

**Zum Schicksal männlicher Patienten
der Jenaer Psychiatrischen- und Nervenlinik 1933 bis 1945
nach ihren Verlegungen in die
Landesheilanstalten Stadtroda und Blankenhain**

Dissertation

**zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae dentariae (Dr. med. dent.)**

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Jennifer Hill

geb. am 21.09.1973 in Mainz-Mombach

Erster Gutachter: Prof.Dr. H. Sauer, Jena

Zweiter Gutachter: PD Dr. S. Zimmermann, Jena

Dritter Gutachter: Prof.Dr.rer.nat.Dr.phil. Olaf Breidbach, Jena

Tag der öffentlichen Verteidigung: 7.10.2008

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
1. ZUSAMMENFASSUNG	1
2. EINLEITUNG	4
3. ZIELE DER ARBEIT	9
4. METHODIK	10
5. ERGEBNISSE	13
5.1 PATIENTENVERLEGUNGEN VON JENA IN DIE LANDESHEILANSTALTEN STADTRODA....	13
5.1.1 Analyse der Jenaer Krankenblätter	13
5.1.1.1 Einweisende Stellen.....	18
5.1.1.2 Die Diagnosen der Patienten	21
5.1.1.3 Alter der Patienten	26
5.1.1.4 Soziale Stellung	31
5.1.1.5 Die Verweildauer	32
5.1.1.6 Verlegungsgründe	36
5.1.2 Analyse der Stadtrodaer Krankenakten	40
5.1.2.1 Verweildauer in Stadtroda	41
5.1.2.2 Meldebögen.....	43
5.1.2.3 Heirats- und Geburtsurkunden.....	45
5.1.2.4 Weiterverlegung und Entlassung.....	46
5.1.2.5 Verstorbene Patienten	48
5.1.2.5.1 Diagnosen der Verstorbenen	51
5.1.2.5.2 Alter und Todesursachen.....	52
5.1.2.5.3 Stationäre Verweildauer.....	54
5.1.2.5.4 Schlechtmeldungen	57
5.1.2.5.5 Meldebögen, Heirats- und Geburtsurkunden	57
5.1.2.5.6 Behandelnde Ärzte in Stadtroda.....	58
5.1.2.5.7 Fallbeispiele	59
5.1.3 Die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	62
5.1.3.1 Akten der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena	63
5.1.3.2 Akten der Landesheilanstalten Stadtroda.....	66
5.1.4 Therapeutische Maßnahmen in Jena und Stadtroda – Ein Vergleich	67
5.1.4.1 Die Arbeitstherapie	68
5.1.4.2 Medikamentöse/Schocktherapien	72
5.1.4.2.1 Therapie der Schizophrenie.....	72
5.1.4.2.2 Therapie der Epilepsie.....	82
5.1.4.2.3 Therapie der Lues.....	85
5.1.4.2.4 Therapie weiterer Erkrankungen.....	88

5.1.4.3 Therapie der später Verstorbenen.....	90
5.1.4.3.1 Arbeitstherapie und allgemeines Verhalten der in Stadtroda verstorbenen Patienten.....	92
5.2 PATIENTENVERLEGUNG IN DIE LANDESHEILANSTALT BLANKENHAIN	94
5.2.1 Analyse der Jenaer Krankenakten	99
5.2.1.1 Einweisende Stellen.....	99
5.2.1.2 Diagnosen.....	99
5.2.1.3 Altersstruktur.....	101
5.2.1.4 Sozialer Status.....	104
5.2.1.5 Die Verweildauer der Patienten in Blankenhain.....	104
5.2.1.6 Verlegungsgründe	106
5.2.2 Analyse der Blankenhainer Akten.....	107
5.2.2.1 Verweildauer.....	107
5.2.2.2 Verlegungen und Entlassungen.....	108
5.2.2.3 Verstorbene	108
5.2.3 Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.....	110
5.2.4 Therapiemaßnahmen in Jena und Blankenhain im Vergleich.....	112
5.2.4.1 Arbeitstherapie.....	112
5.2.4.2 Medikamentöse Schocktherapien	112
5.2.4.2.1 Die Therapie der Schizophrenie.....	112
5.2.4.2.2 Die Therapie der genuinen Epilepsie	114
5.2.4.2.3 Therapie der progressiven Paralyse.....	115
5.2.4.2.4 Therapien weiterer Erkrankungen.....	115
6. DISKUSSION	117
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	122
8. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS.....	124
8.1 PRIMÄRLITERATUR.....	124
8.2 UNGEDRUCKTE QUELLEN.....	129
9. ANHANG	131

Abkürzungsverzeichnis

ALFKSt:	Archiv des Landesfachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Stadtroda
BAB:	Bundesarchiv Berlin
BStU:	Bundesbeauftragte für die Unterlagen der Staatssicherheit der ehemaligen DDR
Dg.:	Diagnose
E.:	Epilepsie
EGG:	Erbgesundheitsgericht
EGOG:	Erbgesundheitsobergericht
EKT:	Elektrokrampftherapie
EVZ:	Euthanasie-Verbrechen-Zentrale
FSU:	Friedrich-Schiller-Universität
ges.:	gesamt
GEKRAT:	Gemeinnützige Kranken-Transport G.m.b.H
G.z.V.e.N.:	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
J.:	Jahre
KB:	Krankenblatt
LHA:	Landesheilanstalten
LFK:	Landesfachkrankenhaus
LVA:	Landesversicherungsanstalt
man.-depr.:	manisch-depressiv
Pat.:	Patient
PKJ:	Psychiatrische und Nervenlinik Jena
Progr.:	Progressive
RAG:	Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten
RM:	Reichsmark
RmdI:	Reichsministerium des Inneren
Reichsm.:	Reichsministerium

Rpfg.:	Reichspfennig
SA:	Sturmabteilung
SS:	Schutzstaffel
Tab.:	Tabelle
Tbc:	Tuberkulose
ThLHA:	Thüringische Landesheilstalten
Thür.:	Thüringisch
ThHStAW:	Thüringisches Hauptstaatsarchiv Weimar
ThMdI:	Thüringer Ministerium des Inneren
ThStAR:	Thüringisches Staatsarchiv Rudolstadt
traum.:	traumatische
UAJ:	Universitätsarchiv Jena
unbek.:	unbekannt
V.a.:	Verdacht auf
Z.n.:	Zustand nach

1. Zusammenfassung

Bereits Jahrzehnte vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten entwickelten sich in der industrialisierten Welt sozialdarwinistische Ideologien, die in Deutschland schon vor Beginn des Zweiten Weltkrieges zu einer „Radikalisierung der Psychiatrie“ führten.¹

Am 6.3.1939 übernahm Berthold Kihn (1895-1964) nach vorheriger kommissarischer Leitung die Direktion der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena. Kihn zeichnete sich durch rassenhygienische Veröffentlichungen und seine politische Gleichgesinnung mit den Nationalsozialisten aus.

In der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena und den Landesheilanstalten (LHA) Stadtroda und Blankenhain war die Durchsetzung nationalsozialistischer Veränderungen im thüringischen Gesundheitswesen in der Umgangsweise mit den Patienten unverkennbar.

Die Einsicht in Krankenakten der Thüringischen Landesheilanstalten Stadtroda (ab 1943 Landeskrankenhaus) und Blankenhain aus den Jahren der nationalsozialistischen Diktatur war nur sehr unvollständig möglich. Ein großer Teil der Blankenhainer Akten gilt als verschollen. Die Akten der LHA Stadtroda waren zum Zeitpunkt der Recherche nicht mit Aktenzeichen archiviert, und nur ein Teil einsehbarer Akten befand sich bereits im Thüringischen Staatsarchiv Rudolstadt.

Im Zeitraum 1933 bis 1945 wurden insgesamt 226 männliche Patienten der Psychiatrischen Klinik in die LHA Stadtroda und – bis zu deren Auflösung im Jahr 1940 – in die LHA Blankenhain verlegt. Der Großteil von 187 dieser 226 Männer, Jugendlichen und Kinder kam nach Stadtroda. Kosteneinsparungen an psychisch Kranken wurden dadurch erreicht, dass vermehrt Patienten ab 1937 bzw. 1938 in die Landesheilanstalten verlegt wurden, wo die Tagespflegesätze niedriger waren als in der universitären Einrichtung. Bereits 1936 wurden diese in thüringischen Heil- und Pflegeanstalten von 4,20 RM auf 3,60 RM gesenkt. Wonach sich die Kriterien für die Verlegung in eine der Heil- und Pflegeanstalten richteten, ist nicht eindeutig bekannt. Anzunehmen ist, dass es sich um Patienten mit chronischen, rezidivierenden oder therapieresistenten Krankheitsverläufen handelte, deren schnelle oder zumindest vorübergehende Heilung nicht in Aussicht stand.

Die Verlegungen in die Landesheilanstalten erfolgten ab 1938 nicht nur in größerer Zahl, sondern auch nach wesentlich kürzerer Aufenthaltsdauer der Patienten in Jena. Hinzu kamen Kosteneinsparungen durch den Einsatz der Kranken als wirtschaftliche Nutzbringer in der „Arbeitstherapie“. Auch in der Therapie der Schizophrenie, als der am häufigsten auftretenden Erkrankung unter den Verlegten, kommen den nationalsozialistisch gesinnten Psychiatern

¹ Siemen, 1987, S. 95.

Fortschritte bei den Therapien gelegen. In den Vorkriegsjahren wurde mit teuren und aufwendigen Insulinkuren „geschockt“, in den späteren Kriegsjahren kam zunehmend die Elektroschocktherapie zum Einsatz.

Die Therapie der psychisch und neurologisch Kranken in Jena entsprach den damals aktuellen Praktiken. Besonders bei den Schocktherapien der Schizophrenie handelte es sich um aggressive Methoden, deren Erfolge wissenschaftlich zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewiesen waren. Die insbes. in den 30er Jahren neu entdeckten Therapien, die zum ersten Mal psychisch Erkrankten Hoffnung auf eine zumindest vorübergehende Heilung geben konnten, wurden in den USA und in europäischen Nachbarländern in gleicher Weise wie im nationalsozialistischen Deutschland praktiziert.

In der Landesheilanstalt Stadtroda wurden im Gegensatz zur Landesheilanstalt Blankenhain Patienten einer der jeweiligen Krankheit entsprechenden Therapie unterzogen, wenn auch in geringerem Maße als in Jena. In Blankenhain hat es den Anschein, dass Patienten nur sediert, bewahrt und zur Arbeit herangezogen wurden. Patienten, die aufgrund von „Debilität“ in der Nervenlinik Jena waren, wurden nach Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ am zweithäufigsten nach Blankenhain verlegt.

Unter den nach Stadtroda Verlegten zählte zu der zweitgrößten Gruppe die der Patienten mit der Diagnose „Epilepsie“.

Zum Zeitpunkt der Verlegung waren mindestens 58 Männer bereits sterilisiert, 35 dieser Sterilisationen wurden zwischen 1934 und 1938 durchgeführt. Nicht alle Verlegten fielen aufgrund ihrer Diagnose unter das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.

Grundsätzlich wurden Patienten fast jeden Alters verlegt. Der jüngste Patient war fünf Jahre alt, der älteste 79 Jahre. In den Jahren 1933 bis 1938 wurden ein 9-Jähriger und zwei 17-Jährige nach Blankenhain bzw. Stadtroda verlegt. Weitere elf Kinder und Jugendliche wurden zwischen 1939 und 1943 in die LHA Stadtroda verlegt.

In Stadtroda verstarben mindestens 51 der 187 verlegten Patienten, in der LHA Blankenhain ist in drei der elf vorhandenen Krankenblättern der Tod der Kranken dokumentiert. Die Todesfälle lassen sich auf die Jahre 1938 bis 1946 datieren, wobei insgesamt mindestens 49 Patienten zwischen 1939 und 1945 verstarben.

1940 kam es in der LHA Stadtroda zu einem auffälligen Anstieg an Sterbefällen, das Maximum wurde 1945 erreicht, als dreizehn Patienten verstarben. Elf von ihnen überlebten noch das Kriegsende. Die häufigste angegebene und altersunabhängige Todesursache war „Herz- und Kreislaufschwäche“. Die Betroffenen waren zwischen sechs und 79 Jahren alt, besonders viele

Männer starben zwischen ihrem 30. und 40. Lebensjahr. Für weitere sechs Patienten lautete die offizielle Todesursache „Pneumonie“. In keiner dieser Krankenakten ist eine diesbezügliche therapeutische Maßnahme zu finden gewesen.

2. Einleitung

Nach einer kurzen Epoche reformatorischer Psychiatrie, die bestrebt war, die Kranken zu resozialisieren und wieder dem Erwerbsleben zuzuführen und durch den Psychiater Wilhelm Griesinger (1817-68) begründet wurde², propagierte die führende Schicht von Akademikern nach der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zunehmend sozialdarwinistische und rassistische Ideologien.

1859 prägte Darwins Buch „Ueber die Entstehung der Arten durch natürliche Züchtung oder Erhaltung der vervollkommneten Rassen im Kampfe um's Daseyn“³, das auf Beobachtungen an Pflanzen und Tieren beruhte, die Begriffe „Kampf ums Dasein“, „Selektion“ oder „natürliche Auslese“. Sozialdarwinisten, wie der Zoologe Ernst Haeckel, sowie später die Nationalsozialisten griffen Darwins Theorien auf und übertrugen sie auf das gesellschaftspolitische Leben⁴.

Ihren vorerst radikalen Höhepunkt bei der Frage der Umgangsweise mit behinderten Anstaltspatienten hatte die rassenhygienische Strömung 1920 mit der Veröffentlichung einer juristischen und medizinischen Erörterung von Karl Binding und Alfred Hoche mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“⁵. Der Psychiater und Ordinarius für Psychiatrie Hoche vertrat darin den Gedanken, „durch Freigabe der Vernichtung völlig wertloser, geistig Toter eine Entlastung für die nationale Überbürdung herbeizuführen“⁶.

Die durch die Weltwirtschaftskrise sich drastisch verschlechternde ökonomische Situation in Deutschland forcierte die „Radikalisierung der Psychiatrie“⁷ in den Jahren vor der nationalsozialistischen Machtübernahme. Beispielgebend hierfür ist eine vom „Deutschen Verein für Psychiatrie“ 1931 ausgeschriebene Preisarbeit mit dem Thema „Kann die Versorgung der Geisteskrankenpflege billiger gestaltet werden und wie?“⁸. Die beiden ersten Plätze belegten Emil Bratz (1863-1934), Direktor der Wittenauer Heilstätten, und Erich Friedländer (geb.1883), Direktor des Lindenhauses in Lippe. Ihre meinungsbildende Arbeit enthielt u.a. Vorschläge, die wenige Jahre später von den nationalsozialistischen Ärzten in die Tat umgesetzt wurden: billigere Verpflegungsformen für unheilbare Kranke, modernste Heilmethoden für vermeintlich „Heilbare“.⁹

² Güse, Schmacke, 1987, S. 89.

³ Darwin, 1860.

⁴ Klee, 1994, S. 15.

⁵ Binding, Hoche, 1920.

⁶ Ebd., S. 56.

⁷ Siemen, 1987, S. 95.

⁸ Ebd., S. 102.

⁹ Ebd., S. 102/103.

Die LHA Stadtroda war die erste thüringische Anstalt, in der etwa ab 1935 eine solche Einteilung der Kranken vorgenommen wurde. Die als „unheilbar“ eingestuft Patienten sollten lediglich noch verwahrt werden. Erhöhte ärztliche und sonstige Fürsorge stand den erholungsbedürftigen und als „heilbar“ geltenden Kranken zu. Ein schnelleres Versterben der „verwahrten“ Patienten spiegelt sich in der Sterberate wider, die 1935 in der LHA Stadtroda sprunghaft anstieg.¹⁰

Die Psychiater fungierten als ausführendes Organ des staatlichen Spardrucks gegenüber den aus der Gesellschaft Ausgegrenzten. Eine Loyalität zu ihren Patienten, eigentliche Grundvoraussetzung zur Ausübung des Arztberufes, bestand bei den meisten Behandlern nicht. Diese wurde stattdessen dem Staat entgegengebracht. Neben dem sich entwickelnden „therapeutischen Aktivismus“¹¹, bedingt durch Einführung neuer Behandlungsmethoden, stand in krassem Gegensatz die Trennung zwischen „Unheilbaren“ und „Heilbaren“ als eine der grundlegendsten Aufgaben dieser Ärzte.¹²

Auf dieser Einteilung beruht auch die sich widersprechende Praxis der nationalsozialistischen Mediziner, einerseits zu heilen und andererseits Patienten Kosten sparend zu verwahren bzw. in späteren Jahren zu töten. So erzielte Einsparungen an unheilbaren Kranken wurden in die Therapie der als heilbar geltenden Patienten investiert. Diese Praxis radikalisierte sich zu Kriegszeiten, wo menschliches „Material“ zuvor getöteter angeblich „hoffnungsloser Fälle“ zu Forschungszwecken und damit auch zur Entwicklung neuer Therapiemethoden genutzt wurde¹³.

Zwar wurden nach 1933 psychiatrische Anstalten mit der Politik des Nationalsozialismus kurzgeschlossen, es erfolgte aber dennoch ein aktiver zielbewusster therapeutischer Einsatz besonders der frisch Erkrankten. Gerade jüngere Ärzte schienen sich nicht rückhaltlos auf das von staatlicher Seite geforderte Aufgabenfeld beschränken lassen zu wollen.¹⁴ Neue Methoden, mit denen als „heilbar“ geltende Patienten „geschockt“ wurden, bedeuteten für die Psychiater einen Weg aus ihrer Ohnmachtstellung. Durch aggressive unspezifische Therapien mit Insulin, Cardiazol oder Azoman und der in späteren Kriegsjahren praktizierten Elektroschocktherapie wurden Zustände für den Patienten hervorgerufen, die, abgesehen vom subjektiven Angstepfinden des Kranken, komplikationsreich und tödlich verlaufen konnten.¹⁵

Als eine der ersten rassenhygienischen Maßnahmen in Deutschland wurde nach der nationalsozialistischen Machtübernahme im Juli 1933 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken

¹⁰ Renner, 2004, S. 53-55.

¹¹ Siemen, 1987, S. 133.

¹² Ebd., S. 109-111.

¹³ Aly, 1985, S. 48-71.

¹⁴ Blasius, 1994, 163f.

