Selbsttötung. Durch die tausendfache Ermordung Kranker, Kinder oder Alter im Nationalsozialismus, lässt sich das Wort in Deutschland auf absehbare Zeit nicht mehr in dieser Bedeutung benutzen.

Die Euthanasiemorde im Sinne des dritten Reichs führten zu einer systematischen Ermordung von mehr als 200 000 Menschen [Aly 1989, S.11] durch Ärzte und Pflegekräfte, weil die Kranken nicht den Vorstellungen von „lebenswerten“ Leben entsprachen. Neben rassenhygienischen Vorstellungen der Eugenik sind kriegswirtschaftliche Erwägungen zur Begründung herangezogen worden. Gleichzeitig mit den ersten kirchlichen Protesten wurden die Tötungen nach erfolgter „Leerung“ vieler Krankenabteilungen nicht mehr zentral, sondern ab 1942 dezentral und damit weniger offensichtlich fortgesetzt.

Zwangssterilisierungen, die aus ähnlichen Überlegungen heraus vorgenommen wurden, gingen diesen Grausamkeiten voraus. Von 1933 bis zum Kriegsende 1945 sind in Deutschland schätzungsweise 300 000 Menschen zwangssterilisiert worden.

Die Psychiatrie in Deutschland war in dieses Verbrechen tief verstrickt.

Ziel dieser Arbeit war es, das wohl dunkelste Kapitel in der Geschichte der Psychiatrie zu beleuchten und speziell eine mögliche aktive Beteiligung der „Nervenlinik“ München zu untersuchen.

Durch ein gründliches Literaturstudium wurde ersichtlich, dass auch auf Veranlassung von Ärzten in der Nervenlinik München unter Gesetzesvorlage Zwangssterilisierungen ausgeführt worden waren, wenn auch der damalige Leiter der Klinik, Professor Oswald Bumke durchaus eine schützende Haltung gegenüber seinen Patienten einnahm.

Teilweise wurden zur Durchführung der Sterilisation Patienten aus der Nervenlinik München in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt.

Sicher ist, dass von der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar die Ermordung von Patienten während der ‘Aktion T4’ veranlasst wurde. Nach Richarz wurden schätzungsweise

924 Patienten aus Eglfing-Haar in andere Anstalten verlegt und dort getötet. Außerdem seien mindestens 776 Menschen, die zuvor in anderen Anstalten untergebracht waren, über Eglfing-Haar in eine Tötungsanstalt gebracht worden [Richarz 1986, S. 219].

Hinsichtlich direkter Verlegungen in „Tötungsanstalten“ oder Maßnahmen zum Schutz der Patienten der „Nervenlinik“ München während der ‘Aktion T4’ gibt es keine konkreten Hinweise, da Patientenakten aus dieser Zeit teilweise unvollständig sind. Durch die schweren Kriegsjahre existierten Dokumente teilweise einfach nicht mehr. Hinsichtlich der Aussagekräftigkeit erscheinen Dokumente aus dieser Zeit zudem nur bedingt vertrauenswürdig, da sie im nach hinein gefälscht werden hätten können. Indirekt wäre eine passive Teilnahme oder Zurückhaltung von Patienten über die Ermittlung des prozentualen Anteils von Patientenverlegungen der Nervenlinik München über die Zwischenanstalt Eglfing-Haar denkbar.

Durch Untersuchungen zum Verlegungsverhalten der Nervenlinik München während der Zeit der ‘Aktion T4’ und einem Kontrollzeitraum mit gleichem Zeitintervall vor Beginn der ‘Aktion T4’ sollte dies geprüft werden.

Bei der Analyse der Verlegungsdaten wird ersichtlich, dass im Zeitraum der ‘Aktion T4’ (Januar 1940-August 1941) nicht mehr oder weniger Patienten in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt wurden als im Kontrollzeitraum (November 1937-Oktober 1939). Der Anteil der anhand von Meldebögen als „gefährlich“ gestellten Diagnosen ging gleichzeitig im Zeitraum der ‘Aktion T4’ leicht zurück.

Betrachtet man nur Verlegungen nach Eglfing-Haar mit „gefährlicher“ Diagnose, so sind keinerlei Veränderungen über die beiden Zeiträume erkennbar. Die Patienten, die eine „gefährliche“ Erkrankung diagnostiziert bekamen, hatten eine große Wahrscheinlichkeit, in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt zu werden.

Betrachtet man isoliert die durchschnittliche Liegedauer der Patienten im Zeitvergleich, so ist diese erstaunlicherweise zum Zeitpunkt der ‘Aktion T4’ signifikant um 2.24 Tage verlängert. Diese allgemeine, längere Liegedauer scheint in Anbetracht der im Laufe des Krieges erheblich entstandenen Schäden der Nervenlinik besonders bemerkenswert [Hippius et al 2005, S.123]. Offensichtlich war man bemüht, die Patienten in der Klinik zu behalten und sie nicht in ein anderes Haus zu verlegen. Bei der Analyse der Liegedauer von Patienten mit „gefährlicher“ Diagnose ergibt sich ein ähnliches Bild. Hier verblieben die

Patienten sogar um durchschnittlich 2.51 Tage länger, im Vergleich zum Kontrollzeitraum, in der Nervenlinik München.

Im interessierenden Zeitraum wurde, in Anbetracht anderer Kliniken bekannter Fälle, von sogenannter „Hungerkost“ oder Injektionen mit hoch dosierten letalem Wirkstoff, untersucht, ob es innerhalb der Nervenlinik München zu einer höheren Anzahl an Todesfällen im Zeitraum der ‘Aktion T4’ gekommen ist. Dieser Verdacht wurde zunächst bestätigt, doch nach Adjustierung der Daten konnten wir feststellen, dass der Zeitraum nicht entscheidend war, sondern lediglich das durchschnittlich höhere Alter der Patienten für die erhöhte Sterbezahl verantwortlich war.

Es ist außerdem aus literarischen Quellen bekannt, dass sich Ärzte der Nervenlinik München über behördliche Anordnungen hinwegsetzten und so beispielsweise trotzdem Insulin zu therapeutischen Zwecken spritzten. [Hippius et al 2005, S. 123].

Ein ähnliches Bild ergab sich, wenn nur an Demenz erkrankte Patienten betrachtet wurden. Der Anteil von Todesfällen ist hier höher, weil die Patienten in diesem Zeitraum schlichtweg älter waren, der Zeitraum ist nicht mehr relevant.

Angeregt durch ein Zitat, in dem Professor Dr. O. Bumke erklärt, er habe erst ab Herbst 1940 erfahren, dass Patienten getötet worden sind, wurden weitere Analysen durchgeführt. Tatsächlich lässt sich ein starker Rückgang der in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegten Patienten im September 1940 feststellen.

In der genaueren Untersuchung des „neuen“ Zeitraums bezüglich allgemeiner Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar lassen sich wie in der vorherigen Untersuchung keine signifikanten Veränderungen während der ‘Aktion T4’ feststellen. Die starke Schwankung im September 1940 wird durch die nachfolgenden Monate ausgeglichen.

Bei den als „gefährlich“ diagnostizierten Erkrankungen zeigte sich ein leicht signifikanter Rückgang. Der prozentuale Anteil der Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar bei Patienten mit „gefährlicher“ Diagnose blieb unverändert.

Die Liegedauer verlängerte sich auch in diesem neu untersuchten Zeitraum im Vergleich zur Kontrollgruppe um 1.91 Tage. Dieser Unterschied war statistisch signifikant.

Ebenso gab es in diesem neuen Zeitraum keine signifikanten Veränderungen bei der Anzahl der Todesfälle in der Klinik.

Bei der Untersuchung der neuen Hypothese ab September 1940 konnten wir kaum Änderungen bei den Ergebnissen, vergleichend mit der Hypothese während des Zeitraumes der 'Aktion T4', feststellen. Obwohl hierbei die Indifferenzzone entfällt und deutlich mehr Daten sowie eine Variable geändert wurden, konnten teilweise exakt die gleichen Knoten in den Klassifikationsbäumchen berechnet werden. Dies zeigt, dass die verwendete statistische Methode sehr stabil und aussagekräftig ist.

