

IX. Zusammenfassung und Fazit¹

Spätestens Ende August 1940 wurde die HPA Hall in die bereits laufenden Vorbereitungen zur „Aktion T4“ einbezogen, indem eine externe Ärztekommision die Krankenakten sichtet und auf Basis dieser Begutachtungen eine erste Transportliste erstellte. Am 10. 10. 1940 erfolgte daraufhin der Abtransport von insgesamt 179 PatientInnen in die Tötungsanstalt Hartheim. Weitere zwei Transporte folgten im März und Mai 1941. Auch nach dem offiziellen Abbruch der „Aktion T4“ im August 1941 war die Gefahr für die Haller PatientInnen keineswegs gebannt. Noch ein Jahr danach kam es in regionaler Verantwortung zum Abtransport von weiteren 60 PatientInnen, diesmal in die HPA Niedernhart, wo sie mit überdosierten Medikamenten ermordet wurden. Insgesamt wurden in den Jahren 1940 bis 1942 entweder direkt aus der HPA Hall oder über diese 360 PatientInnen abtransportiert und in weiterer Folge ermordet. Es gibt bisher keinerlei Belege, die besagen, dass Anstaltsleiter Klebelsberg ein fanatischer Euthanasie-Befürworter gewesen wäre. Er konnte beim ersten Transport erreichen, dass etwa 80 PatientInnen durch die Streichung von den Transportlisten vor dem sicheren Tod gerettet wurden. Klebelsberg hatte sie nach den Kriterien der Heilbarkeit und insbesondere der Arbeitsfähigkeit von den Listen gestrichen. Sein Bemühen galt also vorwiegend den arbeitsfähigen und aus seiner Sicht heilbaren PatientInnen, während er sich mit dem Abtransport der Verwahr- und Pflegefälle zusehends abfand. Mit dieser Form der teilweisen Kooperation übernahm er jedoch ein erhebliches Maß an Mitverantwortung und verstrickte sich in die Euthanasie-Aktion, indem er drüber entschied, wer abtransportiert werden und wer in der Anstalt verbleiben sollte. Seine Haltung entsprach damit jener vieler zeitgenössischer PsychiaterInnen. Die Aussonderung und Benachteiligung der als unheilbar erachteten PatientInnen war bereits vor der NS-Zeit gelebte Praxis, konnte jedoch in der NS-Zeit für die PatientInnen nun zunehmend tödliche Folgen haben. Klebelsbergs Involvierung zeigte sich auch darin, dass er die von Berlin nach dem Euthanasie-Stopp weiterhin angeforderten Meldebögen ohne erkennbaren Widerstand ausfüllte und übermittelte. Dass die Gefahr ermordet zu werden, für die PatientInnen in der HPA Hall auch nach dem letzten Transport nicht vorüber war, zeigen Czermaks Bemühungen spätestens ab November 1942 in Hall eine Euthanasie-Station zu errichten, in der der tötungsbereite Leiter der HPA Niedernhart, Rudolf Lonauer bzw. sein Stellvertreter Georg Renno, den Krankenmord durchführen sollten. Offensichtlich konnte sich hier Klebelsberg jedoch mit seiner ablehnenden Haltung durchsetzen, sodass es nicht dazu kam. Die Rekonstruktion der Planungs-, Belegungs- und Auflassungsgeschichte lieferte keinen Hinweis darauf, dass die etwa zeitgleiche Anlegung des Anstaltsfriedhofes Anfang November 1942 in

¹ Teile der folgenden Einschätzung und des Fazits sind zusammenfassend publiziert in: Seifert, Sterben, 143–144; Seifert, Anstaltsfriedhof, 248–249.