¹⁵ Siemen, 1987, S. 159-160, Ebbinghaus, 1984, S. 50-51.

Nachwuchses“ verabschiedet, das die Unfruchtbarmachung Erbkranker legalisierte¹⁶. Beruhend auf der Annahme der zeitgenössischen Psychiater und Rassenhygieniker, das Entstehen einer Geisteskrankheit sei in der Erbanlage vorbestimmt, entsprach die Praxis und Systematik der Psychiatrie des Nationalsozialismus einer „Somatisierung der Psychiatrie“¹⁷. Ziel des Gesetzes sollte die „Gesundung des deutschen Volkskörpers“ sein, indem krankhafte Erbanlagen ausgemerzt werden mussten. Diese illusionäre Theorie beruhte auf nicht wissenschaftlich belegbaren Behauptungen und auf fragwürdigen „empirisch-erbprognostischen“ Untersuchungen.¹⁸

Die Zahl der sterilisierten „Erbkranken“ in den Jahren vor dem Zweiten Weltkrieg wird auf mehr als 300.000 Menschen geschätzt. Nach 1939 wurden noch ca. 75.000 Personen sterilisiert.¹⁹

An die Stelle der erzwungenen Unfruchtbarmachung trat mit Beginn des Zweiten Weltkrieges die Ermordung der „Minderwertigen“.

Über das Vorgehen bei der zunächst begonnenen „Kinder-Euthanasie“ und der sich unmittelbar daran anschließenden „Aktion T4“ und der „dezentralen Euthanasie“ soll im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden, hier sei auf ausführliche Literatur zu diesem Thema verwiesen²⁰.

Die „Aktion T4“ wurde durch einen Befehl Hitlers im August 1941 beendet. Grund waren Unruhen in der Bevölkerung, wo das mörderische Vorgehen inzwischen bekannt war.²¹ Das angestrebte „Plansoll“ der Vernichtungsaktion, das nach Aussage von Karl Brandt im Nürnberger Ärzteprozess die Tötung von 60.000 Menschen vorsah²², wurde mit 70.273 Getöteten²³ bei weitem übertroffen.

Die „Tötungskapazitäten von T4“²⁴ wurden nach dem offiziellen Stopp unter dem Begriff „Aktion 14f 13“ eingesetzt, um die Konzentrationslager von erschöpften, nicht arbeitsfähigen oder –willigen und unbequemen Häftlingen zu „befreien“²⁵.

Nach dem offiziellen Stopp der organisierten „Euthanasie“ ging das Morden dezentralisiert in den Heil- und Pflegeanstalten weiter. Das behandelnde Ärzte- und Pflegepersonal nahm die Tötungen durch Medikamente (Morphium, Luminal, Scopolamin u.a.) oder durch systematischen Nahrungsentzug vor.²⁶

¹⁶ Reichsgesetzblatt Teil 1, 1933, S. 1.

¹⁷ Güse, Schmacke, 1987, S. 90.

¹⁸ Siemen, 1987, S. 113.

¹⁹ Friedlander, 1997, S. 71.

²⁰ Aly, 1989, Klee, 1983, Friedlander, 1995.

²¹ Friedlander, 1997, S. 191, Baader, 1987, S. 99, Trus, 1995, S. 96.

²² Mitscherlich, Mielke, 1995, S. 264.

²³ Baader, 1987, S. 99.

²⁴ Klee, 1983, S. 355.

²⁵ Klodzinski in Aly, 1989.

²⁶ Friedlander, 1997, S. 249.

Es gibt Hinweise darauf, dass bereits lange vor dem Stopp der „Aktion T4“ „dezentralisierte Tötungen“ in Stadtroda stattgefunden haben.²⁷ In dieser Arbeit ist diesbezüglich zu erwähnen, dass in der Thür. LHA Stadtroda und der Ende 1942 eigens für die Tötung eingerichteten „Kinderfachabteilung“, unter der Leitung von Gerhard Kloos (1906-1988)²⁸, in den Jahren 1940 bis 1946 mindestens 210 Kinder und Jugendliche verstarben.²⁹ In der psychiatrischen Abteilung der Thür. Landesheilanstalten/des Thür. Landeskrankenhauses (LKH) Stadtroda verstarben zwischen 1939 und 30. April 1945 mindestens 973 Patienten, was einer jährlichen Sterberate von bis zu 23,5% (1940) in dieser Abteilung entspricht.³⁰ Im Rahmen der „Aktion T4“ wurden 1940 60 Patienten³¹ aus Stadtroda und 227 Patienten³² aus der LHA Blankenhain über die Zwischenanstalt Zschadraß in die Tötungsanstalt Pirna transportiert.

Ab dem 8.11.1936 bis zu seiner Berufung an die Psychiatrische und Nervenlinik Jena am 1.10.1938 war Berthold Kihn als Nachfolger von Hans Berger (1873-1941) mit der kommissarischen Leitung der LHA Stadtroda beauftragt. Während seiner dortigen Tätigkeit führte er Einsparungen an „unheilbaren Fällen“ und Selektierungen der psychisch Kranken fort und nahm deren vorzeitiges Versterben in Kauf.³³

Berthold Kihn war auf verschiedene Weise in die nationalsozialistischen Strukturen integriert. Er gehörte vor 1933 der Deutschnationalen Volkspartei an, 1933 wurde er Mitglied der SA und weiterer nationalsozialistischer Verbände.³⁴ Seit 1937 war Kihn Gutachter am EGOG Jena.³⁵ Bereits 1932 bezog er in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ Stellung mit seinem Artikel über „Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft“³⁶: „Sonach scheint keine andere Möglichkeit zu bestehen als die radikalere Vorgehens gegen die Minderwertigen. Ein solches scheint darin zu bestehen, daß die Jetztzeit mit ihren schweren wirtschaftlichen Krisen unnötige Ausgaben der öffentlichen Hand von selbst verbietet. Und zu den unnötigen Ausgaben kann man die Forterhaltung aller Ballastexistenzen (Hoche) aus öffentlichen Mitteln zählen.“³⁷ Fasse man nach Meinung von Kihn die Ergebnisse von Binding und Hoche zusammen, bestehe gegenwärtig rechtlich noch keine Möglichkeit, lebensunwertes Leben zu vernichten, so sehr dies bei geistig

²⁷ Renner 2004, S. 2.

²⁸ Klee, 1986, S.132, Zimmermann, 2000, S. 160ff.

²⁹ Zimmermann, 2000, S. 163.

³⁰ Renner, 2004, S. 69.

³¹ Renner, 2004, S. 63.

³² Diese Zahl wurde der Tafel NS-„Euthanasie“: „...Frage der stillschweigenden Liquidierung von Geisteskranken.“ aus der Ausstellung „Überweisung in den Tod- NS-, Kindereuthanasie in Thüringen entnommen

³³ Renner, 2004, S.16 u. S. 53.

³⁴ ThHStAW, Personalakte aus dem Bereich des Innenministeriums Nr. 1476, Bl. 4r.

³⁵ Zimmermann, 1998, S. 87.

³⁶ Kihn, 1932.

³⁷ Ebd.

völlig Toten wünschenswert wäre.³⁸ Eine gesetzliche Grundlage zur „Euthanasie“ hat es jedoch nie gegeben. Zwar wurde ein Gesetz entworfen, an dessen Formulierung auch Kihn beteiligt war, im Hinblick auf die Feinpropaganda hat Hitler die Beschließung jedoch abgelehnt.³⁹

Als einer der „T4-Gutachter“ war Kihn letztlich unmittelbar am Gasmordprogramm der Nationalsozialisten beteiligt.⁴⁰

1945 wurde Kihn fristlos aus den Diensten der Jenaer Universität entlassen. Ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Nürnberg-Erlangen wegen Beteiligung an „Euthanasie-Maßnahmen“ wurde 1963 wegen fehlender Anhaltspunkte eingestellt.⁴¹ Kihn führte nach dem Krieg eine Privatklinik in Erlangen und hielt Vorlesungen an der dortigen Universität.⁴²

Dr. Gerhard Kloos leitete die Landesheilanstalt bzw. das Landeskrankenhaus Stadtroda vom 1.7.1939 bis Kriegsende 1945. Unter seiner Leitung kam es zu einem deutlichen Anstieg der Sterberate in der Anstalt⁴³. Er stimmte der Einrichtung einer „Kinderfachabteilung“ in Stadtroda zu, in der zwischen April 1943 und 1945 mindestens 133 Kinder starben, von denen geringstenfalls 63 nachweislich dem „Reichsausschuß“ bekannt waren⁴⁴. 1945 wurde Gerhard Kloos ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen. Ein 1962 gegen ihn eingeleitetes Ermittlungsverfahren wurde wegen unzureichender Beweise eingestellt. Er starb 1988.⁴⁵

Gerhard Kloos⁴⁶ und der Direktor der LHA Blankenhain Hellbach sind Diskussionsthemen weiterer Dissertationen der jüngsten Vergangenheit und der Gegenwart.

³⁸ Ebd.

³⁹ Klee, 1994, S. 242.

⁴⁰ Klee, 1994, S. 228, Zimmermann, 2000, S. 170.

⁴¹ Zimmermann, 2000, S. 170-174.

⁴² Klee, 1986, S. 169.

⁴³ Renner, 2004, S. 19.

⁴⁴ Zimmermann, 2005, S. 31.

⁴⁵ Renner, 2004, S. 20.

⁴⁶ Renner, 2004.

3. Ziele der Arbeit

Diese Arbeit soll eine differenzierte Darstellung der Patienten der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Jena aufzeigen, die im nationalsozialistischen Deutschland in die Thüringischen Landesheilanstalten Stadtroda und Blankenhain verlegt wurden.

Es soll festgestellt werden, ob in diesen Jahren eine Kontinuität unter den untersuchten Parametern der Patienten nachzuweisen ist oder ob mögliche Zäsuren zeitgeschichtlicher Ereignisse, wie Kriegsbeginn und –ende, oder gesundheitspolitische Entscheidungen sich darin widerspiegeln.

Besondere Berücksichtigung finden Therapiemaßnahmen der Ärzte, die mit der zeitgenössischen Literatur verglichen werden. Durch diese Gegenüberstellung soll der Unterschied zwischen der Krankenbehandlung der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena und der Landesheilanstalten (des Landeskrankenhauses) Stadtroda und der Landesheilanstalten Blankenhain dargelegt werden. Auch soll untersucht werden, ob eine Selektierung der Patienten vorgenommen wurde, anhand derer über die Durchführung einer Therapie entschieden wurde.

Des Weiteren wurden die verschiedenen Schicksale der Kranken in den beiden thüringischen Heilanstalten nach der Verlegung aus Jena verfolgt, die unter die Verantwortung des in die „Aktion T4“ eingeweihten Direktors Kihn fielen. Es soll untersucht werden, ob die Aussage des „T4-Gutachters“ Hebold zutrifft, in der LHA Stadtroda seien viele Geistesranke in Endzuständen aus der Universitätsklinik Jena im Sinne der „Verlegung“ der Zentrale „T4“ begutachtet worden⁴⁷.

Die Arbeit dient der geschichtlichen Aufarbeitung eines Teils der nationalsozialistischen Psychiatrie an der Universität Jena.

⁴⁷ BStU, AOP, 613/66, Bd.I, S.216, Auszug aus dem Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 10.8.1964.

4. Methodik

Die vorliegende Arbeit entstand auf der Grundlage der Auswertungen von Krankenakten männlicher Patienten, die zwischen 1933 und 1945 in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena behandelt und anschließend in die LHA Stadtroda oder zwischen 1933 und 1940 in die LHA Blankenhain verlegt wurden.

Von den 187 verlegten Patienten sind im Archiv der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der FSU 154 Akten der Kranken zu finden gewesen und eingesehen worden. Einige für die Auswertung nötige Angaben, wie Verweildauer, Alter, Diagnose und Beruf, im Falle fehlender Akten des Jenaer Klinikaufenthalts konnten den im Archiv der Klinik für Psychiatrie und Neurologie vorhandenen Patientenkartekarten entnommen werden.

Die Akten der Patienten aus den ehemaligen Thüringischen Landesheilanstalten Stadtroda befanden sich in den Archiven des Landesfachkrankenhauses (jetzt Asklepios Fachklinik) Stadtroda, im Thüringischen Staatsarchiv Rudolstadt sowie im Bundesarchiv Berlin. Die Recherche nach Akten im Archiv des Landesfachkrankenhauses Stadtroda gestaltete sich schwierig, da zum Zeitpunkt der Untersuchung nur ein Teil der Krankenakten mit Aktenzeichen versehen war und fehlende Krankenblätter unter allen dort vorhandenen Akten gesucht werden mussten.

Insgesamt konnten 81 Krankenakten eingesehen werden. 26 dieser Akten befanden sich im Bestand „EVZ“ im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde. Im Thüringischen Staatsarchiv Rudolstadt sind 15 Akten aus dieser Untersuchung archiviert. Weitere 39 Krankenakten konnten im Archiv des Landesfachkrankenhauses in Stadtroda eingesehen werden. Anhand einer in Stadtroda vorhandenen Patientenkartei sind über 39 Patienten mit fehlender Akte, die zwischen 1939 und 1945 aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena in die LHA Stadtroda verlegt wurden, Angaben über den Stadtrodaer Aufenthalt möglich. Auf den Karteikarten befinden sich Informationen über Aufenthaltsdauer der Patienten und über ihre Weiterverlegung bzw. Entlassung. Außerdem ist darauf verzeichnet, ob ein Meldebogen über den Kranken ausgefüllt wurde.

Von zwölf dort verstorbenen Patienten mit fehlenden Akten konnte ein Aufenthalt in der LHA durch Aufnahmebücher nachgewiesen werden. Hinweis auf einen stationären Aufenthalt und die Todesursache geben bei zwei weiteren Patienten die im Archiv Stadtroda befindlichen „Todesursachenlisten“. Diese Listen enthalten die Namen der Verstorbenen mit offizieller Todesursache und Todeszeitpunkt. Der Tod eines Patienten ist durch das „Sargverzeichnis“ dokumentiert. Dieses Verzeichnis beinhaltet die Anfertigung von Särgen, wenn Patienten auf dem Anstaltsfriedhof beerdigt wurden.

Bei Fehlen der Akte verlief die Suche nach Dokumenten in der Reihenfolge Karteikarte, Aufnahmebuch, Todesursachenliste/Sargverzeichnis.

Für den Zeitraum 1933 bis 1938 konnte die Auswertung nur anhand von sieben Akten vorgenommen werden, da andere Dokumente nicht auffindbar oder aufgrund des Fehlens ausreichender Informationen nicht aussagekräftig waren. Fünf dieser Akten wurden im Bundesarchiv Berlin, eine im Archiv Stadtroda und eine weitere im Thüringischen Staatsarchiv Rudolstadt eingesehen.

Von 75 der 187 männlichen Patienten waren beide Krankenblätter auffindbar.

Im untersuchten Zeitraum 1933 bis 1940 wurden 39 Patienten in die Landesheilanstalt Blankenhain verlegt. Die Akten von 33 Kranken befinden sich im Archiv der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Jena. Patienten der Landesheilanstalt Blankenhain mit den Anfangsbuchstaben der Nachnamen A-P sind im Thüringischen Hauptstaatsarchiv Weimar archiviert und wurden dort eingesehen. Von nur zwei der insgesamt zehn zwischen 1939 und 1940 verlegten Patienten sind dort die Krankengeschichten vorhanden. Für die Jahre 1933-1938 sind von 27 verlegten Patienten neun Akten in Weimar vorhanden. Über den Verbleib der Krankenakten der Buchstaben Q-Z sowie weitere fehlender Akten gibt es keine Informationen. Eine Anfrage bei der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein, wo auch zum Teil Patientenblätter aus der Zwischenanstalt Zschadraß archiviert sind, blieb, ebenso wie die Suche in den Beständen „EVZ“ und „R179 Kanzlei des Führers, Hauptamt B“ im Bundesarchiv Berlin, ohne Ergebnis.

Recherchen der nicht vorhandenen Krankenblätter LHA Stadtroda der Jahre 1939-1941 in den Gedenkstätten der Euthanasie-Tötungsanstalten Pirna-Sonnenstein, Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Hadamar sowie Bernburg, deren Mitarbeiter die Namen der fehlenden Patienten mit den vor Ort nicht vollständig vorhandenen Dokumenten verglichen, blieben erfolglos. Ebenfalls wurden die Namen mit dem Bestand „R 179 Kanzlei des Führers, Hauptamt 2b“ verglichen, der aus Patientenakten von 30.000 Opfern der Behinderten-Euthanasie im Bundesarchiv Berlin entstanden ist. Die Akte eines Stadtrodaer Patienten, dessen Spur sich nach Weiterverlegung in die Zwischenanstalt Zschadraß verlor, konnte in diesem Bestand gefunden werden.

Schriftstücke aus dem Thüringischen Ministerium des Innern, wie Briefe der jeweiligen Klinik- bzw. Anstaltsdirektoren an das Ministerium, sowie andere Dokumente des Ministeriums, die in dieser Arbeit verwendet wurden, konnten im Thüringischen Hauptstaatsarchiv Weimar eingesehen werden. Ebenfalls wurden in dieser Arbeit Dokumente aus dem Aktenbestand „Operativer Vorgang Ausmerzer“ der „Bundesbeauftragten für die Unterlagen der Staatssicherheit der ehemaligen DDR“, Außenstelle Gera, verwandt. Diese Akten enthalten u.a. die Untersuchungsergebnisse eines

Angehörigen der Staatssicherheit der DDR. Die Untersuchung der Staatssicherheit fand statt aufgrund des Verdachts von „Euthanasiemorden“ in Stadtroda während des Zweiten Weltkrieges.

Zu Beurteilung, ob und inwiefern sich die Verfahrensweise mit Patienten in den Vorkriegsjahren im Vergleich zu den Kriegsjahren geändert hat, wurden bei der Auswertung die beiden Zeitabschnitte getrennt betrachtet.

Anhand dieses Aktenmaterials wurden die zu entnehmenden Informationen ausgewertet und analysiert.

Weitere auf den Karteikarten der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena dokumentierte Verlegungen von Patienten nach Hildburghausen und in geringerem Maße nach Bethel wurden nicht verfolgt.

5. Ergebnisse

5.1 Patientenverlegungen von Jena in die Landesheilanstalten Stadtroda

5.1.1 Analyse der Jenaer Krankenblätter

In den Jahren 1933-1945 wurden 187 männliche Patienten aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Jena in die Thür. LHA Stadtroda verlegt.