Zusammenfassend liegen interessante Schwankungen des Verlegungsverhaltens der Nervenlinik München vor, die einen historischen Hintergrund im Zeitraum der 'Aktion T4' beinhalten. Aufgabe dieser Arbeit war es, eine mögliche Beteiligung der Klinik zu ermitteln. Durch statistische Verfahren konnte deutlich gemacht werden, dass sich das Verlegungsverhalten in beiden untersuchten Zeiträumen nicht verändert hat. Eine aktive Beteiligung der Nervenlinik München kann damit ausgeschlossen werden.

Ohne die Verlegungsmöglichkeit in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar wäre es sehr schnell zu einer Überfüllung der Nervenlinik München gekommen, so dass ein völliger Verzicht auf die Auslagerung wohl nicht möglich war.

Vielmehr ist von einem Versuchen des Schutzes der Patienten auszugehen, da es während der 'Aktion T4' nicht zu einer Zunahme der Verlegungen in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar kam. Statt dessen hat sich die Liegedauer der Patienten in der Nervenlinik München signifikant verlängert. Auch die Wahrscheinlichkeit, die Diagnose „Nervenkrank ohne psychische Störung“ zu erhalten, war signifikant erhöht und spricht für den Schutz der Patienten.

## 6. Anhang

### 6.1. Literaturverzeichnis

Aas, N.: Verlegt- dann vergast, vergiftet, verhungert. Die Kranken der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth in der Zeit der Zwangssterilisation und „Euthanasie“. Bumerang- Verlag Bayreuth. Bayreuth 2000

Adler, M.: Vergangenheitsbewältigung in Deutschland. Eine kulturpsychiatrische Studie über die „Faschismusverarbeitung“, gesehen aus dem Blickwinkel der Zwei Kulturen. Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main, 1990

Beddies, T., Hübener, K.: Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus, be.bra wissenschaft verlag GmbH, Berlin-Brandenburg 2003

Bumke, O.: Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters. Richard Pflaum Verlag, München 1952

Bumke, O.: Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines Psychiaters.  
In: Klee, E. [Hrsg.]: Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945.  
S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2001

Cranach, M. von, Siemen, H.-L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. Verlag Oldenburg, München 1999

Finzen, A.: Massenmord ohne Schuldgefühl. Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter auf dem Dienstweg, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996

Forel, A.: Die sexuelle Frage.  
In: Schmelter, T.: Nationalsozialistische Psychiatrie in Bayern. Die Räumung der Heil- und Pflegeanstalten. Deutscher Wissenschafts-Verlag, Bergtheim bei Würzburg, 1999

Frei, N.: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. R. Oldenbourg Verlag München, 1991

Freidl, W., Sauer, W.: NS-Wissenschaft als Vernichtungsinstrument. Rassenhygiene, Zwangssterilisation, Menschenversuche und NS-Euthanasie in der Steiermark. Facultas Universitätsverlag, Wien 2004

Frensch, M., Schmidt, M., Schmidt, Mi.: Euthanasie. Sind alle Menschen Personen?, Novalis Verlag AG, Schaffhausen 1992

Götz, A.: 'Aktion T4': 1939-1945: Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstrasse 4. Edition Hentrich Berlin, 1989

Greve, M.: Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der 'Aktion T4'. Centaurus- Verlagsgesellschaft. Pfaffenweiler 1998

Gütt, A., Rüdin, E., Ruttke, F.: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsbestimmungen. München, 1936

Haeckel, E.: Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Stuttgart 1904

Henning, J.: Zwangssterilisationen in Offenbach am Main 1934-1944. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2000

Hippius, H., Möller, H. J., Müller, N., Neundörfer G.: Die Psychiatrische Klinik der Universität München 1904-2004. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2005

Hirschinger, F.: „Zur Ausmerzung freigegeben“, Halle und die Landesheilanstalt Altscherbiz, 1933-1945, Band 16, Böhlau Verlag GmbH & Cie, Köln 2001

Höchter, W.: Über Veränderungen der relativen Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen sowie der Altersverteilung und Aufenthaltsdauer psychiatrischer Patienten an der Nervenlinik der Universität München von 1904 bis 1972. Medizinische Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München, 1976

Hubatsch, W.: Dokumente des Oberkommandos der Wehrmacht. Hitlers Weisungen für die Kriegsführung 1939-1945. NEBEL VERLAG GmbH Verlag, Utting, 1998

Kaminer, I.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. Das Phillipshospital in Riedstadt [Hessen]. Medizinische Dissertation, Frankfurt am Main, 1996

Kersting F.-W.: Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Verlag Ferdinand Schöningh GmbH, Paderborn, 2003

Klee, E.: Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2001

Kraepelin, E.: Kompendium der Psychiatrie

In: Mundt, C., Hohendorff, G., Rotzoll, M. [Hrsg.]: Psychiatrische Forschung und NS- „Euthanasie“. Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Verlag Das Wunderhorn, Heidelberg 2002

Römer, G.: Die grauen Busse in Schwaben: Wie das Dritte Reich mit Geisteskranken und Schwangeren umging. Berichte, Dokumente, Zahlen und Bilder. Presse-Druck- und Verlags-GmbH Augsburg, 1986

Meißel, T., Eichberger, G.: Aufgabe, Gefährdungen und Versagen der Psychiatrie. Edition pro mente, Linz 1999

Meyer, J.-E.: Diagnostische Einteilungen und Diagnoseschemata in der Psychiatrie. In: Psychiatrie und Gegenwart. Band 3. Springer Verlag, Berlin 1961

Müller, R.: Krankenmord im Nationalsozialismus. Grafeneck und die „Euthanasie“ in Südwestdeutschland. Archiv der Stadt Stuttgart, Stuttgart 2001

Mundt, C., Hohendorf, G., Rotzoll, M.: Psychiatrische Forschung und NS- „Euthanasie“. Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, Verlag Das Wunderhorn, Heidelberg 2001

Reschreiter, W.: LEBENS[UN]WERT. „NS-Euthanasie in Land Salzburg“. Laube sozialpsychiatrische Aktivitäten GmbH, Salzburg 2007

Richarz, B.: Der Umgang mit psychisch kranken Memnschen in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar von 1905 bis 1945. Medizinische Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München, 1986

Richarz, B.: Heilen, Pflegen, Töten: Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen 1987

Röder, T., Kubillus, V.: Die Männer hinter Hitler. Wer die geheimen Drahtzieher hinter Hitler wirklich waren... ..und unter welchem Deckmantel sie immer noch unter uns weilen.

Pi-Verlag für Politik und Gesellschaft, Malters 1994

Roemer, H.: Die Leistungen der psychiatrischen Kliniken und der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im ersten Jahr des Vollzuges (1934).

In: Zeitschrift für psychiatrische Hygiene, 1936, 9: 47-52;

Sander, P.: Verwaltung des Krankenmordes. Der Bezirksverband Nassau im Nationalsozialismus, Psychosozial-Verlag, Gießen 2003

Schmelter, T.: Nationalsozialistische Psychiatrie in Bayern. Die Räumung der Heil- und Pflegeanstalten, Band 1, Deutscher Wissenschafts-Verlag, Bergtheim bei Würzburg 1999

Schmuhl, H.W.: Massenhigiene, Nationalsozialismus, Euthanasie; Weingart, P., Kroll, J., Bayerz, K.: Rasse, Blut und Gene; Weindling, P.: Health, race and German politics between national unification and Nazism; Kaufmann, D.: Eugenik-Rassenhygiene-Humangenetik. Mundt, C., Hohendorff, G., Rotzoll, M. [Hrsg.]: Psychiatrische Forschung und NS- „Euthanasie“. Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Verlag Das Wunderhorn, Heidelberg 2001

Schöning, M.: Studien zu deutschen Lehrbüchern der Psychiatrie aus der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie. Band 4. GWAB-Verlag, Wetzlar 2001

Sparing, F., Heuser, M.-L.: Erbbiologische Selektion und „Euthanasie“. Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus. 1. Auflage. Klartext-Verlag, Essen 2001

Stromberger, H.: Die Ärzte, die Schwestern, die SS und der Tod. Kärnten und das produzierte Sterben im NS-Staat. 3. Auflage. Drava Verlag, 2002

Zimmermann, S.: Überweisung in den Tod. Nationalsozialistische „Kindereuthanasie“ in Thüringen. Landeszentrale für politische Bildung Thüringen, Thüringen 2005