direktem Zusammenhang mit Czermaks Euthanasie-Planungen stand. Für die Gründung des Anstaltsfriedhofes, der von Anfang an als zeitlich begrenzte Notlösung gesehen wurde, waren vielmehr die Bemühungen der Haller Stadtverwaltung ausschlaggebend. Diese erwartete sich von der Anlegung eines eigenen Anstaltsfriedhofes eine unmittelbare Entlastung des zu jener Zeit völlig überbelegten Stadtfriedhofes. Daher ist es auch nachvollziehbar, dass mit der Eröffnung des neuen städtischen Friedhofes am Weißenbach im Februar 1945 das Auflassen des Anstaltsfriedhofes Mitte April 1945 verbunden war. Auch wenn sich kein Zusammenhang zwischen Czermaks Aktivitäten und der Anlage des Friedhofes erkennen lassen, ist nicht auszuschließen, dass Czermaks Euthanasie-Pläne durch den neueröffneten Anstaltsfriedhof zumindest beflügelt wurden, hätte sich doch nunmehr die Möglichkeit ergeben, die im Rahmen geplanter Euthanasie-Maßnahmen ermordeten PatientInnen von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt zu beerdigen.

Nach der Phase der Todestransporte war die Situation der PatientInnen in der HPA Hall in den Jahren 1942 bis 1945 insbesondere durch eine massive Verschlechterung der Lebensverhältnisse geprägt, was als Hauptursache für den starken Anstieg der Sterberate anzusehen ist. Die Sterblichkeit steigerte sich im Laufe der Kriegsjahre von einer durchschnittlichen Vorkriegssterblichkeit von vier Prozent auf eine Sterberate von 13 Prozent im Jahr 1944 und von sogar 21 Prozent im Jahr 1945. Da sich ab einem bestimmten Ausmaß einer Mangelsituation „die einzelnen Einflussfaktoren nicht mehr wirklich voneinander trennen“ lassen, wie Jutta M. Bott mit Blick auf die HPA Lindenhaus feststellte,² muss man auch für die HPA Hall davon ausgehen, dass die Steigerung der Sterblichkeit letztlich durch das Zusammenwirken sämtlicher sich in den letzten Kriegsjahren verschlechternden Faktoren bedingt war. Dass dabei auch in der HPA Hall die reduzierte Ernährung den wesentlichsten Einfluss auf das massenhafte Sterben hatte, steht außer Zweifel. Die zunehmende Unterernährung und die damit verbundene körperliche Schwächung vieler PatientInnen war wie in vielen anderen psychiatrischen Einrichtungen im Deutschen Reich die Basis für den Anstieg der Sterblichkeitsrate.³ Die PatientInnen in den Heil- und Pflegeanstalten waren dabei nicht nur von den kriegsbedingten Einschränkungen der Nahrungsmittelversorgung betroffen, sondern wurden darüber hinaus – als Ausdruck der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, die in den meisten psychiatrischen PatientInnen nur „Ballastexistenzen“ und „unnütze Esser“ sah – gezielt benachteiligt. Die Benachteiligung psychiatrischer PatientInnen gegenüber PatientInnen in allgemeinen Krankenhäusern war bereits 1940 in einem Erlass festgeschrieben worden. Im Gegensatz zu somatisch erkrankten PatientInnen hatten sie keinen Anspruch auf Kostzulagen und waren somit den so genannten NormalverbraucherInnen gleichgestellt. Dies ermöglichte ihnen allerdings nur eine Versorgung auf sehr niedrigem Niveau, da sie nämlich im Gegensatz zur Normalbevölkerung kaum Möglichkeiten hatten, sich außerhalb der Anstalt mit zusätzlichen Nahrungsmitteln zu versorgen. Diese ohnehin nur formale Gleichstellung mit den NormalverbraucherInnen wurde im Laufe des Krieges aufgegeben, sodass die PatientInnen der Heil- und Pflegeanstalten zusammen mit anderen gesellschaftlichen Randgruppen, wie etwa nicht arbeitenden GefängnisinsassInnen, am untersten Ende der Versorgungshierarchie standen.

² Bott, Lindenhaus, 200.

³ Faulstich, Landesanstalten, 325.