Zwischen 1933-37 wurden 16 Kranke nach Stadtroda verlegt, verteilt auf zwei bis fünf Verlegungen pro Jahr. Ein deutlicher Anstieg von Überführungen zeigt sich 1938, in diesem Jahr wurden 34 Personen aus der Psychiatrischen und Nervenlinik in die LHA Stadtroda gebracht. 138 Verlegungen von männlichen Patienten fanden in den Jahren 1939-45 statt. Ein Patient wurde sowohl 1938 als auch 1940 von Jena nach Stadtroda verlegt⁴⁸.

Von 154 Patienten konnte im Archiv der Psychiatrischen Klinik das Krankenblatt eingesehen werden. In diesen Jahren ist das Schicksal von 75 Verlegten von der Aufnahme in Jena bis zur Entlassung bzw. bis zu deren Tod in Stadtroda anhand der Krankenakten beider Einrichtungen zu verfolgen. Der mündlichen Äußerung eines in der Stadtrodaer Verwaltung angestellten Archivars gegenüber dem späteren Leiter der Landeskrankenhauses Stadtroda, Prof. Drechsler, zufolge, die dieser 1965 zu Protokoll gab, sind „Sachen“ in Stadtroda verbrannt worden⁴⁹. Außerdem sollen bei Weiterverlegungen, die von der „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ organisiert wurden, die Akten mitgegeben worden sein, was auch eine Erklärung für das Fehlen von Krankenakten wäre. In Stadtroda sei gegebenenfalls eine neue Akte mit Angaben zur Verlegung und evtl. später eintreffenden Briefen von Angehörigen angelegt worden⁵⁰.

Aus den bis 1938 vollständig vorhandenen Aufnahmebüchern im Archiv der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der FSU ist die Anzahl der Aufnahmen von männlichen Patienten anhand von laufenden Nummern ersichtlich. Die Aufnahmezahlen der Jahre 1939 und 1940 konnten einer Dissertation über Bewegungen im Krankengut der Männer in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena aus dem Jahre 1941 entnommen werden.⁵¹

Ein Anstieg von Patientenaufnahmen in den Jahren 1937 und 1938 war insbesondere bedingt durch die vermehrte Aufnahme von Patienten mit den Diagnosen „Schwachsinn“, „Schizophrenie“,

⁴⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr.15095.

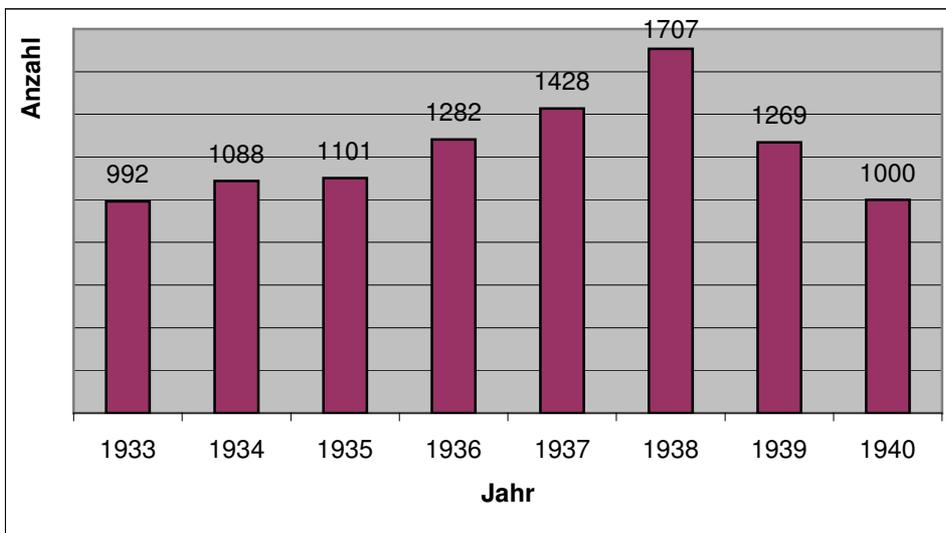
⁴⁹ BstU, AOP 613/66, Bd.I, S. 35: Aussprache mit Prof. Drechsler am 29.1.1965.

⁵⁰ BstU, AOP 613/66, Bd.I, S. 8: Protokoll über die Unterredung mit einem seit 1927 in Stadtroda beschäftigten Handwerker.

⁵¹ Rolbetzki, 1941, S. 8.

„Rentenneurosen“, „ungeklärte psychiatrische Fälle“ und „Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen“.⁵²

Abb.1: Aufnahmen von männlichen Patienten in die Psychiatrische Klinik Jena zwischen 1933 und 1940



Obwohl im gesamten Zeitraum 1933-1938 ein kontinuierlicher Anstieg an Aufnahmen in die Jenaer Klinik zu verzeichnen ist, resultiert die sprunghafte Zunahme an Verlegungen nach Stadtroda im Jahr 1938 wahrscheinlich nicht alleine aus den Gesamtaufnahmen dieses Jahres oder des Vorjahres in Jena. Eher ist anzunehmen, dass aufgrund der zunehmenden Patientenzahl die Kosten gesenkt werden mussten und die Kapazitäten in Jena nicht mehr ausreichten (siehe Kap. 5.1.1.6). Auslöser könnte die Reduzierung des Pflegesatzes in den staatlichen Thüringischen Heilanstalten vom 1.10.1936⁵³ gewesen sein. Hohe Kosten für „geisteskranke Volksgenossen“ zogen den Unmut gesunder „Volksgenossen“ auf sich. Ein Brief des Oberbürgermeisters der thüringischen Stadt Altenburg ist beispielhaft für den damaligen Gemeinschaftsgedanken. Mit einer Rechnung versucht er die Notwendigkeit der Kosteneinsparung für die Unterbringung von Geisteskranken zu verdeutlichen. Für einen erbtüchtigen und arbeitsfähigen Volksgenossen würde im Jahr nur ein Betrag von 250 bis 400 RM aufgebracht werden, während auf eine „solche Person“ (gemeint ist eine psychisch kranke Person) ein Betrag von rd. 1.300 RM entfalle.⁵⁴

Ähnliche Rechnungen wurden nicht nur von Psychiatern aufgestellt, sondern erschienen auch in einem Algebra-Buch.⁵⁵

⁵² Rolbetzki, 1941, S. 11, S. 25, S. 33-37.

⁵³ ThHStAW, ThMdl E1072/1, Bl.11r: Aktenvermerk vom 23.9.1936.

⁵⁴ ThHStAW, ThMdl E1072/1, Bl.34r: Brief des Oberbürgermeisters der Stadt Altenburg an das TMdl über die Kosten für die Unterbringung von Geisteskranken in staatlichen Anstalten.

⁵⁵ Baader, 1987, S. 97.

Tab.1: Verlegungen aus der Psychiatrischen Klinik Jena in die Landesheilanstalt Stadtroda

Jahr	Verlegungen nach Stadtroda	Anteil der Verlegungen an Gesamtaufnahmen des Jahres⁵⁶ in %
1933	3	0,3
1934	2	0,2
1935	5	0,5
1936	3	0,2
1937	3	0,2
1938	34	2
1939	20	1,6
1940	33	3,3
1941	13	unbekannt
1942	23	unbekannt
1943	22	unbekannt
1944	11	unbekannt
1945	16	unbekannt

1945 erfolgten alle 16 Verlegungen in das Landesfachkrankenhaus Stadtroda ausschließlich nach Kriegsende. Größtenteils wurden diese Patienten auch erst nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs in die Psychiatrische und Nervenklinik Jena aufgenommen. Ausnahmen bilden bei der Aufnahme in Jena vier Patienten, von denen drei mehrere Kriegsjahre in der Psychiatrischen Klinik der Universität verbrachten (siehe Kap. 5.1.1.5).

Der prozentuale Anteil an Verlegungen der Jahre 1941 bis 1945 kann wegen fehlender Angaben zu Gesamtaufnahmezahlen nicht bestimmt werden.

Trotz abnehmender Aufnahmezahlen der Psychiatrischen Klinik Jena in den Jahren 1939 und 1940 sanken die Zahlen der nach Stadtroda Verlegten in diesem Zeitraum nicht.

⁵⁶ Die Angaben der Jahre 1933-1938 wurden den Aufnahmebüchern entnommen; die Angaben der Jahre 1939 und 1940 stammen aus Rolbetzki, 1941, S. 8.

In den untersuchten Jahren 1933 bis 1938 wurden nur zwei Personen unter 18 Jahren verlegt. Es handelte sich um einen 9-Jährigen mit der Diagnose „traumatische? Epilepsie“⁵⁷ und einen 17-jährigen Jungen mit „psychopathischer Reaktion“⁵⁸. Zwischen 1939 und 1943 befanden sich unter den verlegten Patienten elf Kinder und Jugendliche. Sechs von ihnen waren zwischen fünf und zehn Jahren alt. Weitere fünf Jungen waren elf bis 16 Jahre alt. Der 6-jährige Ludwig H., Diagnose „Zustand nach Enzephalitis“, der 8-jährige Günther S., Diagnose „Idiotie“, und der 16-jährige Rudolf H., Diagnose „Debilität“, verstarben in Stadtroda. Diese drei Kinder wurden 1942 und 1943 nach Stadtroda verlegt. Leider konnte aufgrund fehlenden Aktenmaterials nicht das Schicksal aller Kinder verfolgt werden. Bekanntermaßen wurde Ende 1942 eine so genannte „Kinderfachabteilung“ in Stadtroda eingerichtet. Sie war eine von 30 entsprechenden Einrichtungen, die bis zum Kriegsende „Begutachtungen“ und Tötungen von Kindern durchführte, die aufgrund ihres „Leidens“ als bildungs- und arbeitsunfähig eingestuft wurden.⁵⁹

Besondere Erwähnung im Rahmen der Untersuchung soll die Gruppe der vermutlich dreizehn ausländischen Patienten finden. Es handelt sich aller Wahrscheinlichkeit nach um osteuropäische Männer. Nur von vier Patienten ist die Nationalität eindeutig bekannt. Hinzu kommen neun Kranke, bei denen aufgrund dokumentierter Angaben auf eine nicht deutsche Nationalität geschlossen werden kann oder bei denen aufgrund ihres Namens und der Berufsangabe wie „landwirtschaftlicher Arbeiter“ Zwangsaufenthalte in Deutschland angenommen werden können. Zusätzlich fällt auf, dass von diesen neun Patienten mit vermuteter osteuropäischer Nationalität weder die Krankenakten in Jena noch in Stadtroda auffindbar waren.

Diese dreizehn Verlegungen nach Stadtroda fanden zwischen 1940 und 1943 und im Fall von vier Patienten 1945 nach Kriegsende statt.

In einem Brief des Präsidenten des Landesarbeitsamts Mitteldeutschland vom 7.9.1942 wird das Thüringische Innenministerium über die Anordnung des Reichsarbeitsministers informiert, dass aufgrund starker Belastung der Krankenhäuser und Pflegeanstalten die Aufnahme von ausländischen Arbeitern nur auf unbedingt notwendige Fälle zu beschränken sei. Sofern sie nicht innerhalb von drei Wochen wiederhergestellt werden könnten, sollten sie unverzüglich in ihre Heimat zurückbefördert werden, sobald Reisefähigkeit gegeben sei.⁶⁰ Ein Runderlass des Reichsministers der Innern vom 6.9.1944 ordnete an, dass geisteskranke Ostarbeiter und Polen zu

⁵⁷ UAJ, KB der PKJ, Nr. 30017.

⁵⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr. 33488.

⁵⁹ Zimmermann, 2000, S. 159-160.

⁶⁰ ThHStAW, ThMdI E 654, Teil 1, Bl. 239r: Schreiben des Präsidenten des Landesarbeitsamt Mitteldeutschland an das ThMdI vom 7.9.1942.

festgelegten „Sammelstellen“ gebracht werden müssten. Es sei nicht zu verantworten, „daß Kranke, die in absehbarer Zeit nicht wieder arbeitseinsatzfähig werden, für dauernd oder längere Zeit in den deutschen Anstalten verbleiben.“⁶¹ „Sammelstelle“ für Thüringen-Land war die Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode. Mit der Verlegung dorthin gingen die kranken Ostarbeiter in die Zuständigkeit der „Aktion T4“ über. Kranke, die nicht kurzfristig wiederhergestellt werden konnten, wurden von dort in Tötungsanstalten gebracht. Ein solcher Abtransport war jedoch nicht nötig, wenn in der „Sammelstelle“ selbst gemordet wurde, wie es in Pfafferode der Fall war.⁶²

In den Krankenberichten aus Stadtroda ist zwischen 1940 und 1942 bei drei der ausländischen Patienten der Tod infolge „Herzschwäche“ bzw. „Pneumonie“ mit der Diagnose „Schizophrenie“ dokumentiert.

Tab. 2: Ausländische Patienten

Patient	Alter	Nationalität	Verlegungsdatum	Angegebener Beruf
Hans F.	33 Jahre	Tscheche	14.3.1940	Autobahnarbeiter
Ivan M.	25 Jahre	Tscheche	10.5.1940	Landarbeiter
Piotr M.	unbekannt	unbekannt	10.5.1940	Kriegsgefangener
Stanislav G.	21 Jahre	Pole	06.9.1940	Arbeiter
Aloys Z.	34 Jahre	Pole	23.1.1942	Zivilgefangener
Waslaw R.	35 Jahre	unbekannt	31.3.1942	landwirtschaftlicher Arbeiter
Stipe W.	unbekannt	unbekannt	1943	Arbeiter
Nikolei N.	17 Jahre	unbekannt	19.3.1943	landwirtschaftlicher Arbeiter
Wassili P.	54 Jahre	unbekannt	05.6.1945	keine Angabe
Albert P.	22 Jahre	unbekannt	30.6.1943	Schmied
Gregeri M.	38 Jahre	unbekannt	06.7.1945	keine Angabe
Berek G.	30 Jahre	unbekannt	03.8.1945	Busfahrer
Josef K.	58 Jahre	unbekannt	24.11.1945	Arbeiter

⁶¹ ThHStAW, ThMdl E 1072, Bl. 250r: Runderlaß des Reichsministers des Innern vom 6.9.1944.

⁶² Hamann, 1989, S. 163-165.

Da von vier Patienten, die nach Kriegsende verlegt wurden, sowohl die Krankenakte des Jenaer als auch des Stadtrodaer Aufenthaltes fehlt, lassen sich zu näheren Umständen keine Angaben machen. Bei drei dieser Männer lässt sich der Tod im Thür. Landeskrankenhaus Stadtroda anhand der Todesursachenlisten nachweisen.

Vor 1940 scheinen sich unter den in die LHA Verlegten keine ausländischen Kranken befunden zu haben.

Der Stadtrodaer ärztliche Direktor Kloos bestätigt am 10.11.1944 schriftlich die „Abgabe von geisteskranken Ostarbeitern und Polen“, fünf Frauen und drei Männern⁶³, aus der Heil- und Pflegeanstalt Stadtroda an die „Sammelstelle“ Pfafferode. Über deren Identität sind jedoch keine weiteren Hinweise zu finden gewesen.

Das auffallend häufige Fehlen der Krankenakten dieser Patienten könnte dadurch zu erklären sein, dass sie bei der Weiterverlegung zur „Sammelstelle“ mitgegeben wurden. Allerdings erklärt diese Vermutung nicht das Fehlen beider Akten der vier oben erwähnten Patienten, die nach Kriegsende verlegt wurden.

5.1.1.1 Einweisende Stellen

Von 123 der 187 aus Jena nach Stadtroda verlegten Patienten ist die einweisende Stelle zwischen 1933-45 bekannt. In den meisten Fällen nahm der behandelnde Arzt die Einweisung in die Psychiatrische und Nervenlinik Jena vor. Laut Krankengeschichten wurden die Patienten von Angehörigen oder Bekannten zum niedergelassenen Psychiater bzw. Neurologen oder Hausarzt gebracht, die im Folgenden als „behandelnder Arzt“ bezeichnet werden. Soldaten, die sich im Wehrdienst befanden, wurden durch einen Militärarzt des Lazarettes eingewiesen. Auf diese Weise wurden 67 Personen (= 54%) eingeliefert.

⁶³ ThHStAW, ThMdI E 1072, Bl.255r: Schreiben von Kloos an das ThMdI vom 10.11.1944.

Tab. 3: Einweisende Stellen von Stadtrodaer Patienten in die Psychiatrische Klinik Jena

Jahr	Zahl der eingewiesenen Patienten durch				
	behandelnden Arzt	Amtsarzt	Krankenhäuser, Abteilungen der Universität Jena, Versorgungshaus	Polizei	Sonstige
1933	1	1			
1934		1	1		
1935	3	1			
1936					Angehörige (1)
1937	1	1			
1938	11	2	4	1	AOK (2), EGG Rudolstadt (1)
1939	6	2	2		Angehörige (1) Selbsteinweisung (1)
1940	11	1	7	1	Militärarzt (3), Lagerarzt des Rück-Wanderlagers (1)
1941	2	3			Selbsteinweisung (1)
1942	11	1	2	3	Reichsarbeitsdienst (1)
1943	8	4			Prof. Kihn (1), EGG Jena (1), Arzt Ortskrankenkasse (1), Angehörige (1)
1944	5			1	Militärarzt (1)
bis 04/ 1945	1	1			Prof. Kihn (1)
ab 05 1945	1		1		Militärarzt (2) Amerikan. Gericht (1)

Wurden die Patienten in der Öffentlichkeit auffällig oder straffällig, erfolgte die polizeiliche Zwangsüberführung, was bei sechs Männern der Fall war. Eine Selbsteinweisung ist für zwei Patienten nachweisbar. Drei Kranke wurden auf Bitten von Angehörigen aufgenommen. Einer

dieser drei Patienten war ein 59-Jähriger mit der Diagnose „progressive Paralyse und Tuberkulose“, der aufgrund von Verwirrtheit „sinnlose“ Anschaffungen machte und Nahrungsanforderungen nach Südwafrika schrieb⁶⁴. Der 7-jährige Günther wurde von seinem Vater (einem Arzt aus Sondershausen) eingewiesen. Das laut Jenaer und Stadtrodaer Akten körperlich gesunde Kind hatte im Alter von sechs Monaten eine Enzephalitis überstanden⁶⁵. In Stadtroda verstarb es 1944, im Alter von acht Jahren, an Herz-Kreislaufschwäche. Laut eines Gutachtens, unterzeichnet von Dr. Hielscher, „besteht keine Bildungsfähigkeit und daß der Junge wohl jemals arbeitsfähig wird“.⁶⁶

Umliegende Krankenhäuser bzw. andere Kliniken der Jenaer Universität sowie – im Fall eines Patienten – das Versorgungshaus Jena überwiesen in den dreizehn untersuchten Jahren insgesamt 15 psychisch kranke Männer an die Jenaer Klinik.