Alle Berechnungen und Grafiken wurden mit der Statistik-Software R durchgeführt:

R Development Core Team [2007] R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, URL <http://www.R-project.org>

## 6.2. Abbildungen

---

# Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

## § 1

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungs der ärztlichen Wissenschaft mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Missbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

## § 3

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

## § 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

---

*Aus Akten der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren.*

Abbildung 1: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [Römer 1986, S.6]



Abbildung 2: Propagandaplatat [Lebensunwert, 2007 S.29]

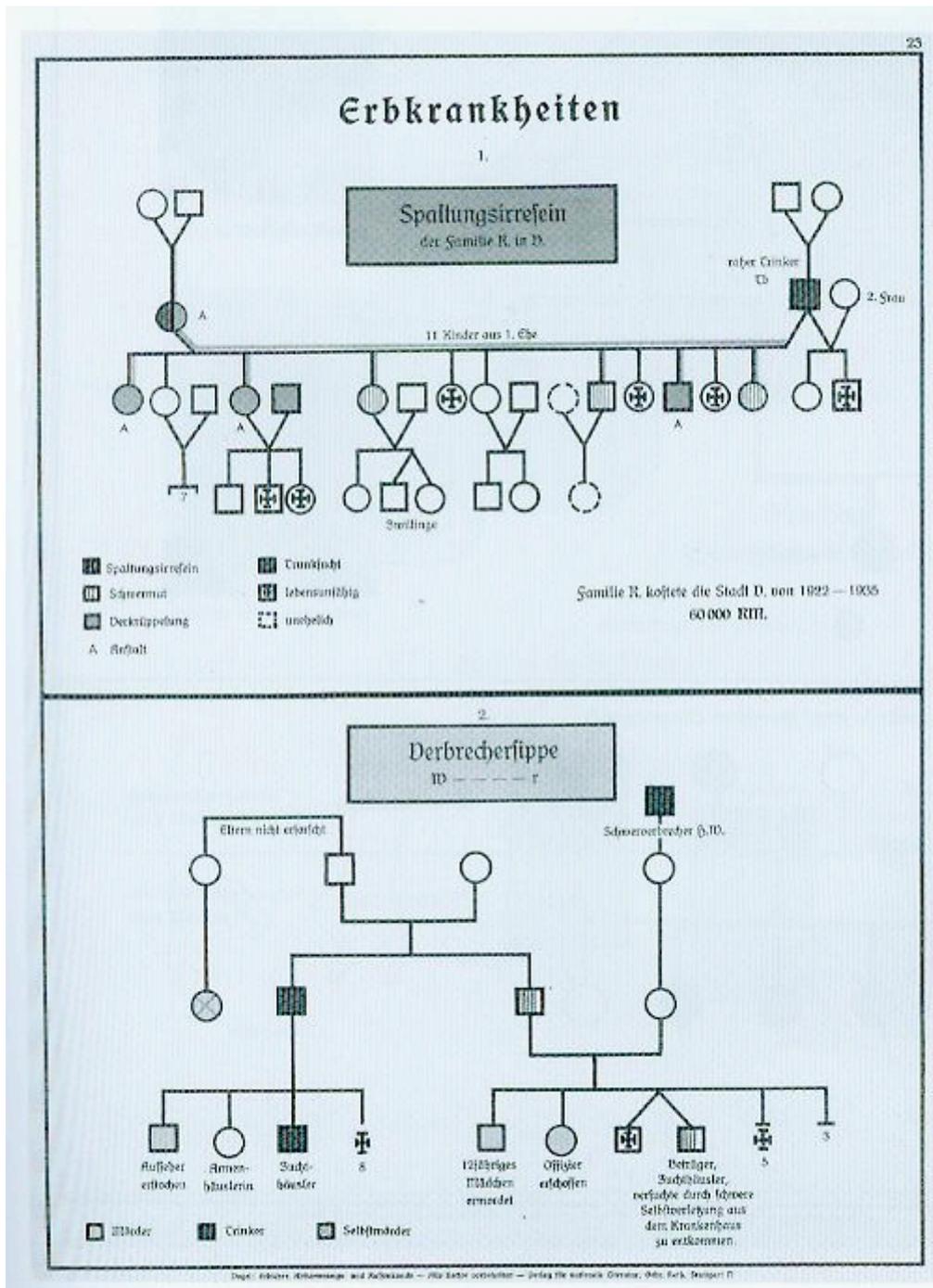
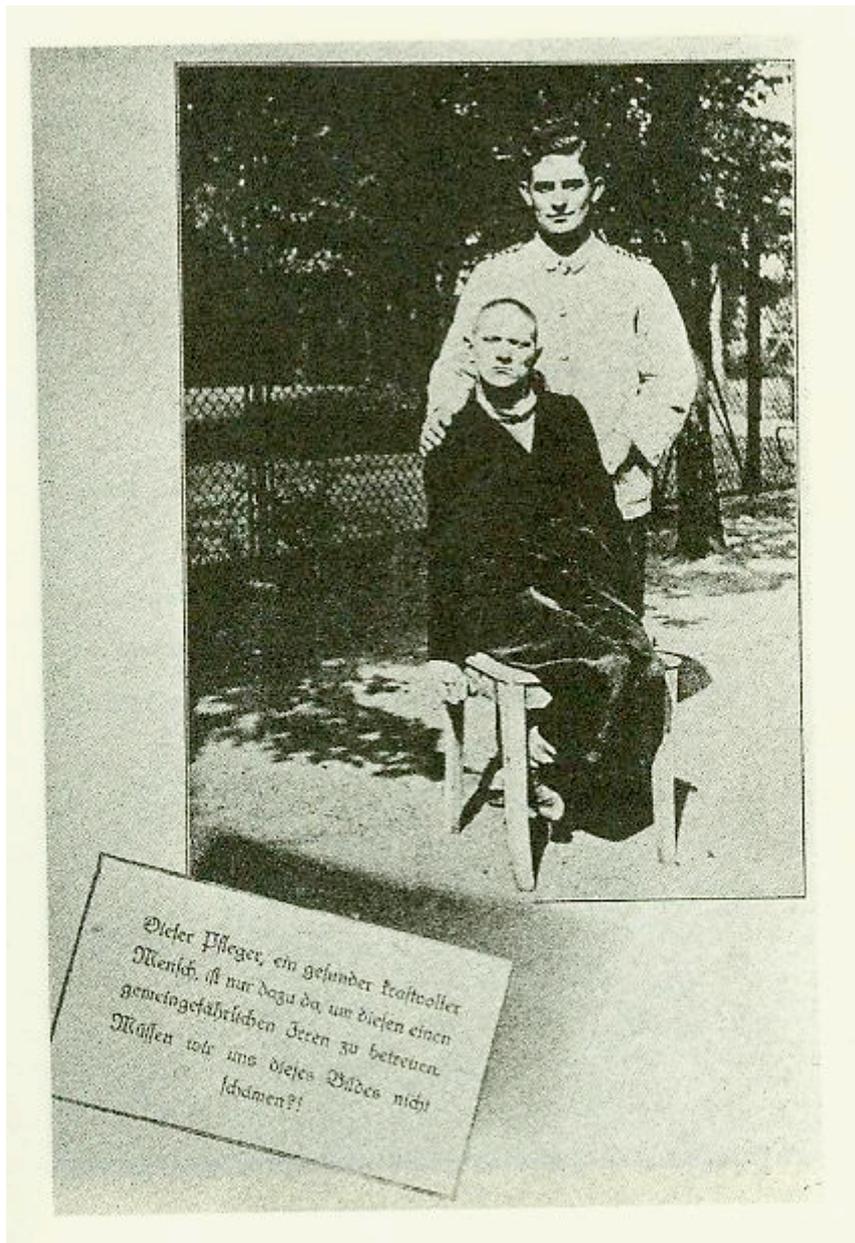


Abbildung 3: Obwohl eine Vererbbarkeit wissenschaftlich nur zum geringsten Teil nachgewiesen war, galten z.B. Schizophrenie und schwerer Alkoholismus als Erbkrankheiten im Sinne des Gesetzes. Aus einem Schulbuch. [lebensunwert 2007, S. 23]



*Diefer Pfleger, ein gefunder kraftvoller  
Mensch, ift nur dazu da um diefen einen  
gemeingefährlichen Jeren zu betreuen.  
Müssen wir uns diefes Bildes nicht  
schämen?!*

Abbildung 4: Eine Nation gesunder Menschen sollte geschaffen werden.  
[Finzen 1996, S.2]



BRUNNEN 1. Sept. 1939.