Die mit längerem Kriegsverlauf kleiner werdenden Rationen, waren aber gerade für den deutlich erhöhten Energiebedarf von unruhigen, rastlosen und sich ständig in Bewegung befindlichen PatientInnen, wie sie in Heil- und Pflegeanstalten häufig untergebracht waren, meist nicht mehr ausreichend. Als eindeutiger Ausdruck der unzureichenden Ernährung kam es bei vielen PatientInnen in der HPA Hall ab dem Jahr 1942 zu einer allmählichen Gewichtsabnahme. Zwar lässt sich ein durchschnittlicher Rückgang beim Körpergewicht bei allen Patientengruppen erkennen, allerdings war der Gewichtsverlust insbesondere bei den chronisch kranken, nicht arbeitsfähigen und stark pflegebedürftigen PatientInnen in den Jahren 1944/1945 drastisch. Dies deutet darauf hin, dass nicht alle PatientInnen von der reduzierten Lebensmittelzuteilung gleichermaßen betroffen waren. Offensichtlich kam es innerhalb der Anstaltsmauern zu einer differenzierten Lebensmittelversorgung. Während die so genannten Behandlungsfälle, also PatientInnen die als heilbar erachtet und meist auch nach den Regeln der damaligen ärztlichen Kunst behandelt wurden, und die ArbeitspatientInnen, die nützliche Tätigkeiten für den Anstaltsbetrieb verrichteten, besser versorgt waren und dadurch auch deutlich bessere Überlebenschancen hatten, reichte die Versorgung der „Verwahr-“ und „Pflegefälle“ ohne Arbeitsleistung und Aussicht auf Heilung oft nicht mehr für deren Überleben aus. Allem Anschein nach lenkten die ÄrztInnen auf diese Weise die Verteilung der reduzierten Gesamtmenge an Nahrungsmitteln.

Im Zuge der Recherchen konnten bisher keine Quellenbelege dafür gefunden werden, dass es auf Gauebene, so etwa von Czermak, oder auf Anstaltsebene durch die ÄrztInnen weitergehende Anweisungen gegeben hätte, in denen eine Aushungerung bestimmter PatientInnen mit dem Ziel des raschen Todes explizit angeordnet worden wäre, etwa vergleichbar mit dem Hungererlass in den bayerischen Anstalten. Diverse Einträge in den Haller Krankenakten deuten darauf hin, dass aller Wahrscheinlichkeit nach nicht absichtlich, selektiv durch Nahrungsentzug getötet wurde, sondern – so wie Jutta M. Bott für die Anstalt Lindenhaus feststellte – sich das Hungersterben in einer „schwer bestimmbar Grauzone vor der ‚aktiven Tötung‘“ abspielte.⁴ Gegen ein systematisches Töten durch Nahrungsmittelentzug in der HPA Hall spricht beispielsweise, dass sich bei etwas mehr als einem Drittel der auf dem Anstaltsfriedhof beerdigten PatientInnen – darunter auch stark pflegebedürftige und somatisch erkrankte PatientInnen – in den letzten Monaten oder Wochen vor ihrem Tod noch die Verordnung einer Zusatz- oder Krankenkost erkennen lässt. Bei einigen PatientInnen führten die ÄrztInnen auch eine Zwangsernährung durch. Eine angenommene Unheilbarkeit oder vorliegende Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit musste also nicht in jedem Fall die vollständige Benachteiligung oder Vernachlässigung zur Folge haben, wenn auch die Überlebenschancen vieler dieser PatientInnen deutlich kleiner waren. Wenn es in der HPA Hall ein System angeordneter Hungereuthanasie gegeben hätte, müsste man erwarten, dass gerade PatientInnen, die von sich aus die Nahrungsaufnahme einstellten oder aufgrund ihrer körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten nicht dazu in der Lage waren, ihrem Schicksal überlassen worden wären und ihnen nicht das – ohnehin nur mehr begrenzt verfügbare – Essen mitunter sogar zwangsweise eingegeben worden wäre.

Die durch die Unterernährung bedingte fortschreitende körperliche Schwächung vieler PatientInnen bewirkte offenbar einen starken Anstieg von Infektionskrankheiten. Insbeson-

⁴ Bott, Lindenhaus, 478.