Infolge der Einweisung durch die Amtsärzte der Gesundheitsämter wurden 18 Patienten mit unterschiedlichsten Diagnosen in die Jenaer Nervenlinik gebracht. Auch zwischen weiteren einweisenden Verantwortlichen und den Diagnosen gibt es keinen auffallenden Zusammenhang, wie Tabelle 3 der drei am häufigsten einweisenden Stellen (insgesamt 78% der Patienten) zeigt.

Weitere einweisende Stellen waren Heilanstalten (zweimal), der Reichsarbeitsdienst, der Lagerarzt eines Rückwandererlagers, das EGG Jena, das EGG Rudolstadt, Vertrauensärzte von Krankenkassen, Prof. Kihn und nach Kriegsende ein amerikanisches Gericht.

Bei 64 Patienten, von denen die einweisende Stelle nicht bekannt ist, ist anzunehmen, dass sie von Angehörigen in die Nervenlinik gebracht oder von ihrem behandelnden Arzt eingewiesen wurden. Vorfälle, bei denen Kranke in der Öffentlichkeit auffällig und deshalb von der Polizei in die Klinik überführt wurden, finden sich in der Anamnese wieder. Zuvor stattgefundene Krankenhausaufenthalte oder Militäreinsätze waren in der Regel in der Krankengeschichte notiert.

⁶⁴ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35936.

⁶⁵ UAJ, KB der PKJ, Nr. 39173.

⁶⁶ BAB, Bestand EVZ II/65 Ak.13, KB des G.S.

Tab. 4: Einweisende Stellen und Diagnosen der Patienten, die unter das „G.z.V.e.N“. fielen oder bei der „Reichsarbeitsgemeinschaft“ als meldepflichtig galten

Einweisende Stelle	Diagnose (Patientenzahl)
Behandelnder Arzt	Schizophrenie (27); genuine Epilepsie (7); spätluetische Erkrankungen (7); Idiotie (1)
Amtsarzt/ Gesundheitsamt	Schizophrenie (8); genuine Epilepsie (2); spätluetische Erkrankungen (2); manisch-depressives Irresein(1); chronischer Alkoholismus (1)
Krankenhaus/ Heilanstalten	Schizophrenie (7); genuine Epilepsie (1); Schwachsinn und Epilepsie(1); Progressive Paralyse bzw. Tabes dorsalis (2);

Diese Darstellung lässt nicht darauf schließen, dass speziell staatliche Institutionen wie Gesundheitsämter oder Krankenhäuser Erbkranken und an Syphilis Erkrankte stationär einwiesen.

5.1.1.2 Die Diagnosen der Patienten

Zur besseren Vergleichbarkeit und zur Beurteilung, ob eine Veränderung im Patientengut stattgefunden hat, werden bei der Darstellung der Diagnose die untersuchten Jahre in die Vorkriegs- und Kriegsjahre unterteilt.

Bei den Indikationen zur Überführung nach Stadtroda nehmen Kranke mit der Diagnose „Schizophrenie“ sowie mit deren Verlaufsformen „Paraphrenie“, „Hebephrenie“ und „Dementia paranoides“ einen herausragenden Anteil von 46,4% (= 64 Pat.) aller männlichen Verlegungen zwischen 1939 und 1945 ein. Zwischen 1933 und 1938 trifft dies auf 44% (= 22 Pat.) aller Verlegungen zu. Die Verdachtsdiagnose „Schizophrenie“ und Mehrfachdiagnosen, die die Schizophrenie beinhalten, machen 1933-1938 6% und 1939-1945 7,2% der Verlegungen aus. Die zweithäufigste Diagnose war die „genuine Epilepsie“ mit 8% in der ersten Hälfte des untersuchten Zeitraums und 9,4% zwischen 1939 und 1945. Weitere Epilepsieformen wie „traumatische E.“, Patienten mit „symptomatischer Epilepsie“ und „Epilepsie ungeklärter Genese“ haben einen Anteil von 3,5% im letztgenannten Untersuchungszeitraum, in den Vorkriegsjahren ist diese Patientengruppe mit einem Patient (= 2%) verschwindend gering.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass in den untersuchten Zeiträumen die Relationen der Diagnosen konstant geblieben sind. Über den gesamten Zeitraum verteilt imponiert ein Vorherrschen der Diagnosen „Schizophrenie“ und „genuine Epilepsie“.

Patienten mit „Progressiver Paralyse“, „Tabes dorsalis“ und „Taboparalyse“ als metasyphilitische Symptome der Syphilis machen einen Anteil von 8 bzw. 6% der Überführungen aus, wobei hiervon 5,8% bzw. 2% (= 1 Patient) auf die progressive Paralyse fallen.

Männer mit der Diagnose „Alkoholismus“ und „Rauschgiftsucht“ sind nur in je einem Fall mit der zusätzlichen Diagnose „Schizophrenie“ bzw. „Psychopathie“ verzeichnet. Ein Patient hat die alleinige Diagnose „Morphinismus“.

Besonders auffallend ist, dass Patienten mit der Diagnose „Schwachsinn“ (auch „Debilität“, „Idiotie“) erst seit 1938 nach Stadtroda verlegt wurden, vorher kam diese „Krankheit“ bei den Verlegten nicht vor.

Tab.5.: Diagnosen der Patienten, die zwischen 1933 und 1938 nach Stadtroda verlegt wurden

Jahr	Schizophrenie		genuine Epilepsie		V.a. traumat. Epilepsie		Luetiche Erkrankungen		Art. cerebri		Psychopathie		Man.-depr. Irresein		Sonstige	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1933			2	66,7									1	33,3		
1934	2	100														
1935	1	20			1	20									3	60
1936	2	66,7											1	33,3		
1937	1	33,3					1	33,3							1	33,3
1938	16	47,1	2	5,9			2	5,9	1	2,9	3	8,8	1	2,9	9	26,5
gesamt	22	44	4	8	1	2	3	6	1	2	3	6	3	6	13	26

Tab.6: Diagnosen der Patienten, die zwischen 1939 und 1945 nach Stadtroda verlegt wurden

Jahr	Schizo- phrenie	V.a. Schizo- phrenie	Genuine Epilepsie	Traum. E, E. unklarer Genese	Luetische Erkrankungen	Art. cerebri	Psycho- pathie	Schwach- sinn, Idiotie, etc.	Sonstige				
	Zahl %	Zahl %	Zahl %	Zahl %	Zahl %	Zahl %	Zahl %	Zahl %	Zahl %				
1939	8 40	2	10	1	5	1	5	1	5	5 25			
1940	18 54,5	2	6,1	4	12,1	2	6,1	1	3,0	6 18,2			
1941	6 46,2	1	7,7	1	7,7	1	7,7	2	15,4	2 15,4			
1942	4 17,4	1	4,3	5	21,7	1	4,3	2	8,7	3 13,0			
1943	12 54,5	1	4,5			3	13,6	1	4,5	2 8,7			
1944	3 27,3			2	18,2	1	9,1	2	9,1	1 9,1			
1945	13 81,25					1	6,25	1	6,25	1 6,25			
gesamt	64 46,4	7	5,1	13	9,4	5	3,6	11	8,0	9 6,5	3 2,2	7 5,1	19 13,8

Tab.7: Sonstige Erkrankungen von Patienten, die in den Jahren 1935 und 1937-38 verlegt wurden

Jahr	Diagnose	Zahl der Patienten
1935	Morphinismus/haltloser Psychopath (1); Chronischer Alkoholismus (1); Depression/Schizophrenie (1);	3
1937	Traumatische Demenz (1)	1
1938	Dementia senilis (1); Endogene Depression (1); Hysteropathie (1); Psychopathie/Alkoholismus (1); Psychopathie/Schizophrenie (2); Reaktive Psychogenie?/Schizophrenie? (1); Schwachsinn/Epilepsie (1); Unklarer Neurosezustand (1);	9

Im zweiten Untersuchungszeitraum sind die Krankheitsbilder, welche in Tab. 7 unter „Sonstige“ zusammengefasst sind, vielfältiger, was sicherlich u.a. die höheren Verlegungszahlen nach sich zog. Dies begründet auch den plötzlichen Anstieg der Vielfältigkeit der Diagnosen im Jahr 1938. Neben Patienten mit Mehrfachdiagnosen in Verbindung mit der Schizophrenie überwiegen bei den vereinzelt vorkommenden Erkrankungen Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern.

Tab. 8: Sonstige Erkrankungen von Patienten, die in den Jahren 1939-1945 verlegt wurden

Jahr	Diagnose	Anzahl der Patienten
1939	Exzessive Onanie (1); Manisch-depressives Irresein (1); Alzheimer (1); Dämmerzustände (1); Pick'sche Atrophie (1);	5
1940	Schizophrenie/Alkoholismus (1); Schizophrenie/subdurales Hämatom (1); Defektzustand nach Meningitis (1); Defektzustand nach apoplektischen Insult (1); Postenzephalitischer Parkinsonismus (1); Schwachsinn/Epilepsie (1);	6
1942	Picksche Atrophie (1); Schizophrenie/Epilepsie (1); Ungeklärter Fall (1);	3
1943	Schizophrenes Zustandsbild b. org. Hirnleiden (1); Contusiofolgen (1); Lähmung des Arms u. der Beine nach Infektionskrkh. (1);	3
1944	Morphinismus (1)	1
1945	Polyneuritis/schizophrener Defekt (1)	1

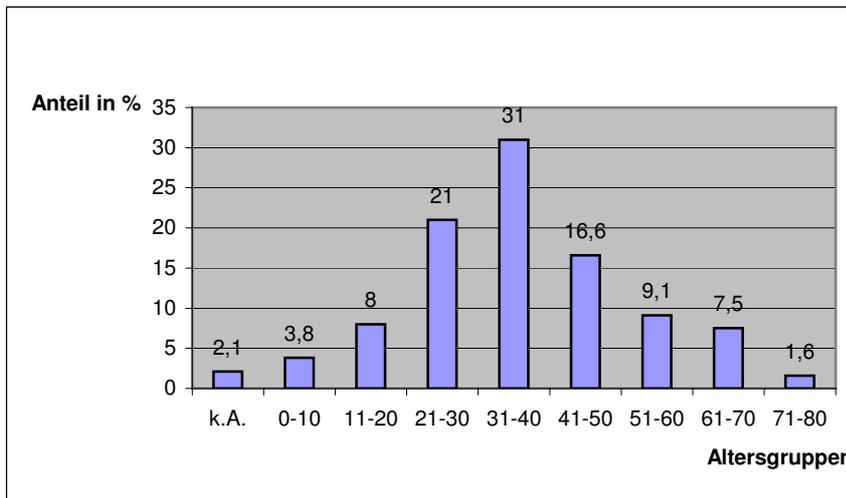
5.1.1.3 Alter der Patienten

Grundsätzlich wurden Patienten fast jeden Alters nach Stadtroda verlegt. Der jüngste Patient war fünf Jahre alt, der älteste 79 Jahre. Von vier Patienten konnte kein Geburtsdatum eruiert werden.

Hinsichtlich der Diagnosenverteilung lässt sich sagen, dass jüngere Patienten bis 35 Jahre, insbes. zwischen 20 und 30 Jahren, meist an „Schizophrenie“ erkrankt waren. Ältere Patienten ab 50 Jahren

litten an spätsyphilitischen oder altersbedingten Erkrankungen wie z. B. Arteriosklerosis cerebri. Zwischen diesen Altersgruppen liegt eine Verteilung fast aller o.g. Diagnosen vor. Die Abbildungen zwei bis vier veranschaulichen diese altersbezogene Diagnosenverteilung.

Abb. 2: Altersstruktur aller Patienten in %



Betrachtet man den gesamten Untersuchungszeitraum, ist eine Dominanz der 21- bis 40-Jährigen festzustellen. Kinder, Jugendliche und alte Menschen sind kaum vertreten, was mit dem Erkrankungsalter der Schizophrenie sowie der genuinen Epilepsie als den häufigsten Diagnosen der Verlegten übereinstimmend ist. Beide Erkrankungen können bereits Ende des ersten bzw. Mitte des zweiten Lebensjahrzehnts auftreten, wie bei den verlegten Jugendlichen deutlich zu sehen ist. Das Erkrankungsalter der Schizophrenie liegt am häufigsten zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr.⁶⁷

Gesellschaftspolitisch bedeutet dieser Sachverhalt, dass es sich bei den Verlegten um Männer im erwerbstätigen Alter handelte, die allerdings, mit den Worten der Nationalsozialisten ausgedrückt, „der Allgemeinheit zur Last fielen“. Die relative Unterrepräsentanz der älteren Männer ist mit deren Einbindung in familiäre Strukturen zu erklären, da gerade bei Alterserkrankungen wie Arteriosklerosis cerebri die Pflege von der Familie übernommen werden konnte.

Die Verlegungen von Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre konzentriert sich auf die Jahre 1939, 1940, 1942 und 1943. In diesen Jahren wurden jeweils zwischen zwei und vier Jungen nach Stadtroda verlegt. Die einzige Verlegung eines Kindes zwischen 1933 und 1939 fand 1935 statt. Es handelte sich dabei um einen 9-Jährigen mit „Verdacht auf traumatische Epilepsie“.

⁶⁷ Kloos, 1944, S. 359 u. S. 392.

Abb. 3: Alter der zwischen 1933 und 1938 aus Jena verlegten Patienten

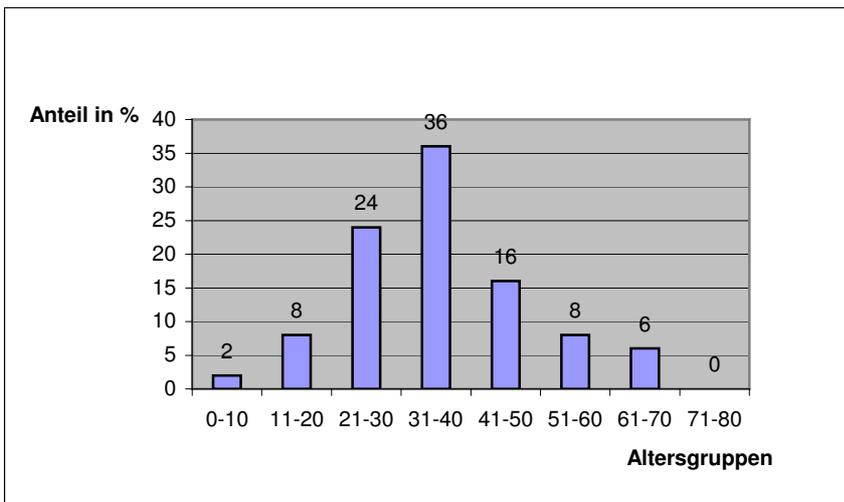
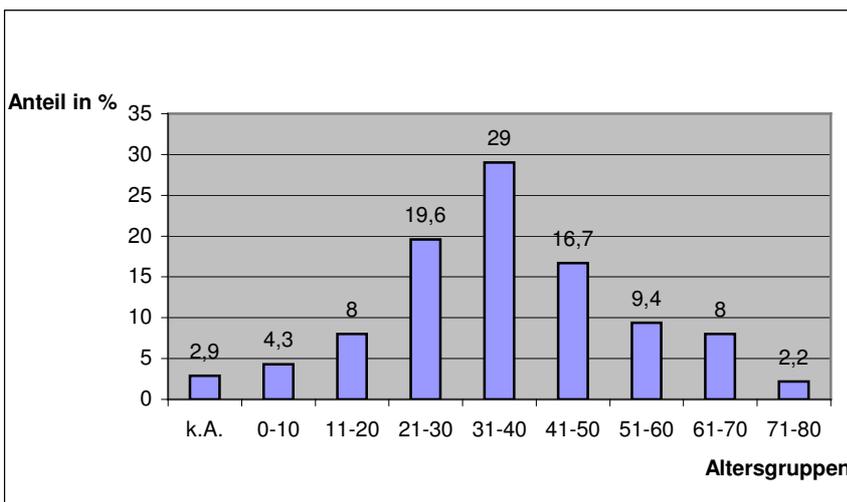
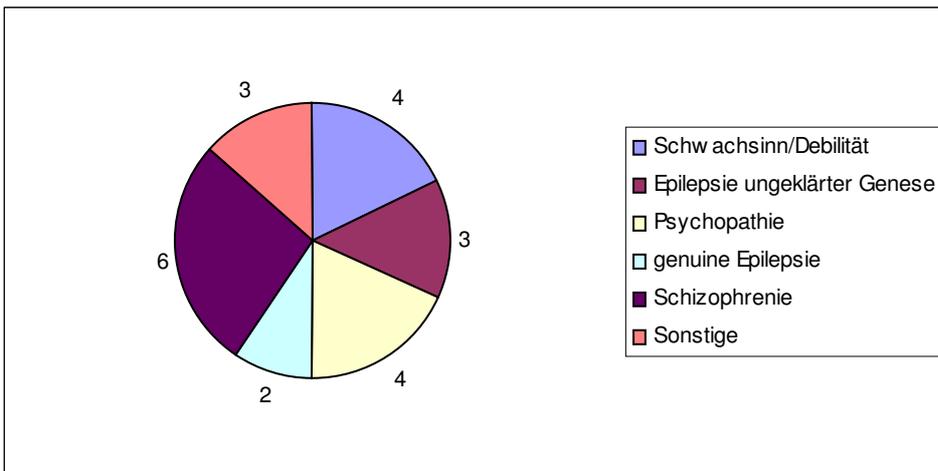


Abb. 4: Alter der zwischen 1939 und 1945 aus Jena verlegten Patienten



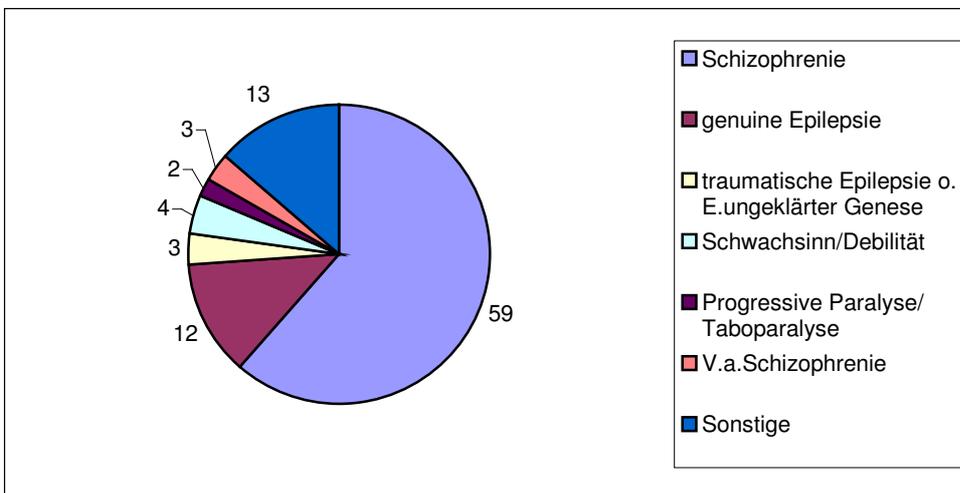
Die Altersverteilung der beiden Untersuchungszeiträume zeigt die gleichen Maxima bei 21-30 Jahren und bei 31-40 Jahren. Unterschiedlich ist, dass im ersten Untersuchungszeitraum nur ein Kind sowie weniger Personen ab 50 Jahren von der Verlegung betroffen waren. Der älteste Patient, der zwischen 1933 und 1938 verlegt wurde, war 66 Jahre alt, wohingegen zwischen 1939 und 1945 drei Patienten im Alter 72 bis 79 Jahren in die LHA überführt wurden.