Reichsleiter B o u h l e r    u n d  
Dr. med. B r a n d t

sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Kräfte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnaden Tod gewährt werden kann.

*[Handwritten signature]*

*Das Original ist  
übergeben am 27.8.40  
Dr. Gietzner*

Abbildung 5: Rückdatiertes Ermächtigungsschreiben Hitlers an Reichsleiter Bouhler.  
[Finzen 1996, S.3]



Abbildung 6: Die arisierte Villa in der Tiergartenstraße 4 in Berlin [Götz 1989, S.6]

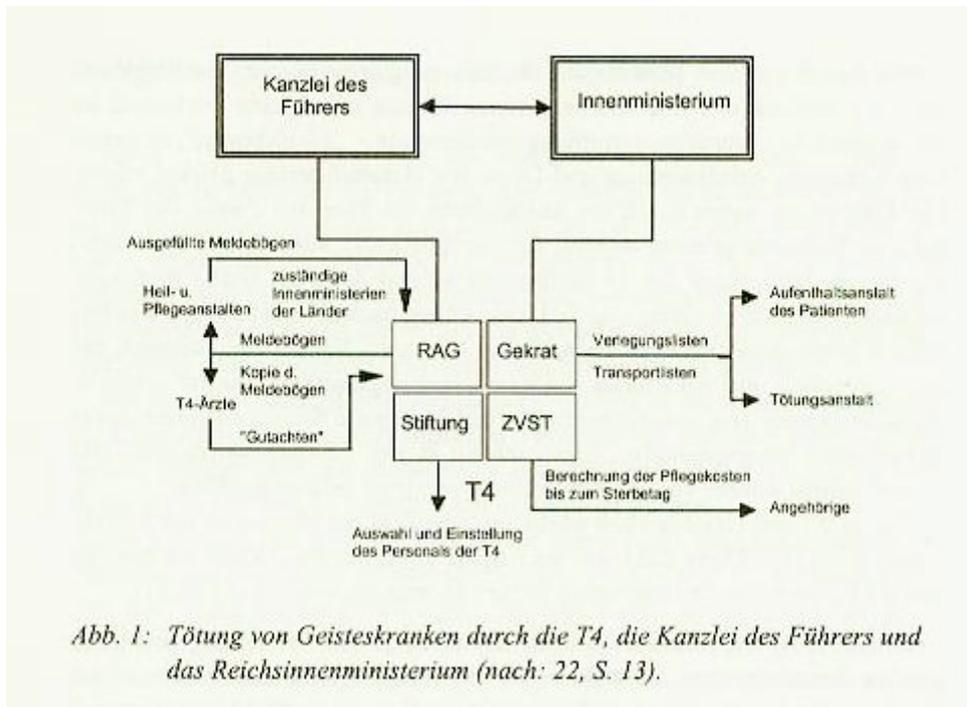


Abb. 1: Tötung von Geisteskranken durch die T4, die Kanzlei des Führers und das Reichsinnenministerium (nach: 22, S. 13).

Abbildung 7: systematischer Aufbau der 'Vernichtungsaktion T4' [Schmelter 1999, S. 24]

## T4 - Das gut organisierte Verbrechen

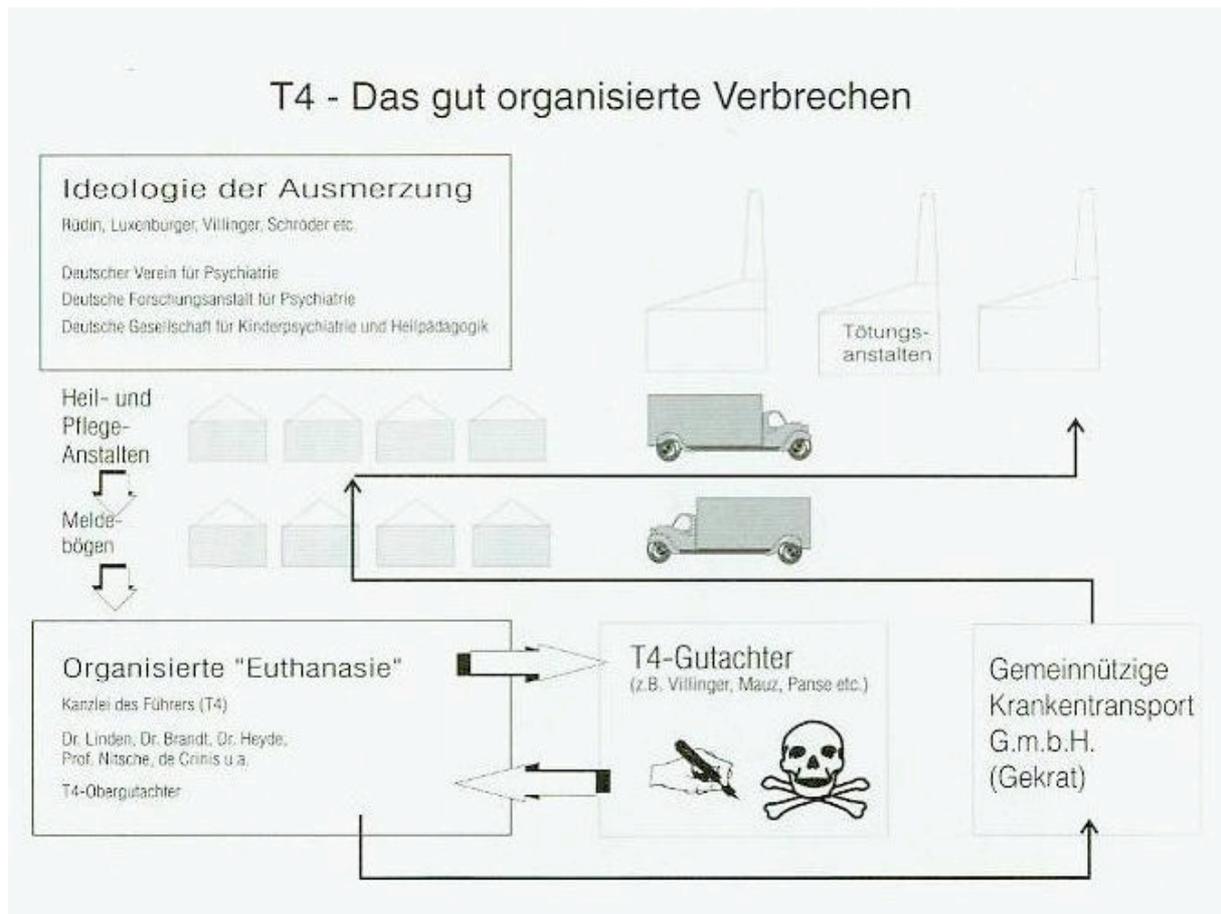


Abbildung 8: T4- Das gut organisierte Verbrechen. [Röder 1994, S. 90]

**Meldebogen 1** 28 mit Schreibmaschine ausfüllen!

Opfer Nr. ....