dere die massenhaft auftretenden Durchfall-, Grippe- und Hauterkrankungen in den letzten Kriegsmonaten sind ebenfalls als Ausdruck der unzureichenden Ernährung zu interpretieren. Besonders die geschwächten PatientInnen konnten die zusätzlichen Komplikationen durch Krankheiten nicht mehr kompensieren. Diese für die PatientInnen ohnehin schon dramatische Situation hatte sich weiter verschärft, indem sich auch alle anderen für eine ausreichende Patientenversorgung bedeutsamen strukturellen Faktoren in den beiden letzten Kriegsjahren verschlechterten und im Zusammenwirken eine potenziell tödliche Wirkung entfalteten. Dies betraf die ungenügende Versorgung mit Heizmaterial ebenso wie die mangelhafte Belieferung mit manchen Medikamenten. Die angespannte Raumsituation, die schon in den ersten Jahren der NS-Herrschaft durch das Einschleusen zusätzlicher Notbetten entstanden war, verschlimmerte sich im Juni 1944 mit dem Wegfall der Männer-Wachstation noch weiter. Weniger Betten und weniger Platz hatten für die PatientInnen ein noch engeres Zusammendrängen zur Folge, was wiederum negative Auswirkungen auf die hygienischen Bedingungen haben musste und die Ansteckungsgefahr vor allem geschwächter PatientInnen zusätzlich anfachte. Der durch den Anstieg der Erkrankungen erhöhte Pflege- und Behandlungsaufwand musste von immer weniger Personal bewältigt werden. Vor allem bei den männlichen Pflegern verschlechterte sich der Pflegeschlüssel im Laufe der Kriegsjahre bedingt durch vermehrte Wehrmachtseinberufungen sukzessive, sodass in den letzten beiden Kriegsjahren auf einen Pfleger knapp 16 bzw. 17 Patienten kamen. Im Jahr 1943 waren es nur in etwa halb so viele gewesen. Besser war die Personalsituation auf den Frauenabteilungen, wo vorwiegend Nonnen Dienst versahen und sich der Pflegeschlüssel nur unwesentlich verschlechterte. Damit ließe sich womöglich die deutlich niedrigere Sterblichkeit bei den weiblichen PatientInnen erklären. Eine erhebliche Verschlechterung ist auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung der PatientInnen anzunehmen. Bedingt durch Wehrmachtseinberufungen und Krankenstände versahen im Untersuchungszeitraum meist nur drei MedizinerInnen, manchmal sogar nur zwei, den Dienst und hatten bis zu 700 PatientInnen zu behandeln, sodass Anfang Februar 1945 auf einen Arzt/eine Ärztin 217 PatientInnen fielen. 1937 war ein Arzt/eine Ärztin noch für 173 PatientInnen zuständig gewesen. Selbst wenn man annehmen möchte, dass das Personal in der HPA Hall auch während der NS-Zeit noch Willens war, allen PatientInnen eine ausreichende Versorgung und Behandlung angedeihen zu lassen, ist davon auszugehen, dass auf Basis dieses Personalschlüssels eine entsprechende Pflege und medizinische Versorgung kaum mehr möglich und nur mehr eine Notversorgung gegeben war. Ob es in der HPA Hall über diese strukturellen Mängel hinaus zu einer absichtsvollen medizinischen oder pflegerischen Vernachlässigung mit dem Ziel der Sterbebeschleunigung kam, lässt sich mit Blick auf die Krankenakten nicht eindeutig beantworten. Einerseits sprechen die in den Akten erkennbaren unterschiedlichen Behandlungsverläufe gegen eine systematische Verweigerung medizinischer Hilfe. Andererseits vermitteln aber manche Akten und die Beobachtung, dass viele der auf dem Anstaltsfriedhof beerdigten PatientInnen vor ihrem Tod nicht erkennbar medizinisch versorgt wurden, den Eindruck, dass nicht mehr alle PatientInnen mit den zur Verfügung stehenden Methoden und Mitteln behandelt wurden. Es ist davon auszugehen, dass es – so wie bei der Essensverteilung – auch bei der Behandlung und Pflege zumindest zu einer tendenziellen Benachteiligung von im psychiatrischen Sinne unheilbaren und stark pflegebedürftigen PatientInnen kam.