Abb. 5: Diagnosenverteilung in der Gruppe der 5- bis 20-Jährigen



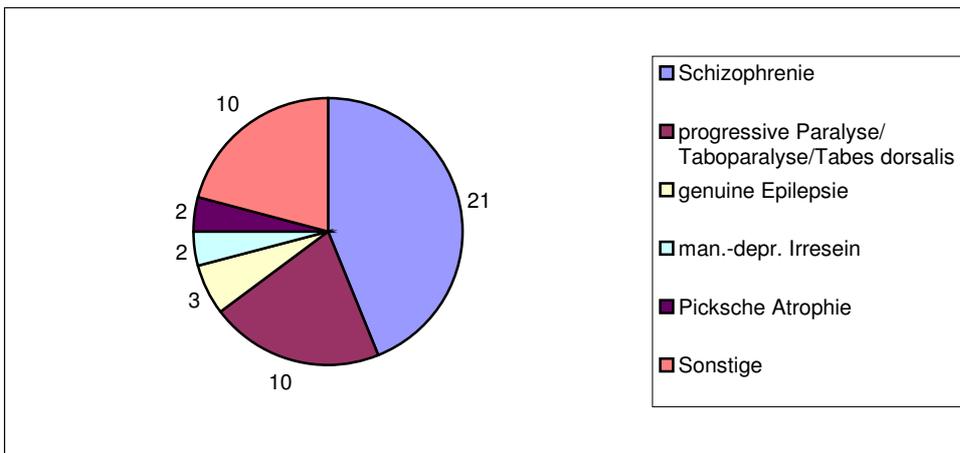
Während bei der hier am stärksten vertretenen Gruppe der Patienten mit Schizophrenie der jüngste Patient 15 Jahre alt war, waren von der Diagnose „Schwachsinn/Debilität“ in drei von vier Fällen Kinder unter zehn Jahren betroffen. Die als „Sonstige“ bezeichneten Diagnosen betrafen Kinder und Jugendliche mit „reaktiver Psychose“, „exzessiver Onanie“ und „Dämmerzuständen“.

Abb. 6: Diagnosenverteilung in der Gruppe der 21- bis 40-Jährigen



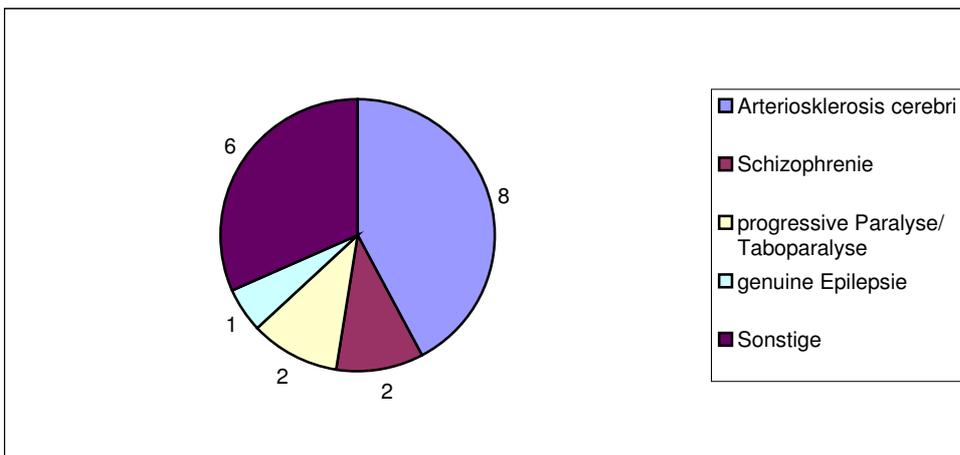
Wie die Abbildungen verdeutlichen, betrifft die Diagnose „Schizophrenie“ in besonderem Maße die Altersgruppe der 21- bis 40-Jährigen.

Abb. 7: Diagnosenverteilung in der Gruppe der 41- bis 60-Jährigen



Im Gegensatz zu allen jüngeren Altersgruppen sind unter den 41- bis 60-jährigen Männern häufig Patienten mit neurologische Erkrankungen, wie „Pickscher Atrophie“, „apoplektischem Insult“, „Polyneuritis“ oder „M. Alzheimer“ vertreten. Ebenso ist der Anteil an Patienten mit metasyphilitischen Krankheitsbildern in dieser Gruppe am größten, da diese ca. 10 bis 15 Jahre nach der luischen Infektion auftreten bzw. die Inkubationszeit sich mit zunehmendem Alter verkürzt.⁶⁸

Abb. 8: Diagnosenverteilung in der Gruppe der 61- bis 79-Jährigen



Wie zu erwarten, stellt die Arteriosklerose das überwiegende Krankheitsbild der 60- bis 79-Jährigen, wobei hiervon in dieser Altersgruppe kein Patient mit entsprechender Diagnose vor 1939 verlegt wurde. Alle weiteren Diagnosen kommen in der Gruppe der ältesten Patienten nicht öfter als zweimal vor. Bei Patienten, die hier unter „Sonstige“ zusammengefasst wurden, wurden u.a. altersbedingte Diagnosen, wie „Verwirrtheitszustand“ oder „Dementia senilis“ gestellt.

⁶⁸ Kloos, 1944, S. 207 u. S. 316.

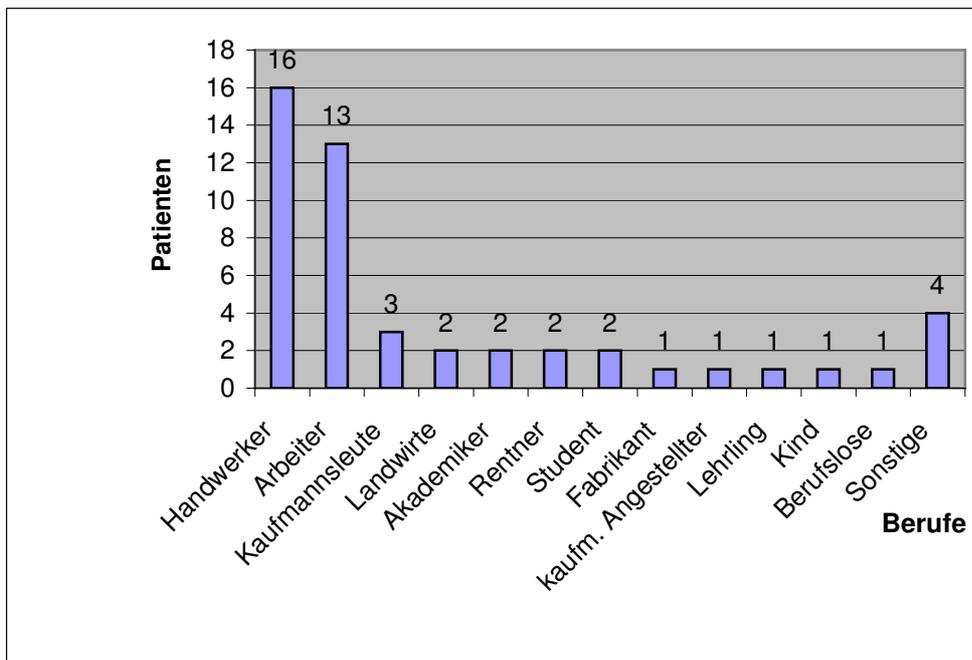
5.1.1.4 Soziale Stellung

Von 49 Patienten, die in den Vorkriegsjahren verlegt wurden, und von 133 Patienten mit Überführungen im Zeitraum 1939 bis 1945 ließen sich die Berufe feststellen. Nur von einem Patienten des ersten und von fünf Patienten des zweiten Untersuchungszeitraumes fehlt diese Angabe.

Insgesamt machen die Kranken mit handwerklichen Berufen und die Arbeiter den größten Anteil der Verlegungen des untersuchten Zeitraums aus.

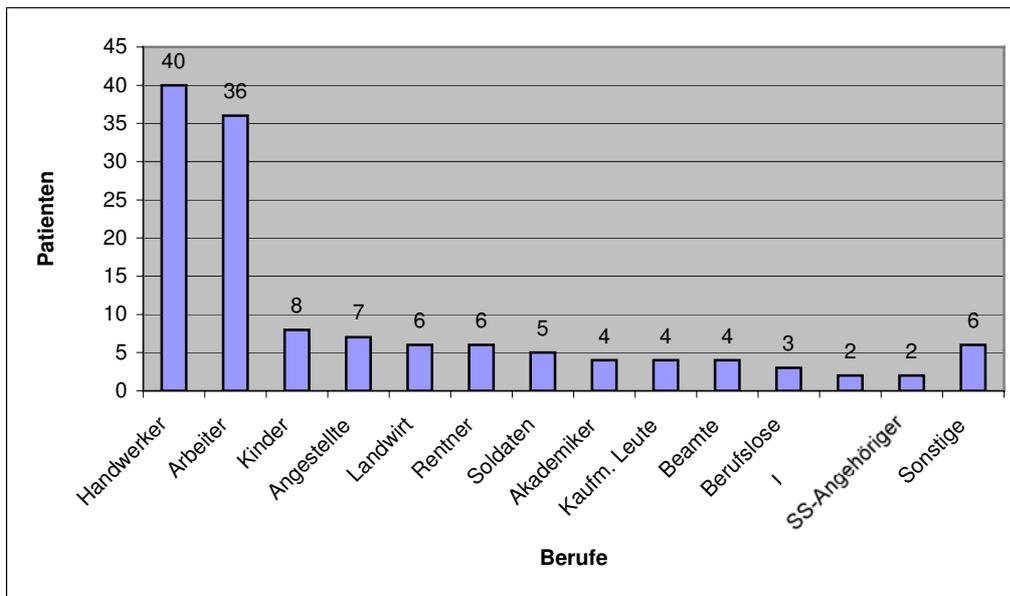
Die Gruppe, die zwischen 1933 und 1938 in Abb. 9 als „Sonstige“ bezeichnet wird, besteht aus einem Kellner, einem Nachtwächter, einem Bürogehilfen und einem Musiker.

Abb. 9: Sozialer Status der zwischen 1933 und 1938 verlegten Patienten



In den Kriegsjahren wurde bei sechs Kranken der soziale Status in Abb. 10 der Gruppe „Sonstige“ zugeordnet. Es handelt sich hierbei um einen Fotograf, einen Zeitungsträger, einen Musiker, einen Gastwirt, einen Häftling und einen Kriegsgefangenen. Letztgenannter war wie sechs weitere Patienten seinem Namen nach polnischer oder russischer Nationalität. Bei diesen sechs Patienten besteht die Berufsangabe aus der Bezeichnung „landwirtschaftlicher Arbeiter“ oder „Arbeiter“. Nur von zwei dieser insgesamt sieben Patienten sind die Stadtrodaer Akten vorhanden. Aus diesen geht hervor, dass die Patienten polnische oder russische Zwangsarbeiter waren. Es fehlen alle Jenaer Akten sowie von fünf Patienten auch die Stadtrodaer Akten.

Abb. 10: Sozialer Status der zwischen 1939 und 1945 verlegten Patienten



Der soziale Status aller Patienten ist in beiden Zeitabschnitten ähnlich. Soldaten und SS-Angehörige kommen in den Kriegsjahren als zusätzliche Gruppen hinzu. Die Gruppe der Beamten gibt es in den untersuchten Jahren bis 1938 nicht, allerdings befindet sich unter den Rentnern 1938 ein Beamter a.D.

Wie aus den Abbildungen ersichtlich ist, liegt bei den verlegten Kranken eine deutliche Unterrepräsentanz der sog. Oberschicht vor. Anhand der Volks- und Berufszählung von 1939 wird diese relative Überrepräsentanz von Arbeitern bzw. Handwerkern unter den Verlegten bestätigt⁶⁹. Eine mögliche Erklärung ist darin zu sehen, dass sozial besser situierte Patienten in Privatanstalten untergebracht waren bzw. aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena nach Abklingen des akuten Krankheitsgeschehens dorthin verlegt wurden.

5.1.1.5 Die Verweildauer

Zwischen 1933 und 1938 ist die Jenaer Aufenthaltsdauer von 43 der 50 anschließend verlegten Kranken anhand der Krankenakte dokumentiert. Nur zwölf dieser Angaben betreffen die Jahre 1933 bis 1937.

Zwischen 1933 und 1937 wurden keine Patienten nach Stadroda verlegt, die in dieser Untersuchung als „Kurzzeitpatienten“ bezeichnet werden und sich zwischen einem Tag und 30 Tagen in Jena aufhielten. Wie Tab. 9 zeigt, waren zwischen 1933 und 1937 fast alle Patienten über

⁶⁹ Volks-, Berufs- und Betriebszählung vom 17.5.1939, 1943, 9/2.

90 Tage oder mindestens zum zweiten Mal in stationärer Behandlung der Psychiatrischen und Nervenklinik. Der einzige Patient, der in die Verweildauer von 30 bis 90 Tage einbezogen wurde, war 89 Tage dort.

Tab. 9: Verweildauer der Patienten

Jahr	Aufenthaltsdauer						Mehrfach-		keine Angabe	
	1-30 d		31-90d		über 90 d		Aufnahmen			
	Anzahl Patienten	%								
1933	-	-	-	-	-	-	3	100	-	-
1934	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-
1935	-	-	-	-	-	-	3	60	2	40
1936	-	-	-	-	-	-	1	33,3	2	66,6
1937	-	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-
1938	6	17,6	4	11,8	10	29,4	11	32,4	3	8,8
1939	2	10	5	25	2	10	2	10	9	45
1940	3	9,1	6	18,2	7	21,2	11	33,3	6	18,2
1941	2	15,4	3	23,1	2	15,4	3	23,1	3	23,1
1942	3	13	7	30,4	2	8,7	7	30,4	4	17,4
1943	5	22,7	8	36,4	3	13,6	3	13,6	3	13,6
1944	2	18,2	3	27,3	3	27,3	2	18,2	1	9,1
1945	2	12,5	3	18,8	6	37,5	1	6,3	4	25
ges.:	25	13,3	40	21,3	37	19,7	49	26,1	37	19,7

Unter den „Mehrfachaufnahmen“ war die kürzeste Verweildauer 16 Tage, die längste 1.138 Tage. Der Mittelwert der „Mehrfachaufnahmen“ betrug 307 Tage, der Median 89 Tage. Wenn die

Patienten bereits in anderen Nervenkliniken oder Heil- und Pflegeanstalten behandelt wurden, wurde das bei dieser Untersuchung außer Acht gelassen.

Im Jahr 1938 war der Anteil an verlegten „Langzeitpatienten“ und Patienten mit mindestens zweiter und höchstens fünfter Aufnahme mit fast 68% der bekannten Angaben immer noch überwiegend. Die elf Kranken, die mehrfach aufgenommen wurden, waren mindestens 15 Tage, längstens 270 Tage vor ihrer Verlegung in der Nervenlinik Jena, Mittelwert und Median betragen 79 bzw. 61,5 Tage.

Im Gegensatz dazu ist im Zeitraum 1939 bis 1945 eine Veränderung in der Struktur der Aufenthaltsdauer bemerkbar. Die Gruppe der mindestens zum zweiten Mal aufgenommenen Kranken (29 Pat.= 26,9%) und der „Langzeitpatienten“(25 Pat.= 23,1%) bildet nur noch die Hälfte der verlegten Patienten.

Für drei Kranke mit der Diagnose „Schizophrenie“ wurden auffallend lange Aufenthalte in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena verzeichnet. Albert M. war 2.241 Tage im Zeitraum 1939 bis 1945 und Paul P. 1.314 Tage im Zeitraum 1941 bis 1945 dort. Herr M. war nach Mitteilung der Klinik an das Wohlfahrtsamt nicht für die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt geeignet. Der Pflegesatz der Psychiatrischen und Nervenlinik wurde in seinem Fall auf 4,20 RM herabgesetzt, womit er 60 Pfennig pro Tag mehr betrug als der Pflegesatz im Zeitraum der thüringischen Heil- und Pflegeanstalten. Als Verlegungsgrund nach Kriegsende wurde angegeben, dass der Patient nicht mehr in der Arbeitskolonne beschäftigt werden konnte⁷⁰. Warum Paul P., aus dessen Krankenakte hervorgeht, dass es sich bei ihm um einen Defektzustand ohne Heilungsaussichten handelte, nicht früher verlegt wurde, ist nicht bekannt. Seine Akte in Jena enthält keinen Arztbericht.⁷¹

Der 54-jährige Erich P. wurde 1941 zum dritten Mal stationär aufgenommen und blieb 1.466 Tage in Jena. Im März 1945 wurde er nach Stadroda verlegt. Aus seiner Jenaer Krankengeschichte geht hervor, dass er als fleißiger und zuverlässiger Arbeiter eingeschätzt wurde.⁷²

Der kürzeste Mehrfachaufenthalt belief sich auf sechs Tage. Dieser 36-jährige Patient mit der Diagnose „traumatische Epilepsie mit Demenz“ wurde 1942 zum vierten Mal in die Psychiatrische Klinik der Universität aufgenommen.⁷³ In Stadroda verblieb Karl P. bis zu seinem Tod im Alter von 39 Jahren infolge Pneumonie im September 1945.⁷⁴

⁷⁰ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35926.