Name der Anstalt: \_\_\_\_\_  
in: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Patienten: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_  
letzter Wohnort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_  
leibl. verp., verm. od. gefö.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ (Kasse?) \_\_\_\_\_ Staatsang.: \_\_\_\_\_  
Angehörig d. nächsten Angeh.: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Besch. aus von wem (Angehörig): \_\_\_\_\_  
Vormund oder Pfleger (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

Rechtsinhaber: \_\_\_\_\_ Seit wem in letzter Hand: \_\_\_\_\_  
In welchen Anstalten gewesen, wo und wie lange: \_\_\_\_\_  
Seit wem krank: \_\_\_\_\_ Woher und wann eingeliefert: \_\_\_\_\_  
Stellung  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_ Geisteskranke Verwandte: \_\_\_\_\_  
Diagnose: \_\_\_\_\_  
Beschreibung: \_\_\_\_\_

Bewußtsein vollständig?  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_ sehr unvollst.  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_ in letzter Hand  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_  
Körperl. unvollst. Grade:  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_ Kräftebefäh.:  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_  
Bei Schizophrenie: Hoffschall \_\_\_\_\_ Gedächtnis \_\_\_\_\_ gut mittelersch. \_\_\_\_\_  
Bei Schizophrenie: hall. \_\_\_\_\_ unvollst. \_\_\_\_\_ Gut: \_\_\_\_\_  
Bei Psychose: psych. vermindert \_\_\_\_\_ durchschnittliche Stumpfheit der Wille \_\_\_\_\_  
Bei feinen Erkrankungen: Minder vermindert \_\_\_\_\_ unvollst. \_\_\_\_\_

Therapie (Insulin, Kortisol, Malaria, Scharlach usw.): \_\_\_\_\_ Dauererfolg:  $\frac{1}{2}$  \_\_\_\_\_  
Eingewiesen auf Grund § 51, § 42b StGB. u/ou \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_  
Delikt: \_\_\_\_\_ frühere Straftaten: \_\_\_\_\_

Art der Befähigung: (Sonderer Verstand des Kranken und der Gefahr bei Bezug, z. B. Sicherheit, nicht nicht vor. — Gefahrlos, ganz fähig, etc. — Keine einschlägigen Angaben, wie Gerichte, (andere einschlägige. Sondererklärung u/ou. Nach wem eingewiesen, ob freiwillig, Zwang oder aus gesetzl. Anordnung.)

Ist mit Einwilligung demnächst zu entlassen: \_\_\_\_\_  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
Hier: Name d. freipraktiz. \_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_

(Stempel des Institutes nicht ausfüllen!)

\*) Die Stellen sind arbeitslos. Nicht (ausfüllen). Jede, jenseits der 1. oder 11. Straß, Kopf (Stempel), Nummer (Stempel) ein.

© 1944 H. C.

**Drucksorte für den Schriftverkehr zwischen dem Krankenhaus Klagenfurt und der NS-Euthanasie-Zentrale in der Berliner Tiergartenstraße 4.**

Abbildung 9: Offizieller Meldebogen. [Stromberger 2002, S.139]





Abbildung 11: ein „Himmelfahrtsbus“ [Röder 1994, S.89]

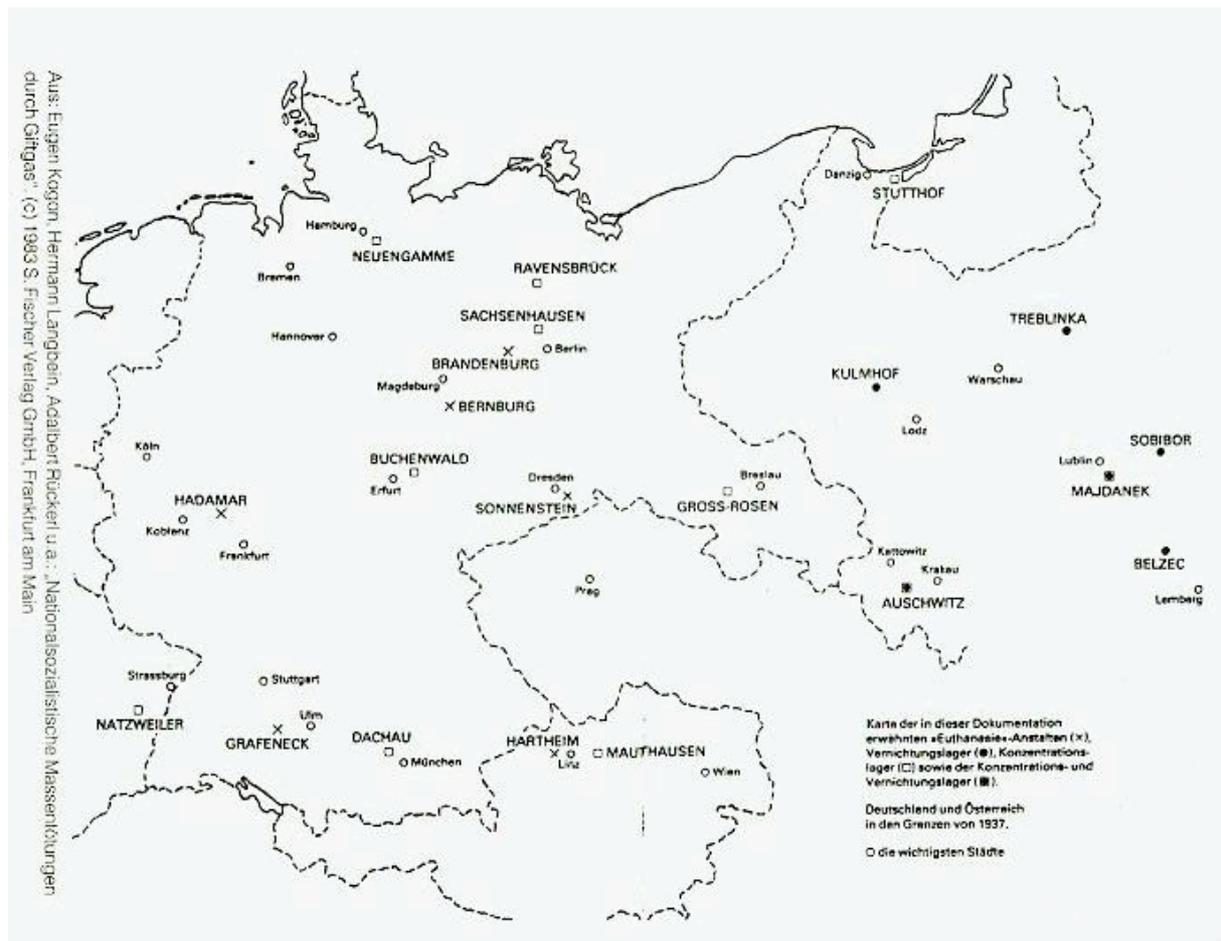


Abbildung 12: Die „Euthanasie“- Anstalten. [Röder 1994, S. 122]

## Euthanasie-Arzt spielt Unschuldslamm

Revisionsprozeß gegen Ministerialdirektor a. D. — 200 Kranke vergast

MÜNCHEN. — Mit einer dunklen Brille, die seine Augen verdeckt und einer prallgefüllten Aktentasche betrat am Montag, schwer auf einen Stock gestützt, der frühere Ministerialdirektor und Leiter der Gesundheitsabteilung im bayerischen Innenministerium während der Zeit des Nationalsozialismus, Dr. Walter Schultze, den Münchner Schwurgerichtssaal. Schultze muß sich wegen zweier Verbrechen der Beihilfe zum Mord verantworten. Der 66 Jahre alte Angeklagte war bereits am 16. November 1948 wegen Beihilfe zum Totschlag in mindestens 200 Fällen zu drei Jahren Gefängnis verurteilt worden. Auf die Revision der Staatsanwaltschaft wurde dieses Urteil aufgehoben. Schultze, der lange krank war, wird vorgeworfen, auf Weisung von Berlin Anordnungen unterschrieben oder erteilt zu haben, die für mindestens 200 Geisteskranke bayerischer Heil- und Pflegeanstalten den Tod bedeutet haben. Mit diesen Anordnungen wurden bis etwa 1941 Geisteskranke nach Lenz verlegt, wo sie später vergast wurden. Darüber hinaus soll Schultze ebenfalls auf höhere Weisung die Errichtung eines Kinderheims in Haar angeordnet haben, in dem in den ersten Kriegsjahren rund 120 geistes- kranke und krüppelhafte Kinder durch Luminol getötet worden sind.

Der Angeklagte, Mitglied der NSDAP seit 1923 und Reichsdozentenführer seit 1935, hatte schon in der ersten Verhandlung zugegeben, Anordnungen zur Verlegung von Geisteskranken unterschrieben zu haben, am Montag schränkte er seine damalige Aussage mit dem Satz „Ich nehme an, daß ich unterschrieben habe“, etwas ein. Be- fragt, ob ihm nicht bekannt gewesen sei, welche Folgen die Verlegungen für die Geisteskranken hatten, sagte Schultze, er habe seinerzeit von dem Euthanasie-Programm nichts gewußt und niemand im bayerischen Innenministerium habe damals geplant, daß etwas Unsauberes gemacht würde. Man habe angenommen, daß nur Schwer- kranke mit unheilbaren Leiden wegebracht worden seien. Mit der Ausführung der von Berlin kom- menden Weisungen habe man in München nicht das geringste zu tun gehabt. „Ich habe nie das Gefühl des Unrechts gehabt“, sagte er zu den Vorwürfen. Schultze will An- staltsleitern vor dem Abtransport von Kranken sogar gesagt haben, sie sollten diese Kranken doch ein- fach nach Hause entlassen. Aber die Anstaltsleiter hätten sich „so ungeschickt wie kleine Kinder benom- men“.