Aktive Bemühungen oder Interventionen für eine Verbesserung der Zustände in der HPA Hall von Seiten der ÄrztInnen oder Verwaltung sind in den Quellen kaum dokumentiert. Man

muss daher annehmen, dass sich das Personal weitgehend mit der Benachteiligung der Psychiatrie im Allgemeinen und mit jenem Teil ihrer PatientInnen im Speziellen, die weder produktive Arbeit leisteten noch als therapierbar galten, abgefunden hatte bzw. diese zum Teil sogar mittrug. Dieses Verhalten entsprach dem vieler AnstaltsärztInnen in der NS-Zeit, wie es der Betriebsarzt der Euthanasie-Zentraldienststelle Curd A. Runckel im Jahr 1944 beschrieb. Seiner Beobachtung nach verhielten sich viele Anstaltsärzte zwar ablehnend gegenüber den Tötungen in der eigenen Anstalt, aber die Verschlechterung insbesondere bei der Nahrungsversorgung mit den für viele PatientInnen verbundenen tödlichen Folgen nahmen sie „als kriegs- und schicksalsbedingt“⁵ und ohne erkennbaren Widerstand hin. Dies trifft wohl auch auf Direktor Klebelsberg zu, der bereits 1910 in den Anstaltsdienst eingetreten war und das massenhafte Sterben in der HPA Hall während des Ersten Weltkrieges aus eigenem Erleben kannte. Nach Einschätzung der Historikerin Cornelia Brink war diese Haltung der ÄrztInnen keineswegs auf fanatisierte und überzeugte NS-PsychiaterInnen beschränkt, sondern vielmehr über diesen Kreis hinaus weit verbreitet. Brink sieht die möglichen Ursachen für diese Einstellung in einer „Stigmatisierung der Geisteskranken“, die bereits lange vor der NS-Zeit eingesetzt und insbesondere in der Erfahrung des Ersten Weltkrieges mit dem damaligen Hungersterben in den Anstalten gewurzelt habe. Wenn es vielen Menschen schlecht gehe, so Brink weiter, dann stehe gerade das Leben von psychisch kranken Menschen zur „Disposition“, ohne dass es einer direkten „Tötungsabsicht“ oder besonderer „rassistischer Einstellungen“ bedürfe.⁶

Eine Bereitschaft, PatientInnen direkt in der Anstalt zu töten, lässt sich auf Basis des bisherigen Forschungsstandes für die ÄrztInnen und das übrige Personal in der HPA Hall nicht erkennen. Es gibt keine Hinweise darauf, dass Direktor Klebelsberg, der zwar bei der Durchführung der Todestransporte und bei der Umsetzung rassenhygienischer Maßnahmen wie den Zwangssterilisationen⁷ in erheblichem Ausmaß mit den politischen Entscheidungsträgern im Gau kooperierte, den Schritt hin zum individualisierten Morden gemacht hätte und somit zum Patientenmord in seiner eigenen Anstalt bereit gewesen wäre. Die Durchführung der Tötungen durch die zuständigen ÄrztInnen in den einzelnen Anstalten im Rahmen der dezentralen Euthanasie ließ sich nicht erzwingen, sondern setzte deren grundsätzliche Bereitschaft voraus.⁸ Diese Bereitschaft war auch Voraussetzung dafür, dass in einer HPA ein systematischer Krankenmord stattfinden konnte. Somit fehlte für die HPA Hall eine von drei wichtigen strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung von Patientenmorden, nämlich die Anwesenheit von tötungsbereitem Personal. Indem Gauleiter Hofer, im Unterschied zu manchen anderen Gauleitern, die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ nicht zu seiner primären Agenda gemacht hatte, was nicht bedeutet, dass er ein Gegner der NS-Euthanasie gewesen wäre, fehlte eine zweite Voraussetzung für die systematische Durchführung von Patientenmorden. Czermak als Leiter der Gaugesundheitsverwaltung und aktiver Euthanasie-Befürworter war offensichtlich nicht in der Lage, seine Pläne von Patiententötungen in der HPA Hall alleine umzusetzen.⁹

⁵ Faulstich, Hungersterben, 653, 659.

⁶ Cornelia Brink, Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980, Göttingen 2010, 326.

⁷ Die Frage der Zwangssterilisationen in der HPA Hall wurde im Rahmen der aktuellen Forschungen nicht behandelt und bleibt somit ein Forschungsdesiderat.

⁸ Süß, Volkskörper, 365–366.