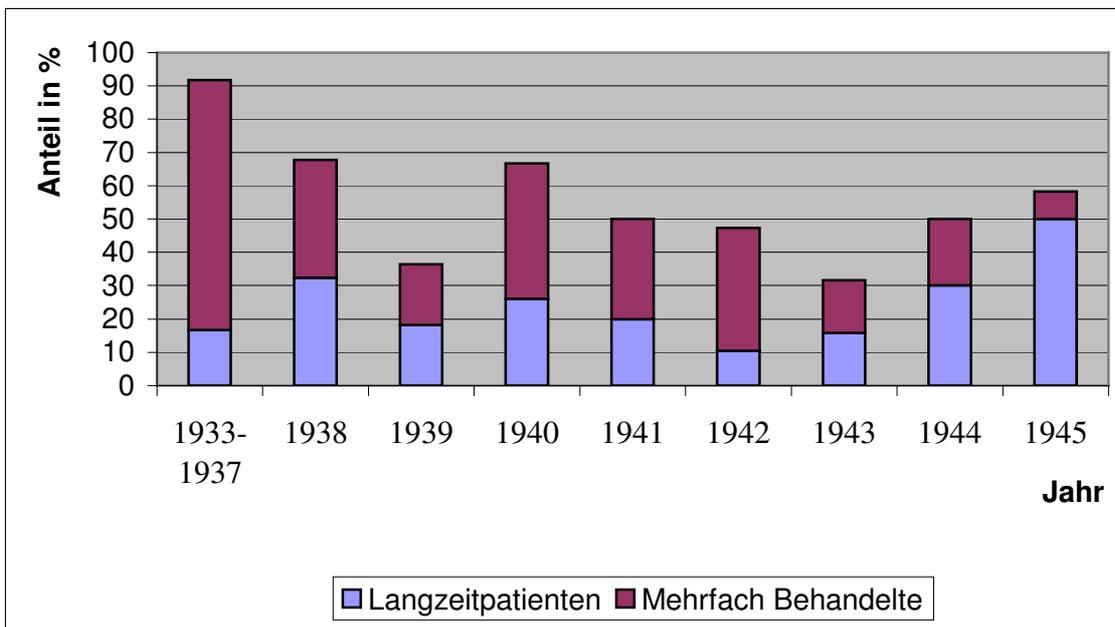
⁷¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 38196.

⁷² UAJ, KB der PKJ, Nr. 22274.

⁷³ UAJ, KB der PKJ, Nr. 24899.

⁷⁴ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2303.

Abb. 11: Anteil der „Langzeitpatienten“ und Patienten, die mindestens zum zweiten Mal in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena behandelt wurden, in Bezug auf Verlegungen pro Jahr



Offensichtlich wurden vorwiegend in den Vorkriegsjahren Kranke, die länger als drei Monate bzw. schon zuvor in Jena behandelt wurden, nach Stadtroda verlegt. Vernachlässigt man den Wert 1939, der aufgrund des hohen Anteils von fehlenden Angaben in diesem Jahr (45%) nicht ausreichend zuverlässig ist, nimmt der Anteil an „Langzeit- und Mehrfachpatienten“ stetig ab und erreicht 1943 sein Minimum. 1945 beträgt der Verlegungsanteil von „Langzeitpatienten“ 50%. Betrachtet man diese Gruppe der „Langzeitpatienten“, bestehend aus sechs Männern, genauer, ist vor allem eine Tatsache bedeutend: Keine dieser Personen wurde vor Kriegsende nach Stadtroda verlegt. Es handelt sich um fünf an „Schizophrenie“ erkrankte Männer, ein Patient litt unter Arteriosklerosis cerebri. Drei dieser Langzeitpatienten wurden erst nach Kriegsende in die Psychiatrische Klinik Jena aufgenommen. Ein Kranker wurde nach 142 Tagen Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik am 2. Juni 1945 verlegt. Zu dieser Gruppe gehören auch die zuvor erwähnten Patienten Albert M., Paul P. und Erich P., die zwischen 1.314 Tagen und 2.241 Tagen in der Nervenlinik Jena verbrachten. Aufenthalte dieser Länge kamen sonst im gesamten Untersuchungszeitraum nicht vor. Möglicherweise wurden die Patienten für Demonstrationen in Vorlesungen benötigt, was jedoch nicht zu belegen ist.

Festzustellen ist eine Zunahme der Verlegungen von Patienten mit kürzerer Aufenthaltsdauer in Jena in den Kriegsjahren im Gegensatz zu den Jahren 1933 bis 1938. Die bereits in vorherigen Kapiteln erwähnten Kostengründe sowie Platzmangel könnten Motive für diese Tatsache sein.

Möglich ist auch die unter Psychiatern bekannte „dezentrale“ Euthanasie⁷⁵ in den Heil- und Pflegeanstalten. Prof. Kihn als Gutachter der „Aktion T4“ war dieser Sachverhalt wahrscheinlich nicht unbekannt.

Erst nach Kriegsende 1945 wurden wieder vermehrt „Langzeitpatienten“ in die Heil- und Pflegeanstalt Stadtroda verlegt.

5.1.1.6 Verlegungsgründe

Bei den meisten Patienten wurde kein expliziter Verlegungsgrund angegeben. Der Akteneintrag lautete lediglich „nach Stadtroda verlegt“.

In den untersuchten Vorkriegsjahren wurden bei 25 Patienten Gründe hierfür angegeben, was genau der Hälfte der Verlegungen entspricht. Anders als in den darauf folgenden Jahren kam es insbesondere zwischen 1933 bis 1937 nicht aufgrund angeblichen Platzmangels zu den meisten Überführungen. 1938 war diese Angabe schon bei zehn von insgesamt 17 Verlegungsgründen zutreffend, wie aus Tab. 10 ersichtlich ist. Drei Männer wurden 1938 aus Kostengründen verlegt. Vermutlich hängt diese Angabe damit zusammen, dass Ende des Jahres 1936 der Verpflegungssatz für die Unterbringung in einer thüringischen Heil- und Pflegeanstalt von 4,20 RM auf 3,60 RM gesenkt wurde⁷⁶, um „besonders in der Krise möglichst wenig für die unproduktiven Invaliden und „Ballastexistenzen“ auszugeben“⁷⁷.

Zwei dieser Patienten hatten die Diagnose „Schizophrenie“, der dritte litt unter „Tabes dorsalis“. Weitere Verlegungsgründe von 1938 waren:

- „Besserung kann nicht erwartet werden“⁷⁸
- „Pat. muß dauernd in Heilanstalt untergebracht werden“⁷⁹; (Pat. verstarb in Stadtroda, Dg.: Psychopathie, Neigung zur Querulanz, Alter: 62 J.)
- „Weitere Bewahrung in Anstalt erforderlich“⁸⁰

Von den in acht Akten vorhandenen Angaben zur Verlegung zwischen 1933 und 1937 sind, abgesehen von einer Verlegung aus „Platzgründen“, die 1937 stattfand, die Gründe breit gefächert.

Sie lauten wie folgt:

⁷⁵ Friedlander, 1997, S. 259.

⁷⁶ ThHStAW, ThMdl E1072/1,Bl. 11r: Aktenvermerk vom 23.9.1936.

⁷⁷ Güse, Schmacke, 1987, S. 92.

⁷⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr. 32334.

⁷⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 20973.

⁸⁰ UAJ, KB der PKJ, Nr. 31380.

- „i.A. des Innenministeriums“⁸¹
- „Patient in Jena nicht zu halten“⁸²
- „Patient lehnt Entlassung ab“⁸³
- „Versuch, ihn (Kind) zu schulen“⁸⁴
- „auf Wunsch der Schwester“⁸⁵
- „auf Wunsch des Bezirksfürsorgeverbands“⁸⁶
- „zuständigkeitshalber“⁸⁷

Wurde zwischen 1939 und 1945 ein Verlegungsrund angegeben, so war dies bei 50 Patienten „Platzmangel“, bei weiteren zwölf Patienten gab es jeweils unterschiedliche Gründe. Diese waren:

1939

- „bessere Betreuung für psychopathische Kinder“⁸⁸; die Akte des 10-jährigen Rolf G. ist in Stadtroda nicht vorhanden
- Tbc; Pat. wurde auf die „Abteilung zur Zwangsasylierung asozialer offentuberkulöser Patienten“ in Stadtroda verlegt

1940

- „Gemeingefährlichkeit“⁸⁹
- vorbestraft; (Pat. verstarb im Alter von 33 Jahren in Stadtroda, Dg.: Schizophrenie⁹⁰)
- „Unterbringung in Heilanstalt erforderlich“⁹¹
- „auf Anordnung des Amtsgerichts“⁹²; (Pat. verstarb in Stadtroda, Dg.: genuine Epilepsie, Alter: 32 J.)
- „nach Meinung Kihns“⁹³; (Pat. verstarb 58-jährig in Stadtroda, Dg.: V.a. Debilitas, V.a. Schizophrenie)

⁸¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 29580.

⁸² UAJ, KB der PKJ, Nr. 27952.

⁸³ UAJ, KB der PKJ, Nr. 24554.

⁸⁴ UAJ, KB der PKJ, Nr. 30017.

⁸⁵ UAJ, KB der PKJ, Nr. 18501.

⁸⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 27559.

⁸⁷ UAJ, KB der PKJ, Nr. 31674.

⁸⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35723.

⁸⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 32533.

⁹⁰ UAJ, KB der PKJ, Nr. 36480.

⁹¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 36458.

⁹² UAJ, KB der PKJ, Nr. 36826.

⁹³ UAJ, KB der PKJ, Nr. 31892.

- „Verlegung nach Pfafferoode nicht möglich“⁹⁴
- Angehörige können sich nicht um den Patienten kümmern⁹⁵

1942

- „vorläufige Anstaltsbehandlung erforderlich“⁹⁶; (Pat. verstarb in Stadtroda; Dg.: traumatische Epilepsie mit Demenz, Alter: 37 J.)

1943

- „reiner Pflegefall“, „nicht behandlungsfähig“⁹⁷; (Pat. verstarb in Stadtroda, Dg.: Schizophrenie, Alter: 47 J.)

1944

- „kein Platz in Sondershausen“⁹⁸

Insbesondere in den Jahren 1938 sowie 1940 bis 1944 war „Platzmangel“ der am häufigsten dokumentierte Verlegungsgrund. Zwischen 1933 und 1937 wurde dieser Verlegungsgrund nur einmal angegeben. Die Prozentangaben der Jahre 1937, 1939 und 1945 sind nicht aussagekräftig, da für diese Zeiträume nur zwischen einer und drei Angaben pro Jahr in den Akten vorhanden waren.

⁹⁴ UAJ, KB der PKJ, Nr. 36861.

⁹⁵ UAJ, KB der PKJ, Nr. 36242.

⁹⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 24899.

⁹⁷ UAJ, KB der PKJ, Nr. 39351.

⁹⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr. 24863.

Tab. 10: „Platzmangel“ als Verlegungsgrund in den Jahren 1937 bis 1945

Jahr	Zahl	Anteil an bekannten Verlegungsgründen in % pro Jahr
1937	1	50
1938	10	58,9
1939	1	33,3
1940	17	70,8
1941	4	100
1942	10	91,0
1943	11	91,7
1944	6	85,7
1945	1	100

Verglichen mit den vorher breit gefächerten Verlegungsgründen erhält man zunächst den Eindruck, dass dieses Argument sich wie eine Floskel unter den behandelten Ärzten und dem Pflegepersonal etabliert zu haben scheint. Betrachtet man allerdings die rapide angewachsene Zahl von Patienten, wirken die Angaben des „Platzmangels“ als Verlegungsgrund plausibel. Das Sterilisierungsgesetz in den Jahren ab 1934 bedingte die stationäre Aufnahme der betroffenen Patienten, um sie einem ärztlichen Gutachten für Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte zu unterziehen. Hinzu kam, dass freilaufende „Irre nicht in die Normen der nationalsozialistischen Gesellschaft“ passten, die soziale Anpassung und Obrigkeitsdenken forderte.⁹⁹ 1938 wurden 2.337 kranke Männer und Frauen in die Nervenlinik Jena aufgenommen¹⁰⁰. Das vorläufige Maximum an Aufnahmen männlicher Patienten wurde 1937 mit 1.629 Kranken erreicht.¹⁰¹

⁹⁹ Siemen, 1987, S. 139.

¹⁰⁰ Tietze, 1942, S. 14.

¹⁰¹ Rolbetzki, 1941, S. 8.

5.1.2 Analyse der Stadtrodaer Krankenakten

Eine umfassende Auswertung der Verlegungsjahre 1933 bis 1938 ist aufgrund der in Kap. 4 beschriebenen Probleme beim Auffinden der Krankenakten nicht möglich.

Nur sieben von 50 Krankenblättern konnten eingesehen werden. Fünf von 50 verlegten Männern verstarben nachweislich in den Heil- und Pflegeanstalten Stadtroda. Der Kranke Oswin W. wurde im September 1940 weiterverlegt nach Zschadraß. Vermutlich wurde er in Pirna/Sonnenstein vergast.

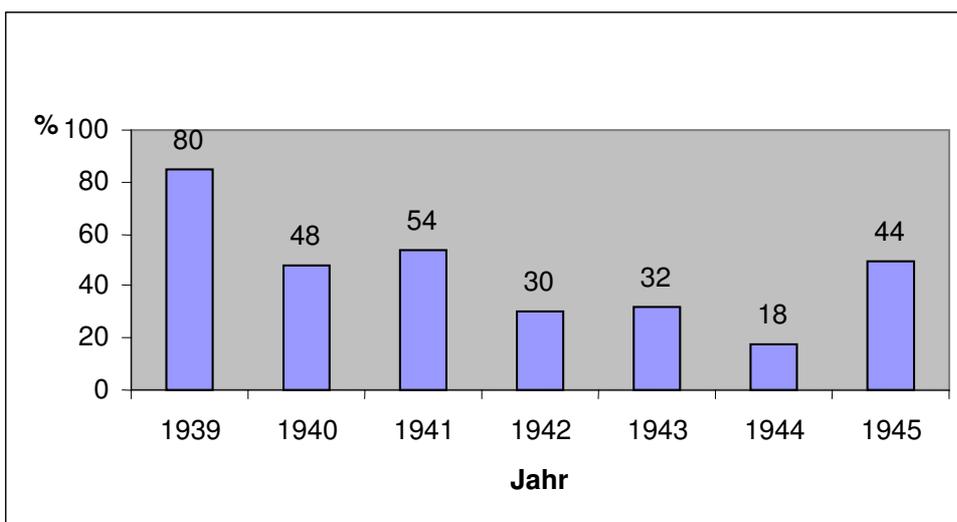
Die Auswertung der Krankenberichte der nachweislich Verstorbenen befindet sich im Kap. 5.1.2.5 dieser Arbeit.

Als Einziger dieser sieben Männer ist der 38-jährige Martin G. mit der Diagnose „genuine Epilepsie“ nicht in Stadtroda verstorben. Er wurde 1938 nach Stadtroda verlegt und nach fast neun Monaten Aufenthalt nach Cumbach entlassen. 1942 kam er zum dritten Mal in die LHA Stadtroda und wurde anschließend nach Gera-Tinz verlegt¹⁰².

Max G., ein Patient mit traumatischer Epilepsie nach Absturz von einem Müllauto, wurde sowohl 1938 als auch 1940 aus Jena nach Stadtroda verlegt und verstarb 1942 in Stadtroda.¹⁰³

Von den 138 zwischen 1939 und 1945 nach Stadtroda verlegten Patienten waren 75 Krankenakten auffindbar.

Abb. 12: Prozentualer Anteil an fehlenden Akten zwischen 1939 und 1945



¹⁰² ThStR, Bestand LFK Stadtroda, Karton 33, Nr. 3559.

¹⁰³ BAB, Bestand EVZ II, Karton 10, Akte7.

Es fällt auf, dass ein großer Anteil der Krankenakten aus den ersten drei Kriegsjahren fehlt. Möglicherweise wurden diese bei Weiterverlegungen mitgegeben. Nach Angaben eines in den LHA Stadtroda beschäftigten Handwerkers habe ein Transport von ca. 60 Patienten unter SS-Bewachung stattgefunden. Den Patienten sei mitgeteilt worden, sie würden eine Omnibusfahrt machen, sie seien aber nicht wiedergekommen. An zwei dieser Patienten habe der Handwerker sich genau erinnert, es habe sich u.a. um einen polnischen Staatsbürger gehandelt.¹⁰⁴ Ermittlungen der Staatssicherheit der DDR von 1964 ergaben, dass dieser Transport am 4.9.1940 in die Zwischenanstalt Zschadraß erfolgte. Sämtliche Krankengeschichten seien dorthin mitgenommen worden. In Stadtroda wurde eine neue Akte angelegt, die u.a. Angaben zur Verlegung enthielt.¹⁰⁵ Von Zschadraß aus seien die Patienten in andere Anstalten überführt worden¹⁰⁶, die als Euthanasie-Tötungsanstalten bekannt sind.

5.1.2.1 Verweildauer in Stadtroda

Die Aufenthaltsdauer von sechs der zwischen 1933 und 1938 nach Stadtroda verlegten Patienten ist bekannt. Außer einem Patienten, der 1937 verlegt wurde, stammen alle Angaben von im Jahr 1938 verlegten Kranken. Diese sechs Männer waren sog. Langzeitpatienten mit jeweils 209, 272, 333, 579, 913 und 925 Tagen Aufenthalt in der LHA Stadtroda. Ein 38-jähriger Patient mit 272 Tagen Verweildauer war bereits zum zweiten Mal mit der Diagnose „genuine Epilepsie“ in Stadtroda aufgenommen worden.

Von 111 der zwischen 1939 und 1945 in die Heil- und Pflegeanstalt verlegten Patienten konnte die Aufenthaltsdauer in Stadtroda bestimmt werden. Von 27 männlichen Kranken fehlt in diesem Zeitraum die Angabe.