Abschrift!

Landesanstalt Hartheim

Hartheim, den 13. Febr. 1941  
Über Linz/Donau Postschließfach  
324

Tgb.-Nr. 16292 A 16772  
(Bei Antwort stets angeben!)

Frau  
Luise S p & t h  
Rothenburg o. d. Tauber  
Kapellenplatz Nr. 8

Sehr geehrte Frau Späth!

Wir bedauern Ihnen mitteilen zu müssen, daß Ihr Sohn Friedrich Späth am 13.2. unerwartet infolge Ruhr gestorben ist. Seine Verlegung in unsere Anstalt stellt eine Kriegsmaßnahme dar und erfolgte aus mit der Reichsverteidigung in Zusammenhang stehenden Gründen.

Nachdem unsere Anstalt nur als Durchgangsanstalt für diejenigen Kranken bestimmt ist, die in eine andere Anstalt unserer Gegend verlegt werden sollen und der Aufenthalt hier lediglich der Feststellung von Bazillenträgern dient, deren sich solche bekanntlich immer wieder unter derartigen Kranken befinden, hat die zuständige Ortspolizeibehörde Hartheim im Einvernehmen mit den beteiligten Stellen weitgehende Schutzmassnahmen angeordnet und gemäß § 22 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten die sofortige Einäscherung der Leiche und die Desinfektion des Nachlasses verfügt. Einer Einwilligung der Angehörigen usw. bedarf es in diesem Falle nicht.

Der Nachlass wird nach erfolgter Desinfektion hier zurückgelegt, und Ihr Entscheid, was mit ihm geschehen soll, abgewartet.

Falls Sie die Urne auf einem bestimmten Friedhof beisetzen lassen wollen - die Überführung erfolgt kostenlos - bitten wir Sie unter Beifügung einer Einverständniserklärung der betreffenden Friedhofsverwaltung um Nachricht. Sollten Sie uns diese nicht innerhalb 14 Tagen zusenden, werden wir die Beisetzung anderweitig veranlassen, wie wir auch annehmen würden, daß Sie auf den Nachlaß verzichten, wenn uns nicht innerhalb gleicher Zeit Mitteilung hierüber zugehen sollte.

Zwei Sterbeurkunden fügen wir bei, die Sie zur evtl. Vorlage bei Behörden verwenden können.

Heil Hitler!

i.A.

gez. Mayer.

2 Anlagen

Abbildung 14: Postalische Benachrichtigung mit angeblicher Todesursache.  
[Aas 2000, S. 127]

# Landes-Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein

Sprechstunde der Ärzte und Besuchszeit nur nach vorheriger Anmeldung

Gesch.-Z.: D 9731 - Lo.

(Ohne Angabe dieses Geschäftszeichens können Zuschriften nicht beantwortet werden)

Sonnenstein, den 22. Januar 1941.

über Pirna/Elbe

Fernsprecher: Pirna 27 36

Postscheckkonto: Dresden 45937

Fräulein  
Hildegard A s p ö c k ,

G r i e s r e c h e n Nr. 385  
bei Salzburg.

## Briefanschrift

Landes-Heil- und Pflegeanstalt  
Sonnenstein b. Pirna  
Schließfach Nr. 132  
beim Postamt in Dresden

Zu unserem Bedauern müssen wir Ihnen mitteilen, daß Ihr Bruder, Herr Richard Franz Friedrich A s p ö c k , der vor kurzem auf ministerielle Anordnung gemäß Weisung des Reichsverteidigungskommissars in unsere Anstalt verlegt wurde, am 22. Januar 1941 unerwartet an den Folgen einer schweren Ruhr verstorben ist.

Da uns Anschriften von weiteren Anverwandten nicht bekannt sind, bitten wir Sie, diese gegebenenfalls benachrichtigen zu wollen.

Aufgrund von behördlichen Anordnungen, die mit Kriegsmaßnahmen in Verbindung stehen, wurde seitens der hiesigen Ortspolizeibehörde gemäß § 22 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten die sofortige Einäscherung sowie Desinfektion des Nachlasses verfügt, um eine Verschleppung und den Ausbruch übertragbarer Krankheiten zu verhindern. Einer Einverständniserklärung der Angehörigen bedarf es in diesem Falle nicht.

Der Nachlaß der Verstorbenen wird, soweit nach der Desinfektion noch brauchbar, hier zurückgelegt. Er dient in erster Linie als Pfand für den Kostenträger der Anstaltsunterbringung, andernfalls steht er den Erbberechtigten, die sich durch einen von der zuständigen Behörde ausgestellten Ausweis zu legitimieren haben, zur Verfügung. Sollten Sie uns innerhalb 14 Tagen keine Nachricht zukommen lassen, müssen wir annehmen, daß Sie auf den Nachlaß verzichten, und werden diesen dann der NSV überlassen.

Falls Sie die Urne mit den sterblichen Überresten Ihres entschlafenen Bruders auf einem bestimmten Friedhof beisetzen lassen wollen - die Überführung erfolgt gebührenfrei - bitten wir um entsprechende Mitteilung unter Beifügung einer Einverständniserklärung der betreffenden Friedhofverwaltung. Wenn nach Ablauf von 2 Wochen keine Antwort hier eingeht, werden wir die Urne anderweitig beisetzen lassen.

Zwei Sterbeurkunden, die Sie für eine etwaige Vorlage bei Behörden benötigen, fügen wir bei.



Heil Hitler!

*H. G. Lach*

Schreiben der Landes-Heil- u. Pflegeanstalt Sonnenstein bei Pirna an Hilde Aspöck,  
vom 22. Jänner 1941; Quelle: privat.

Abbildung 15: Verstorben an „schwerer Ruhr“. [lebensunwert 2007, S. 101]

Landesanstalt Hartheim

Spittal, am 8. April 1941  
ob. Poststr. 1, Postfach Nr. 23  
Spittal, Kärnten  
Telefon: Spittal/Postamt Nr. 10114

Sp. Nr. N 18706  
(Zur Nummer bitte ergänzen)

Herrn  
Josef [REDACTED]  
Hüttenberg, Bez. St. Veit /Glan  
Kärnten

Sehr geehrter Herr [REDACTED]

Sie bedauern Ihnen mitteilen zu müssen, dass Ihre Tochter Elisabeth [REDACTED] am 8. April 1941 infolge Lungenentzündung mit nachfolgender Kreislaufschwäche verstorben ist. Ihre Verlegung in unsere Anstalt stellt eine Kriegsmassnahme dar und erfolgte aus mit der Reichsverteidigung in Zusammenhang stehenden Gründen.

Nachdem unsere Anstalt nur als Durchgangsanstalt für diejenigen Kranken bestimmt ist, die in eine andere Anstalt unserer Gegend verlegt werden sollen und der Aufenthalt hier lediglich der Feststellung von Bazillenträgern dient, deren sich bekanntlich immer wieder unter derartigen Krabben befinden, hat die zuständige Ortspolizeibehörde Hartheim im den Ausbruch und die Verschleppung übertragbarer Krankheiten zu verhindern im Einvernehmen mit den beteiligten Stellen weitgehende Schutzmassnahmen angeordnet und gemäss § 22 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten die sofortige Einsperrung der Leiche und die Desinfektion des Nachlasses verfügt. Dieser Einsperrungs- und Desinfektionsmassnahmen bedarf es in diesem Falle nicht.

Der Nachlass der Verstorbenen wird nach erfolgter Desinfektion hier zurückgelegt, weil er in erster Linie als Pfand für den Kostenträger der Anstaltsunterbringung dient.