⁹ Siehe zu den notwendigen strukturellen Voraussetzungen für Patientenmorde in den einzelnen Regionen und Anstalten und die Schlussfolgerungen in Bezug auf die HPA Hall: Kepplinger, Krankenmord, 56–60, 76–81.

Dass Klebelsberg jedenfalls bis Herbst 1942 nicht zur Tötung von PatientInnen bereit war, lässt sich aus der Tatsache schließen, dass noch Ende August 1942 ein Transport mit 60 PatientInnen nach Niedernhart erfolgte. Wäre das Personal in der HPA Hall zu systematischen Tötungen bereit gewesen, wäre dieser Abtransport nicht notwendig gewesen. Dass Czermak sich in weiterer Folge, wenn auch erfolglos, darum bemühte, dass Lonauer die Tötungen in der geplanten Euthanasie-Station in der HPA Hall durchführt, verstärkt diesen Eindruck zusätzlich. In eine ähnliche Richtung weist die neuerliche Aufforderung Czermaks an Lonauer im April 1945, in der überfüllten Anstalt HPA Hall PatientInnen zu töten. Auch diese beiden Initiativen Czermaks deuten darauf hin, dass das Personal in der HPA Hall weiterhin nicht zu Patiententötungen bereit war.

Gegen einen Einbezug der HPA Hall in ein systematisches Euthanasie-Programm spricht auch die Tatsache, dass die Anstalt in den Jahren 1943 bis 1945 nicht die Funktion einer Aufnahmeanstalt im Rahmen der breit angelegten Verlegungen von PsychiatriepatientInnen im sich zuspitzenden Luftkrieg übernahm. Dies ist insofern von Bedeutung, als für die Einquartierung von evakuierten PatientInnen aus luftkriegsgefährdeten Einrichtungen bevorzugt solche Anstalten ausgewählt wurden, deren Personal zu Tötungen von PatientInnen bereit war oder zumindest ein rasches Ableben förderte bzw. willig in Kauf nahm. Infolge dieser Dynamik boten solche Einrichtungen ständig neue Bettenkapazitäten.

Weder die im Rahmen des Projektes zur Geschichte des ehemaligen Anstaltsfriedhofes der HPA Hall durchgeführten archäologischen, anthropologischen, medizinischen und soziologischen noch die historischen Untersuchungen deuten darauf hin, dass die HPA Hall in den Jahren 1942 bis 1945 zu jenen Anstalten zählte, in denen ein systematischer und gezielter Krankemord stattgefunden hat.¹⁰ Allerdings lassen sich auch für die HPA Hall Tötungen oder zumindest das Herbeiführen oder Zulassen eines schnellen Todes im Einzelfall nicht ausschließen. Kein Zweifel besteht daran, dass Hunger, Kälte, Raumnot sowie medizinische und pflegerische Unterversorgung und Vernachlässigung die Überlebenschancen vieler PatientInnen derart minimierten, dass deren massenhaftes Sterben als logische Konsequenz erscheint. Die Tatsache, dass die Sterblichkeit in der Anstalt auch noch nach Kriegsende sehr hoch blieb und die Sterberaten in den Nachkriegsmonaten im Mittelwert sogar höher waren als in den NS-Monaten, zeigt, dass das Ende der NS-Zeit für die PatientInnen der HPA Hall nicht das Ende ihrer Ausgrenzung und Benachteiligung bedeutete. Nach wie vor standen sie am untersten Ende der Versorgungskette und es dauerte über ein Jahr, bis etwa die von den NS-Behörden 1940 verordnete Benachteiligung psychiatrischer gegenüber somatischen PatientInnen bei der Zuteilung von Krankenkost aufgehoben wurde. Auch wenn die Radikalisierung in der NS-Zeit, die den hundertausendfachen Tod von Menschen mit einer psychischen Krankheit oder einer geistigen Behinderung zur Folge hatte, beispiellos ist, zeigt sich in der fortgesetzten Diskriminierung nach Kriegsende ganz deutlich die vielfach fehlende gesellschaftliche Wahrnehmung und Akzeptanz, die man ihnen über die politischen Systembrüche hinweg entgegenbrachte.

¹⁰ Eine Zusammenfassung und Zusammenschau der einzelnen Forschungsergebnisse findet sich bei: Perz, Fragen und Antworten, 379–380.