Es kam vor, dass Patienten nach ihrer Entlassung wieder aufgenommen wurden. „Mehrfachaufnahmen“ in Stadtroda sind nur aus den Akten zu entnehmen und betrafen 11.7% (9 Pat.) der Patienten, deren Akten vorhanden sind. Die durchschnittliche Verweildauer bei Mehrfachaufnahmen liegt bei 238 Tagen. Sie wurden in Tab. 11 miteinbezogen.

Von 34 Männern wurde die Verweildauer ihren Karteikarten entnommen.

¹⁰⁴ BstU, AOP 613/66, Bd.I, S. 6: Unterredung vom 7.11.1964 mit dem Maschinenmeister, der Augenzeuge von „Abspritzungen“ in der LHA Stadtroda und Abtransport von Patienten gewesen sein soll.

¹⁰⁵ BstU, AOP 613/66, Bd.I, S. 8 : Bericht über Unterredung mit Handwerker über Patiententransport nach Zschadraß

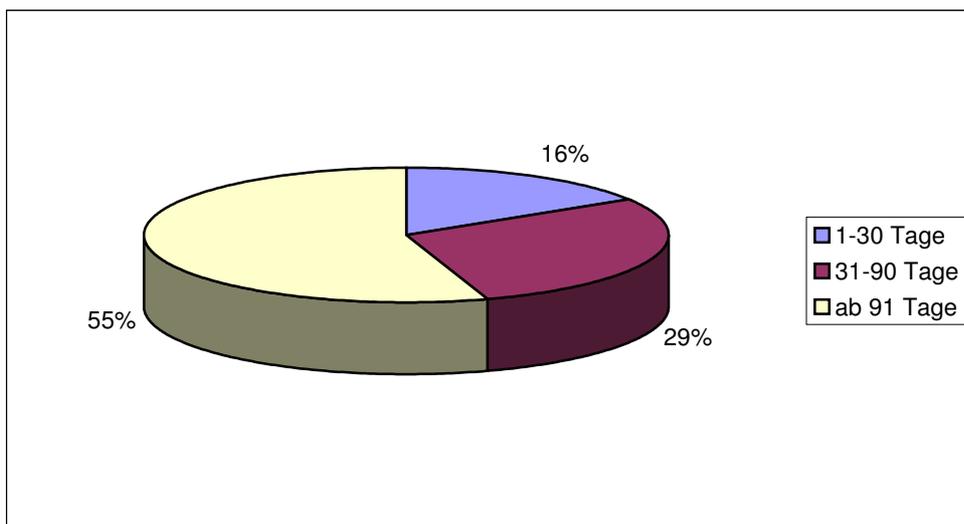
¹⁰⁶ Ebd., S. 9.

Tab. 11: Aufenthaltsdauer der Patienten in der LHA Stadtroda in Tagen

Jahr der Verlegung	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
1939	24	2109	304	120
1940	1	739	208	117,5
1941	2	201	75	58
1942	6	1130	134	92
1943	3	524	165	119,5
1944	8	354	104	67
1945	13	346	125	86,5

Wie zu erwarten, ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den LHA Stadtroda wesentlich höher als in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität. In den Jahren 1939 bis 1943 lag der Mittelwert in Jena zwischen 56 und 85 Tagen. 1944 betrug die durchschnittliche Verweildauer in Jena 102,5 Tage, der Median 77,5 Tage. Durch die „Langzeitpatienten“, die im Kap. 5.1.6 erwähnt und erst nach Kriegsende nach Stadtroda verlegt wurden, lag in diesem Jahr der Mittelwert der Aufenthaltsdauer in Jena mit 295 Tagen mehr als doppelt so hoch wie in Stadtroda. Der Median betrug 1945 in Jena 80,5 Tage.

Abb. 13: Aufenthaltsdauer der Patienten Stadtroda zwischen 1939 und 1945



Verglichen mit der Verweildauer in Jena waren die Aufenthalte in der LHA überwiegend Langzeitaufenthalte über 91 Tage, was für eine Heil- und Pflegeanstalt sicher nicht ungewöhnlich ist. Der Anteil der „Kurzzeitpatienten“ ist hingegen sehr gering. Der Aufenthalt dieser Patienten in Stadtroda wurde bei dem überwiegenden Teil durch ihren Tod beendet.

5.1.2.2 Meldebögen

Zur „planwirtschaftlichen Erfassung“ der Patienten aller Heil- und Pflegeanstalten wurden ab 9.10.1939 vom Reichsinnenministerium Meldebögen verschickt, die u.a. nach Angaben zur Diagnose, Aufenthaltsdauer und Arbeitsfähigkeit der Patienten fragten¹⁰⁷. Die Organisation der Erfassung oblag der eigens dazu gegründeten „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ (RAG)¹⁰⁸.

Erfasst werden sollten Patienten, die

1. an einer der nachstehenden Krankheiten erkrankt waren und allenfalls mit mechanischen Arbeiten zu beschäftigen waren¹⁰⁹: Schizophrenie, Epilepsie (wenn exogen, Ursache angeben), Schwachsinn jeder Ursache, senile Erkrankungen, therapierefraktäre Paralyse und andere Lues-Erkrankungen, Enzephalitis, Huntington oder andere neurologische Endzustände;
2. sich mehr als fünf Jahre dauernd in Anstaltspflege befanden;
3. als kriminelle Geisteskranke verwahrt wurden;
4. die nicht deutschen oder artverwandten Blutes oder Ausländer waren¹¹⁰

Die ausgefüllten Meldebögen wurden nach Berlin zurückgeschickt und dort drei Ärzten zur Begutachtung vorgelegt. Anhand dieser Grundlage entschieden die „ärztlichen Gutachter“ durch ein Pluszeichen (für Tötung) oder ein Minuszeichen (für Leben lassen) über Leben und Tod der Anstaltsinsassen. Ein „Obergutachter“ fällte das endgültige „Urteil“. Die „RAG“ erstellte Patientenlisten, die an die Heil- und Pflegeanstalten versandt wurden mit der angeblichen Anordnung des Reichsverteidigungskommissars, die benannten Patienten zur Verlegung vorzubereiten¹¹¹. Die Weiterverlegung erfolgte durch die ebenfalls eigens zu diesem Zweck gegründete „Gemeinnützige Kranken Transport G.m.b.H.“(GEKRAT).¹¹²

¹⁰⁷ Aly, 1989, S. 11.

¹⁰⁸ Trus, 1995, S. 93.

¹⁰⁹ Ebd., S. 94.

¹¹⁰ Platen-Hallermund, 1993, S. 59-60.

¹¹¹ Aly, 1989, S. 11.

¹¹² Trus, 1995, S. 93.

Wie aus dem Vernehmungsprotokoll vom 23.3.1964 des Mitglieds der „RAG“, Dr. Otto Hebold, hervorgeht, führte er 1941 und 1942 Dienstreisen in die verschiedensten Anstalten durch, wo er an Ort und Stelle selbst überprüfte, inwieweit die Insassen weiterhin als arbeits- und lebensfähig angesehen werden konnten.¹¹³ Dabei besuchte er 1941¹¹⁴ und 1942 auch in die Anstalt Stadtroda.¹¹⁵ Er gab zu Protokoll, dass er mit seinen zwei Kollegen bei seinem zweiten Besuch in der Anstalt Stadtroda eine ganze Menge Meldebögen zu ergänzen gehabt habe, da zwischenzeitlich von der Universitätsklinik Jena wieder neue Geisteskranke eingeliefert worden seien. Es habe sich zum größten Teil um Pflegefälle gehandelt, sodass eine erhebliche Anzahl der von ihnen erfassten Insassen im Sinne der „Verlegung“ der Zentrale „T4“ eingeschätzt werden mussten. „Ausgehend davon, dass Stadtroda sehr viele Endzustände aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena aufnehmen musste, war im Grunde genommen die Anzahl der zur ‚Verlegung‘ vorgesehenen Kranken unverhältnismäßig höher als in anderen Anstalten.“¹¹⁶ Die Begutachtungen erfolgten nach dem offiziellen „T4“-Stopp. Wahrscheinlich war jedoch eine Weiterführung der „Aktion T4“ geplant. Die „Verlegung“ wäre gleichbedeutend gewesen mit der späteren Zuführung in eine der fünf bestehenden Tötungsanstalten der „RAG“.¹¹⁷

Ein Brief von Gerhard Kloos, dem Leiter der LHA Stadtroda, gibt Zeugnis davon, dass er und seine Mitarbeiter Meldebögen ausfüllten und an das Reichsministerium des Innern übersandten. In dem Brief dementiert Kloos Anschuldigungen eines „ärztlichen Gutachters“, er sei nachlässig mit dem Ausfüllen der Meldebögen verfahren. Am 28.3.1940 und 11.5.1940 habe er 143 und 175 Meldebögen übersandt.¹¹⁸ Insgesamt wurden bis März 1941 432 Meldebögen ausgefüllt und an das RmdI Berlin sowie im Durchschlag an das Thür. Landesamt für Rassewesen verschickt. Bis 1944 wurden in Stadtroda mindestens 700 Meldebögen ausgefüllt.¹¹⁹

Der bislang einzige bekannte Transport in die Zwischenanstalt Zschadraß erfolgte am 4.9.1940 mit 61 Patienten. Ein Patient kehrte zurück. Für 60 Patienten kann anhand von Aussagen der Zeitzeugen und Dokumenten eine Weiterverlegung von Zschadraß in die Tötungsanstalt Pirna im September und Oktober 1940 angenommen werden, was den Gastod der Patienten meist noch am gleichen Tag bedeutete.¹²⁰

¹¹³ BStU, AOP 613/66, Bd.I, S.200 : Auszug aus dem Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 23.3.1964.

¹¹⁴ BStU, AOP 613/66, Bd.I, S.213: Auszug aus dem Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 3.8.1964.

¹¹⁵ BStU, AOP 613/66, Bd.I, S.216 : Auszug aus dem Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 10.8.1964.

¹¹⁶ BStU, AOP 613/66, Bd.I, S.214 : Auszug aus dem Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 3.8.1964.

¹¹⁷ BStU, AOP 613/66, Bd.I, S.210 : Auszug aus dem Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 3.8.1964.

¹¹⁸ BStU, AOP 613/66, Bd.I, S. 170: Schreiben vom 23.7.1941 von Kloos an das ThMdl.

¹¹⁹ Renner, 2004, S. 60 u.S. 61.

¹²⁰ Renner, 2004, S. 62- S. 66.

In 17 untersuchten Krankenakten liegen die Durchschriften der Meldebögen bei. Es handelt sich dabei um Patienten, die zwischen 1940 und 1943 nach Stadtroda verlegt wurden. In den Akten von 1939, 1944 und 1945 befinden sich keine Meldebögen.

Auf den Karteikarten gibt es zwischen 1939 und 1943 Hinweise, dass von einigen Kranken Meldebögen ausgefüllt wurden. Der Vermerk lautet: „Meldebogen Nr., Reichsm. Berlin“.

Die Nummern der Meldebögen sind in allen 15 vermerkten Fällen dreistellig.

Tab. 12: Vorhandene Meldebögen in den Krankenakten und Vermerke auf Karteikarten über erstellte Meldebögen

Verlegungsjahr	1939	1940	1941	1942	1943	gesamt
Anzahl der Meldebögen	4	9	2	10	7	32

Die Diagnose von 20 der betroffenen gemeldeten Patienten lautete „Schizophrenie“, weitere vier Männer litten unter genuiner Epilepsie. Des Weiteren kamen folgende Diagnosen vor: „progressive Paralyse“ (2 Patienten), „Schizophrenie/Epilepsie“, „Z.n. Enzephalitis/V.a. Schizophrenie“, „hysterische Psychose“, „epileptische Anfälle mit Dämmerzuständen“, „Pick’sche Atrophie“ und die Diagnose „Schwachsinn mit traumatischer Epilepsie“.

5.1.2.3 Heirats- und Geburtsurkunden

In Stadtroda war es üblich, alle Patienten polizeilich an- und abzumelden und von ihrer Heimatgemeinde die Geburts- sowie bei Patienten in heiratsfähigem Alter auch die Heiratsurkunde anzufordern. Der polizeilichen Meldung lag das Rundschreiben des ThMdI vom 15.2.1933 zugrunde.¹²¹ Dieser Erlass über die Vereinheitlichung des Formularwesens der Heil- und Krankenanstalten schrieb im aufgeführten Unterpunkt „Standesamtliche Nachrichten“ nicht die Anforderung der Geburts- und Heiratsurkunden vor.¹²²

¹²¹ ThHStAW, ThMdI E 955, Bl.59r: Rundschreiben des ThMdI an die Heil- und Krankenanstalten vom 15.2.1933 über die Vereinheitlichung des Formularwesens.

¹²² Ebd., Bl.60r.

Die Geburtsurkunde wurde jedoch benötigt, um im Falle des Todes des Patienten entsprechende Amtshandlungen vor Ort zu regeln. Bei der Anforderung der Dokumente wurde gleichzeitig ein Personalfragebogen über den Patienten verlangt.

In der Regel waren polizeiliche An- und Abmeldungen in allen Patientenakten vorhanden.

Im Falle von 50 Personen enthalten die Krankenakten zwischen 1939 und 1945 Durchschläge einer Geburts- und Heiratsurkunde. In vier Akten ist nur die jeweilige Heiratsurkunde zu finden.

Der Anteil an vorhandenen Geburts- und Heiratsurkunden liegt zwischen 31% (1941) und 80% (1943).

5.1.2.4 Weiterverlegung und Entlassung

Von 122 der 187 zwischen 1933 und 1945 verlegten Patienten ist dokumentiert, wie der Aufenthalt in Stadtroda endete. Aus der LHA entlassen wurden mindestens 38 Patienten, weitere 33 wurden in andere Einrichtungen weiterverlegt. 51 Patienten verstarben nachweislich in Stadtroda.

Der Anteil der Patienten, die im Zeitraum 1939 bis 1945 verlegt wurden und in Stadtroda zu „Kurzzeitaufenthalten“ weilten, ist der geringste und endete in vielen Fällen mit dem Tod in der LHA. Elf der 18 betroffenen Männer (= 61,1%) verstarben dort nach einer Verweildauer von drei bis 26 Tagen.

Bei den Patienten mit mittelfristiger Verweildauer von 31 bis 90 Tagen endete der Aufenthalt in 22% der Patienten in dieser Kategorie mit dem Tod.

Patienten, die länger als 90 Tage in Stadtroda verweilten und einen Anteil von mehr als der Hälfte ausmachen, starben zu 36,1%.

Auffallend ist, dass es besonders bei den „Kurzzeitpatienten“, in geringerem Maße auch bei den „Langzeitpatienten“, viele Todesfälle gibt. Das Schicksal der aus Stadtroda weiterverlegten Personen konnte nicht verfolgt werden. In Einzelfällen erfolgte eine Wiederaufnahme in Stadtroda in späteren Jahren.

Wenn nicht anders in Tab. 13 erwähnt, handelt es sich um Weiterverlegungen in andere Heil- und Pflegeanstalten sowie in Pflege- oder Kinderheime.

Zwischen 1937 und 1945 ist ein Anstieg der Todesfälle unter den Verlegten zu verzeichnen. Von den 1940 Verlegten verstarb ein Viertel der Patienten in Stadtroda. In den Folgejahren endete der Aufenthalt in der LHA schon für mehr als jeden dritten Kranken mit dem Tod. Besonders drastisch ist die Sterberate unter den Männern, die im Jahre 1945 in die Heil- und Pflegeanstalt gebracht

wurden. Höchstens fünf der 16 Kranken, die 1945 nach Stadtroda verlegt wurden, überlebten den Aufenthalt.

Tab. 13: Überblick über Anteil und Anzahl von Sterbefällen, Entlassungen nach Hause und Weiterverlegungen in den Verlegungsjahren 1937 bis 1945

Jahr	Entlassungen		Weiterverlegungen nach		Sterbefälle		Verbleib unbek.	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1937	?		?		1	33,3	2	66,6
1938	?		Zschadraß (1), Cumbach (1)	5,9	3	8,8	29	85,3
1939	9	45	Pfafferoode (1), Ebersdorf „Sonnenscheinheim“ (1), Gera-Tinz (1), Georgenthal (1), Blankenburg (1)	25	1	5	5	25
1940	11	33,3	Frankenhausen (1), Gera-Tinz (3) Untergöltzsch (1), Gießen (1), Treysa (1),	21,2	9	27,3	6	18,2
1941	3	23,1	Stelzen (1), Gera-Tinz (1)	15,4	5	38,5	3	23,1
1942	6	26,1	Erziehungsheim Fischhaus (1), Langenhain (3), Gera-Tinz (2), Stelzen (1)	30,4	8	34,8	2	8,7
1943	6	27,3	Pfafferoode (2), „in Heimat zurückverlegt“ (1), Cumbach (1), Gera-Tinz (1),	22,7	8	36,4	3	13,6
1944	3	27,3	Krankenhaus Eggendorf (1), Gera-Tinz (1), Hildburghausen (1)	27,3	5	45,4	0	0
1945	1	6,25	Berlin (1) am 22.9.45, Gera-Tinz (1) am 19.6.45	12,5	11	68,7	2	12,5
ges.	38		33		51		52	

Aus den Verlegungsjahren 1933 bis 1936 konnte von keinem Patient das Schicksal verfolgt werden. Der 34-jährige Oswin W. mit der Diagnose „Schizophrenie“ wurde nach siebenmonatigem Aufenthalt in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena am 22.2.1938 in die LHA Stadtroda verlegt. Seine Akte aus Stadtroda ist nicht vorhanden. Am 4.9.1940 wurde der Bäcker aus Sulzbach weiterverlegt nach Zschadraß. Die Akte des Zschadraßer Aufenthalts, die sich im Bestand „R179“ der Euthanasie-Opfer im Bundesarchiv Berlin befindet, enthält keine Pfleger- oder Arztberichte. Ein ärztliches Gutachten zum Rentenantrag für die LVA Thüringen dokumentiert, dass sich sein Zustand voraussichtlich in absehbarer Zeit nicht ändern würde. Zwei vorhandene Briefe von Kihn bzw. des stellvertretenden Direktors der LHA Schenk an den Vater des Patienten beschreiben ihn als „unbeteiligt, misstrauisch und mürrisch“, hin und wieder helfe er bei der Hausarbeit. Am 18.9.1940 wird Oswin W., vermutlich mit weiteren 22 Stadtrodaer Patienten¹²³, aus Zschadraß „verlegt in eine andere Anstalt“¹²⁴, womit die Tötungsanstalt Pirna/Sonnenstein gemeint war.