Bei dieser Gelegenheit erlauben wir uns Sie darauf hinzuweisen, dass sich eine Beschädigung des Nachlasses durch die Desinfektion infolge Verwendung nachhaltiger Mittel sehr gut vermeiden lässt und sowohl Verwendung wie Herbeiführung eines Entscheides über Zurechnung des Nachlasses mehr Zeit und Kosten verursacht als der Nachlass wert ist. Wir schlagen Ihnen aus diesem Grunde vor auf ihn zu verzichten, so dass wir ihn in Falle der Beschädigung der RVV und im andern Falle ohne gerichtlichen Entscheid dem Kostenträger zur Verfügung überlassen können.

Falls Sie die Urne auf einen bestimmten Friedhof beisetzen lassen wollen - die Überführung erfolgt kostenlos - bitten wir Sie unter Beifügung einer Einverständniserklärung der betroffenen Friedhofverwaltung um Nachricht. Sollten Sie nun diese innerhalb 14 Tagen nicht zusenden, werden wir die Beisetzung anderweitig veranlassen, wie wir auch annehmen würden, dass Sie und der Nachlass verzichten, wenn Sie uns innerhalb der gleichen Zeit es Nachricht hierüber nicht zukommen lassen sollten.

Zwei Sterbeurkunden, die Sie zur evtl. Veranlassung der Behörden verwenden können, fügen wir bei.

2 Anlagen

gepflegt am 10/4 41  
mit der Urne



Abbildung 16: Verstorben an „Lungenentzündung“. [Stromberger 2002, S. 142]

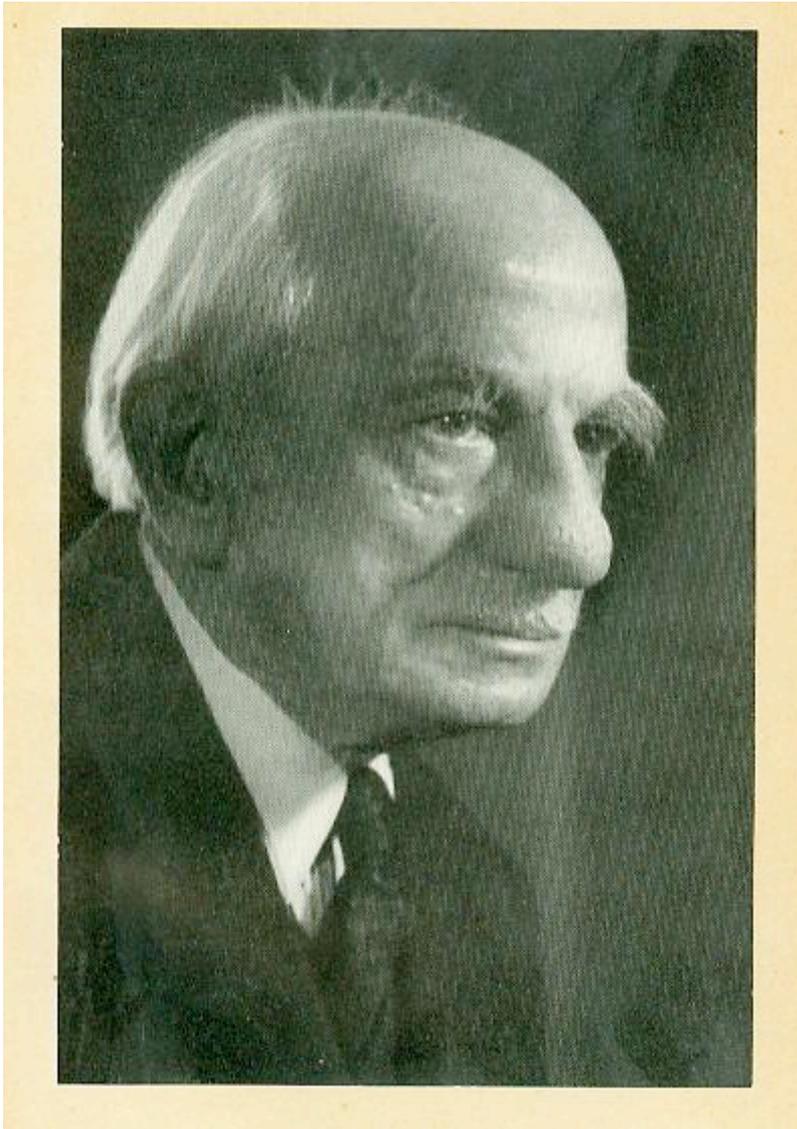


Abbildung 17: Professor Dr. Oswald Bumke [Bumke 1952, S. 5]

Sonderabdruck aus:

**Richtlinien für  
Schwangerschaftsunterbrechung  
und Unfruchtbarmachung  
aus gesundheitlichen Gründen**

Herausgegeben von der  
**Reichsärztekammer**

Bearbeitet von  
Dr. Hans Stadler

Mit 94 Abbildungen



---

**J. F. Lehmanns Verlag / München 1936**

## Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen bei Geistes- und Nervenkranken.

Von Oswald Bumke, München.

Es soll hier nur über die medizinischen Indikationen gesprochen werden, die Geistes- und Nervenkrankheiten für die Unterbrechung einer Schwangerschaft abgeben können. Dies ist ausdrücklich zu betonen, denn es gibt kein Gebiet der klinischen Medizin, in dem sich medizinische, soziale und eugenische Gründe für die Schwangerschaftsunterbrechung so vielfach durchflechten wie hier, und zugleich keines, in dem medizinische Gründe so häufig zu Unrecht vorgeschützt werden, wenn man eugenische oder soziale nicht nennen kann oder will.

Daß medizinische Indikationen für die Schwangerschaftsunterbrechung jetzt gesetzlich anerkannt sind, ist auf das wärmste zu begrüßen; denn es ist sinnlos, eines Paragraphen wegen eine Frau sterben und ihr Kind mit ihr zugrundegehen zu lassen, und es ist nicht viel besser, wenn eine Mutter siech werden muß, nur damit vorher noch ein gewöhnlich auch nicht widerstandsfähiges Kind zur Welt kommen kann. Aber wir wollen nicht vergessen, einmal: auch das Kind im Mutterleib ist ein lebendiger Mensch, und weiter: auch durch Aborte sind unendlich viele Mütter siech gemacht, d. h. körperlich und seelisch schwer geschädigt worden. Namentlich wenn eine Frau mehrere Aborte hintereinander über sich ergehen lassen muß, wird sie körperlich und seelisch auf das äußerste geschwächt. Ihr Gefüßleben wird verändert; jede normale geschlechtliche Einstellung und jedes natürliche Verhältnis zur Frage der Mutterschaft werden erstickt, und so werden Ehe und Familienglück auch da untergraben, wo die Mutter nicht zugleich früh gealtert, verbraucht und für spätere Geburten ebenso unfähig gemacht worden ist wie für die Arbeit und für die Erziehung schon vorhandener Kinder.

Aber wir werden das Problem der Abtreibung noch in einem viel weiteren Rahmen sehen, es viel allgemeineren Gesichtspunkten unterordnen müssen. Vor bald fünfundzwanzig Jahren habe ich in einem Referat auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe<sup>1)</sup> gefragt: Woran gehen denn Völker zugrunde? „Wenn wir die Kette der Erscheinungen“ (beim Untergang der Griechen und Römer), hieß die Antwort, „rückläufig verfolgen, so bildet ihr letztes Glied unzweifelhaft das Aussterben, die quantitative Abnahme der Bevölkerung. Die Nation verliert die physische Kraft, ihre Stellung äußeren Feinden gegenüber zu behaupten. . . . Entscheidend war für Rom und Hellas der gleiche Vorgang, der das heutige Europa wieder

<sup>1)</sup> Über nervöse Entartung. Berlin, Springer, 1912, S. 76.

■ Abb. 9.14. O. Bumke schreibt in »Richtlinien für Schwangerschaftsabbruchung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen« 1936, dass er keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bei den Geisteskrankheiten sähe

Abbildung 19: Bumke spricht sich gegen Schwangerschaftsunterbrechungen ohne absolute medizinische Indikation aus. [Hippius et al 2005, S.127]

Nr.	Name, Vorname	Geb. Tag	Aufn. Tag	Diagnose	Entl.	Neur. Unter- br. Ort	Bemerkungen
1100 B	██████████, Walter	3.3.10	8.11.34	Schiz.	24.4.41	-	4.6.41 gest.
1899 B	██████████, Adolf	6.8.79	1.4.33	Gen. Epil.	"	-	6.6.41 "
1547 B	██████████, August	18.7.89	22.6.20	Schiz.	"	-	5.6.41 "
1705 B	██████████, Peter	24.5.83	5.8.27	"	"	-	30.5.41 "
1442 B	██████████, Karl	20.7.07	30.5.37	"	"	-	30.5.41 "
Langen- hagen	██████████, Hans	3.12.02	14.6.37	Fr. Paral. "	23.4.41	-	31.5.41 "
1576 B	██████████, Arnold	20.8.97	6.9.38	"	24.4.41	-	4.6.41 "
1993 B	██████████, Fritz	27.1.87	1.10.20	Schiz.	"	-	31.5.41 "
1720 B	██████████, Willa	27.12.78	19.5.14	Gen. Epil.	"	-	4.6.41 "
1211 B	██████████, Otto	15.4.89	23.11.35	F.P.	23.4.41	-	
Milden- heim	██████████, Bernh.	25.7.68	6.1.39	Schiz.	"	-	5.6.41 "
1209 B	██████████, Wilhelm	12.11.70	14.11.33	Gen. Epil.	24.4.41	-	
1059 F	██████████, Gustav	16.10.79	7.7.34	angeb. Schwachs.	23.4.41	-	30.5.41 "
1796 B	██████████, Karl	1.5.81	15.1.32	Schiz.	24.4.41	-	4.6.41 "
1575 B	██████████, Kurt	18.10.86	2.9.38	Epilepsie	"	-	4.6.41 "
1841 B	██████████, Georg	27.8.01	10.10.39 5.7.48	Encephal.	"	-	4.6.41 "
1294 B	██████████, Einar	17.11.81	27.8.36	angeb. Schwachs.	"	-	8.5.41 "
1550 B	██████████, Franz	17.6.17	6.7.38	"	"	-	14.6.41 "
1758 B	██████████, Heinz	29.3.02	28.6.34	Schiz.	23.4.41	-	30.5.41 "
1286 B	██████████, Karl	21.5.08	6.5.36	Schwachs.	24.4.41	-	
1151 B	██████████, Wilhelm	23.4.08	3.5.35	Schiz.	"	-	31.5.41 "
1613 B	██████████, Heinrich	18.11.87	23.2.22	"	24.4.41	-	5.6.41 "
1054 B	██████████, Karl	11.3.88	26.2.23	"	"	-	5.6.41 "
1844 B	██████████, Joh.	11.5.87	25.7.32	"	23.4.41	-	30.5.41 "
1678 B	██████████, Franz	28.8.76	19.12.24	"	24.4.41	-	30.5.41 "
Langen- hagen	██████████, Bruno	1.2.06	18.2.37	"	23.4.41	-	4.6.41 "
1859 B	██████████, Abma	10.3.71	4.8.10	"	23.4.41	-	31.5.41 "
1514 B	██████████, Georg	22.11.93	6.11.17	"	24.4.41	-	31.5.41 "
1322 B	██████████, Karl	22.10.68	23.3.00	angeb. Schwachs.	23.4.41	-	4.6.41 "

Abbildung 20: Beispiel eines Aufnahmebuches. [Finzen 1996, S. 154]

### Krankheitsformen

1. Angeborene und früherworbene Schwachsinnszustände (Idiotie und Imbezillität):
  - a) ohne nachweisbare Ursache;
  - b) infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen;
  - c) Kretinismus.
2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung)
  - a) akute traumatische Psychosen (Kontusionspsychosen)
  - b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderung usw.).
3. Progressive Paralyse.
4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes.
5. Encephalitis epidemica.
6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters:
  - a) arteriosklerotische Formen (einschließlich der genuinen Hypertonie);
  - b) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder);
  - c) senile Formen;
  - d) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.).
7. Huntingtonsche Chorea.
8. Psychische Störungen bei anderen Hirnerkrankungen (Tumor, multiple Sklerose usw.).
9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien („symptomatische Psychosen“):
  - a) bei Infektionskrankheiten (einschließlich Chorea minor);
  - b) bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Urämie und Eklampsie, Anämien, Karzinose, Pellagra usw.);
  - c) bei Basedow, Myxödem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen;
  - d) symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Laktation.
10. Alkoholismus:
  - a) Rauschzustände;
  - b) chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.);
  - c) Delirium tremens und Halluzinose;
  - d) Korsakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica).
11. Suchten. (Morphinismus, Kokainismus usw.).

12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd, usw.
13.
  - a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursache;
  - b) Symptomatische Epilepsie (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen).
14. Schizophrener Formenkreis.
15. Manisch-depressiver Formenkreis:
  - a. manische und depressive Phasen;
  - b. hyperthyme, dysthyme und cyclothyme Konstitution.
16. Psychopathische Persönlichkeiten.
17. Abnorme Reaktionen:
  - a) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen;
  - b) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15a fallen;
  - c) Haftreaktionen;
  - d) Rentenneurose;
  - e) Andere psychogene Reaktionen;
  - f) Induziertes Irresein.
18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres).
19. Ungeklärte Fälle.
20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen.
21. Nicht Nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen.

## **Danksagung**

Ich danke Herrn Prof. Dr. H.- J. Möller, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der Ludwigs- Maximilians- Universität München, für die Überlassung des Themas.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. N. Müller für seine wohlwollende Betreuung und seine hilfreichen Ratschläge.

Für die engagierte Erstellung der Statistik und die freundlichen Erläuterungen danke ich Herrn A. Mayer.

Ein weiterer Dank geht an Herrn Dr. Strauß, Leiter des Archivs der Klinik, und Herrn Krestel.

## **Lebenslauf**

### **Persönliche Daten**

Name	Daniela Alexandra Kroth
Geburtsdatum	05.03.1978
Geburtsort	München
Familienstand	ledig

### **Schulbildung**

1984-1988	Grundschule in Herrsching am Ammersee
1988-1989	Christoph- Probst -Gymnasium in Gilching Abschluss: Abitur
1999-2002	Ausbildung zur examinierten Krankenschwester Staatliche Berufsfachschule für Krankenpflege Am Klinikum der Universität München

### **Hochschulausbildung**

Ab 2002	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
26.08.2004	Physikum
WS 2008/2009	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (nach neuer ÄAppO)

### **Promotion**

Ab 2006	„Untersuchungen zum Verlegungsverhalten Während der Zeit der Aktion T 4 an der Nervenlinik München“ Betreuer Prof. Dr. med. Dr. N. Müller Psychiatrische Klinik der LMU München
---------	---

### **Famulaturen**

01.09.-01.10.2004	Dr. med. K. Voll, Praxis für Gynäkologie, Forchheim
08.03.-06.04.2005	Prof. Dr. med. M. Soyka, Psychiatrische Klinik der LMU München
22.08.-20.09.2005	Prof. Dr.med. B. Reichart, Herzchirurgische Poliklinik der LMU München
23.03.-21.04.2006	Prof. Dr. med. C. Strauß, Neurochirurgische Universitätsklinik, Erlangen

**Praktisches Jahr**

20.08.-09.12.2007

Prof. Dr. med. H. Waldner,  
Chirurgische Abteilung, Klinikum Schwabing

10.12.2007-30.03.2008

Prof. Dr. med. A. Ziegler, Innere Abteilung,  
Klinikum Schwabing

31.03.-20.07.2008

Prof. Dr. med. H.-J. Möller,  
Klinik für Psychiatrie an der LMU München

**Beruflicher Werdegang**

Dezember 2008

Approbation als Ärztin

Ab Januar 2009

Assistenzärztin in Weiterbildung am  
Städtischen Klinikum Offenbach,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

**Zusätzliche berufliche  
Erfahrungen**

1998-2000

Praktikum und Aushilfstätigkeit  
Privatklinik Dr. Schindlbeck

2002-2004

Pflegehilfskraft, Universitätsklinikum der LMU  
in Grosshadern

2006-2008

Aushilfstätigkeit in allgemeinmedizinischer  
Praxis, J. Pöller, München

**Fremdsprachen**

Englisch, Französisch