5.1.2.5 Verstorbene Patienten

Wie viele der von Jena nach Stadtroda verlegten Patienten letztendlich in Stadtroda oder einer nachfolgenden Anstalt verstorben sind, ist nicht zu klären. Neun Patienten, deren Krankenblätter nicht vorliegen, sind auf der im Archiv Stadtroda vorhandenen „Todesursachenliste“ verzeichnet. Von einem Patienten ist der Tod durch das Sargverzeichnis dokumentiert.

Aus den Verlegungsjahren 1933 bis 1938 sind nur folgende Schicksale bekannt: Paul G., dessen Verlegung aus Jena nach Stadtroda am 11.6.1937 stattfand, verstarb am 5.1.1938 37-jährig infolge „Kreislaufschwäche bei traumatischer Demenz“¹²⁵. Weitere drei Kranke, die 1938 von Jena nach Stadtroda verlegt wurden, verstarben zwischen November 1939 und September 1940 in Stadtroda.

Von 47 der 138 Patienten, die in den Jahren 1939 bis 1945 in die LHA Stadtroda verlegt wurden, ist der Tod anhand von Krankenakten, Todesursachenlisten oder dem Sargverzeichnis nachweisbar. Dies entspricht einem Anteil von 34% der Verstorbenen unter den aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena verlegten Patienten.

¹²³ Renner, 2004, S. 65.

¹²⁴ BAB, Bestand R179, Akte 7790.

¹²⁵ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2331.

Tab. 14: Todesfälle der aus Jena verlegten Patienten in Stadtroda zwischen 1938 und 1946

Verlegungs- jahr	Ver- legte	Todesjahr	Verstorbene	Nachweis durch Akte	Nachweis durch Todes- ursachenliste	Nachweis durch Sarg- verzeichnis
1938	34	1938	1	1	-	-
1939	20	1939	1	1	-	-
1940	33	1940	8	6	1	1
1941	13	1941	5	5	-	-
1942	23	1942	7	6	1	-
1943	22	1943	7	6	1	-
1944	11	1944	6	4	2	-
bis April 1945	-	bis April 1945	2	2	-	-
ab Mai 1945	16	ab Mai 1945	11	7	4	-
1946	-	1946	3	2	1	-
gesamt	172	gesamt	51	40	10	1

Die Sterberate der Abt. Psychiatrie der Thüringischen Landesheilanstalten Stadtroda erhöhte sich seit 1935 sprunghaft und erreichte 1940 ein Maximum von 23,5%. Bereits seit 1935 wurden als „unheilbar“ psychisch krank eingestufte Patienten in Stadtroda unzureichend ernährt und übermäßig mit Medikamenten ruhig gestellt, wodurch sich der Allgemeinzustand der Patienten stetig verschlechterte.¹²⁶ Ein Aktenvermerk im ThMdI im Juli 1935 kündigte eine Umgestaltung des „Irrenwesens“ in Thüringen an, was durch Einsparungen in der Bewahrung von Geisteskranken erreicht werden sollte. Unkosten für unheilbar Kranke sollten auf ein Mindestmaß herabgesetzt werden.¹²⁷

Verglichen mit anderen Anstalten war die Sterberate 1940 in Stadtroda erstaunlich hoch. Eine Sterberate von über 20% verzeichneten während der NS-Zeit bis auf wenige Ausnahmen nur die

¹²⁶ Renner, 2004, S. 53-59.

¹²⁷ ThHStAW, ThMdI, E1072, Aktenvermerk vom 31.7.1935.

Sterbe- oder Tötungsanstalten.¹²⁸ Hinzu kommt, dass von den ab 1939 aus Jena verlegten Patienten Dokumentenmaterial ausgiebiger vorhanden ist.

Tab. 15: Anteil der aus Jena verlegten Patienten an der Sterberate der psychiatrischen Abteilung der LHA Stadtroda

Jahr	Todesfälle der aus Jena verlegten Patienten	Todesfälle der psychiatrischen Abt. des LHA gesamt¹²⁹	Anteil der Todesfälle der aus Jena verlegten Patienten an Todesfällen der psychiatrischen Abt. der LHA
1933-1937	unbekannt	unbekannt	unbekannt
1938	1	113	0,9%
1939	1	120	0,8%
1940	8	226	3,5%
1941	5	187	2,7%
1942	7	119	5,9%
1943	7	148	4,7%
1944	6	108	5,6%
1945	13	161	8,1%
ges.	48	1182	4,1%

Überdurchschnittlich viele Kranke aus der Nervenklinik Jena verstarben 1945 in Stadtroda, sie machen über 8% aller Todesfälle dieses Jahres in der psychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Stadtroda aus. Aus den Akten der Patienten, die erst nach der Befreiung durch die Amerikaner verstarben, geht hervor, dass Marasmus und Kachexie zum Tod vieler Patienten beitrugen. Dies betraf 1945 und 1946 nachweislich über 36% der bis 1945 aus Jena verlegten Verstorbenen. Grund für diese Krankheiten waren die schlechte allgemeine Nahrungsmittelversorgung während und unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg, was die Heil- und Pflegeanstalten besonders betraf. Bereits zu Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde in Stadtroda der Verköstigungssatz von 58 Rpfg. auf 46 Rpfg. herabgesetzt. Die Anstaltsdirektoren

¹²⁸ Faulstich, 1998, S. 584.

¹²⁹ Renner, 2004, S. 69.

wurden in einem Brief des Rechnungshofs des Deutschen Reiches aufgefordert, Geisteskranke u.a. nicht mehr mit Butter und Weißbrot zu versorgen und eine „Sonderkost für geistig niedergeführte Kranke“ einzuführen.¹³⁰ In einem Brief an das ThMdI von 1940 erstattete Kloos Bericht über die Folgen der Einschränkung der Ernährung der Geisteskranken. Sie habe zu einer Gesamtgewichtsabnahme der Patienten von insgesamt 5.300 Pfund geführt. Die Zahl der Sterbefälle sei im ersten Vierteljahr 1940 im Vergleich zum Vorjahr auf das Dreifache gestiegen.¹³¹

Während des Krieges wurde die Todesursache „Marasmus senilis, Herz-Kreislaufschwäche“ bei einem 79-jährigen Patienten mit Arteriosklerose nur ein einziges Mal im Jahr 1942 angegeben.¹³²

5.1.2.5.1 Diagnosen der Verstorbenen

Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ stellen den überwiegenden Anteil unter den Verstorbenen (34,7% = 16 Pat.). Sieben (15,2%) der verstorbenen Patienten litten unter metaluetischen Krankheitsbildern wie Tabes dorsalis, Taboparalyse und progressiver Paralyse. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Diagnosen der Verstorbenen in den Jahren 1938-1946.

Tab. 16: Diagnosen der bis 1945 Verlegten und bis 1946 Verstorbenen

Diagnose	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	ges.
Schizophrenie			7	2		1	2	8	2	22
Metalues				1	1	2	1	2		7
gen. Epilepsie			1	1				1		3
traumat. Epilepsie								1		1
Arterioskle- rosis cerebri					1	2			1	4
Schwachsinn					2		1			4
Sonstige	1	1		1	3	2	2	1		10
gesamt	1	1	8	5	7	7	6	13	3	51

¹³⁰ Faulstich, 1998, S. 527-528.

¹³¹ BStU, AOP 613/66, Beiakte Bd.II, S.61: Schreiben von Kloos an das ThMdI vom 12.4.1940 über die Folgen der Einschränkung der Ernährung der Geisteskranken in der LHA Stadtroda.

¹³² UAJ, KB der PKJ, Nr. 39244.

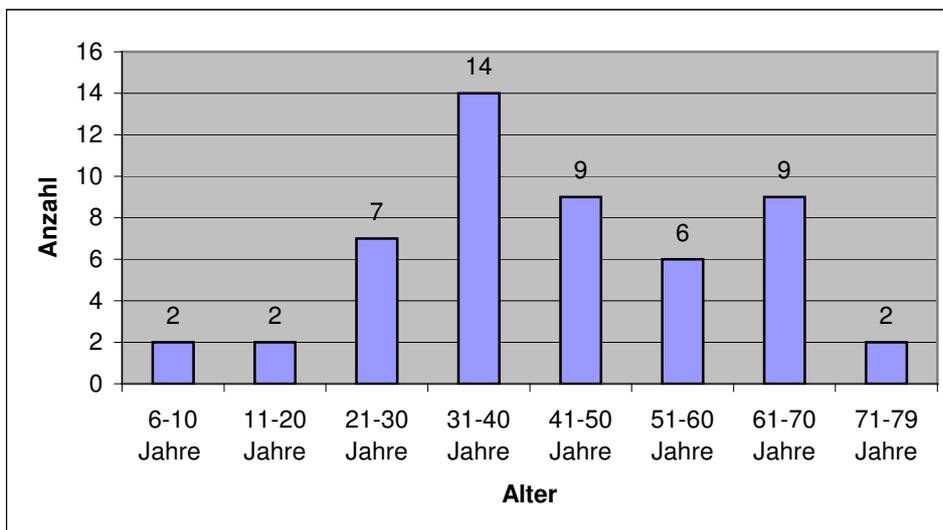
Bei Diagnosen, die unter „Sonstige“ zusammengefasst werden, handelte es sich bei sechs Kranken um unklare oder Verdachtsdiagnosen. Weitere vier Patienten litten unter „traumatischer Demenz“ (1938), „Psychopathie“ (1939), „Verwirrheitszustand“ (1942) und „postenzephalitischem Parkinsonismus“ (1943).

5.1.2.5.2 Alter und Todesursachen

Das Alter der verstorbenen männlichen Patienten lag zwischen sechs und 79 Jahren.

Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ waren bei ihrem Tod zwischen 19 und 54 Jahren alt. Die drei jüngsten Patienten, deren „Krankheit“ unter der Diagnose „Schwachsinn“ bzw. bei dem bereits beschriebenen Kind Herbert „Z. n. Enzephalitis mit Charakterveränderungen“ eingeordnet wurde, starben im Alter von sieben, acht und 16 Jahren. Sie verstarben an „Pneumonie bei Debilität“ (Rudolf H., 16 J., Tod im Februar 1942), „Herz- und Kreislaufschwäche“ (Günther S., acht J., Tod im August 1944) und „Pneumonie“ (Herbert L., sieben J., Tod im Januar 1945). Patienten mit „Spätlues“ waren 37 bis 69 Jahre alt. Die an Jahren älteste Gruppe mit 63 bis 79 Jahren war die der Männer mit Arteriosklerose.

Abb. 14: Alter der verstorbenen Patienten



Abweichend von der Altersstruktur aller verlegten Patienten ist bei den Verstorbenen die relativ hohe Anzahl von Patienten im Alter von 61 bis 70 Jahren auffallend. Es handelt sich hierbei um acht Patienten, deren angegebene Todesursache bis auf eine Ausnahme als „Herz- und Kreislaufschwäche“ angegeben wurde. Unter dieser Bezeichnung sind die Todesursachen „Herzschwäche“, „Versagen der Herztätigkeit“, „Herzkollaps“ und „Herz- und Kreislaufschwäche“ im Rahmen der Untersuchung zusammengefasst. Einmal wurde „Taboparalyse“ als Todesursache

genannt. Bei vier Patienten dieser Gruppe bestand die Diagnose „Arteriosklerose“, zwei Personen hatten luetische Spätsymptome, ein Patient litt an epileptischen Anfällen und Dämmerzuständen und ein weiterer unter genuiner Epilepsie.

In den Krankenakten sind DIN A5 große Vordrucke enthalten, auf denen u.a. die Todesursache eingetragen wurde. Unterschrieben wurden diese Scheine vom Pflegepersonal bzw. von Ärzten. Aus teilweise vorhandenen Arzt- und Pflegeberichten ging meist ebenfalls die Todesursache hervor. Pflegeberichte waren in den vorwiegend lückenhaft geführten Krankenakten häufig nicht vorhanden oder endeten bereits einige Zeit vor Versterben des Patienten.

Beim Studium der Akten sind inhaltliche Parallelen bei verschiedenen Patienten in dem von Ärzten und Pflegern dokumentierten Krankheitsverlauf auffallend. Mehrfach wurden Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen als „gewalttätig“ und „gemeingefährlich“ bezeichnet.

Die Patienten wurden bei ihrer Aufnahme in Stadtroda meist einer körperlichen Untersuchung unterzogen, deren Befund in den Akten festgehalten wurde. In allen bekannten Fällen sind keine pathologischen Auffälligkeiten in Bezug auf Herz- und Lungenfunktion festgestellt worden, auch nicht, wenn Patienten mit unterschiedlichsten Diagnosen kurze oder längere Zeit später an „Herz- und Kreislaufschwäche“ verstarben.

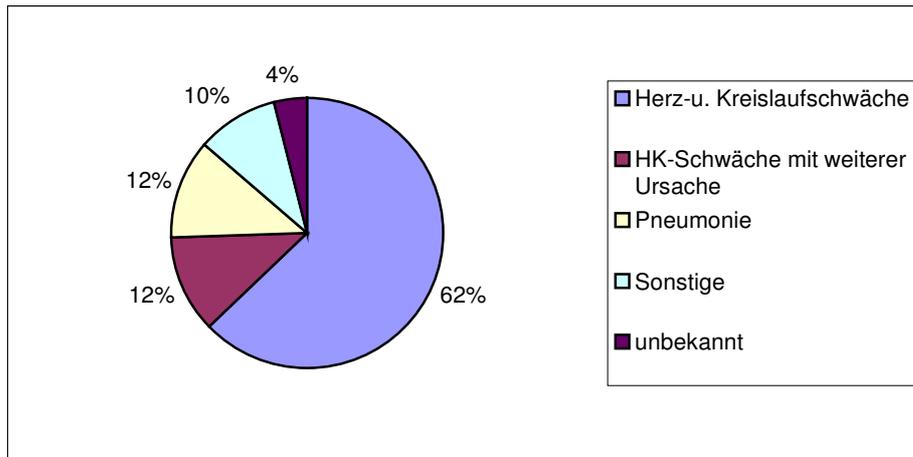
In 63% der Fälle wurde „Herz- und Kreislaufschwäche“ als alleinige Todesursache angegeben. Es ist ein gehäuftes Vorkommen dieser Todesursache in allen Alters- und Diagnosegruppen feststellbar. Zusätzlich wird dieser Grund in Verbindung mit einer weiteren Ursache genannt, wie Marasmus, Lungentuberkulose, Wangenfurunkel und Wassersucht. Diese Kombinationen der Todesursachen betrafen weitere 13% der Verstorbenen.

Pneumonie war bei sechs Patienten (11,8%) dokumentierter Grund des Versterbens. Keiner dieser Patienten wurde nachweislich mit dem seit 1938 zur Verfügung stehenden Sulfonamid „Eubasinum“ behandelt. Der Grund der Verwahrung bei drei dieser Patienten war „Schizophrenie“, ein 17-jähriger Arbeiter litt unter „Debilität/Pfropfschizophrenie“ und ein Kranker verstarb mit der Diagnose „genuine Epilepsie“. Auch das Kind Herbert L. mit der Diagnose „Z. n. Enzephalitis mit Charakterveränderungen“ verstarb angeblich aufgrund einer „Pneumonie“ (s. Kap.5.1.2.5.7).

Die Todesursachen, die im folgenden Diagramm als „Sonstige“ bezeichnet werden, waren bei jeweils einem Patienten Lungentuberkulose, Tod durch Erhängen, Marasmus mit Lungengangrän, Taboparalyse und Apoplex.

Von einem 31-jährigen Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ ist die Todesursache unbekannt.

Abb. 15: Verteilung der Todesursachen



Die Verteilung der Todesursachen unter den aus Jena verlegten Patienten stimmt in etwa mit der aller Patienten der LHA Stadtroda in den Jahren 1938 bis 1945 überein. Bei dem überwiegenden Teil der Verstorbenen trat der Tod infolge von Herzversagen ein. Pneumonie war die zweithäufigste Todesursache.¹³³

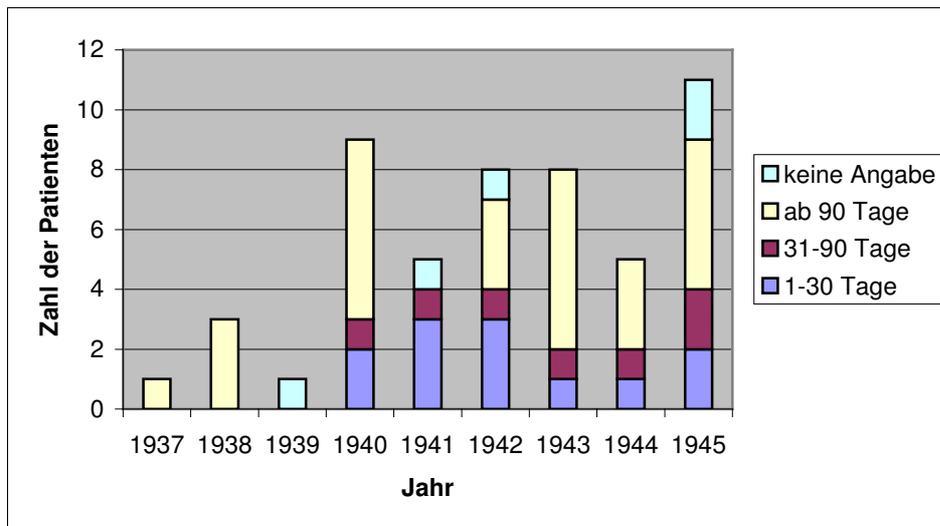
5.1.2.5.3 Stationäre Verweildauer

Um darstellen zu können, inwiefern eine bestimmte Patientengruppe im Hinblick auf die gesamte Hospitalisierungszeit unter den verstorbenen Patienten herausragend ist, wurde die Aufenthaltsdauer in Jena und Stadtroda betrachtet. Mehrfachaufnahmen in Jena oder Stadtroda wurden dabei vorerst außer Acht gelassen und abschließend getrennt betrachtet.

Von 38 Patienten der 51 in Stadtroda verstorbenen Patienten ist sowohl die Aufenthaltsdauer in Jena als auch die in Stadtroda bekannt. Von drei Kranken finden sich nur in den Jenaer Akten Angaben, sieben Verstorbenen haben eine Eintragung lediglich in der Stadtrodaer Akte. Bei drei Patienten fehlt in beiden Fällen die Angabe.

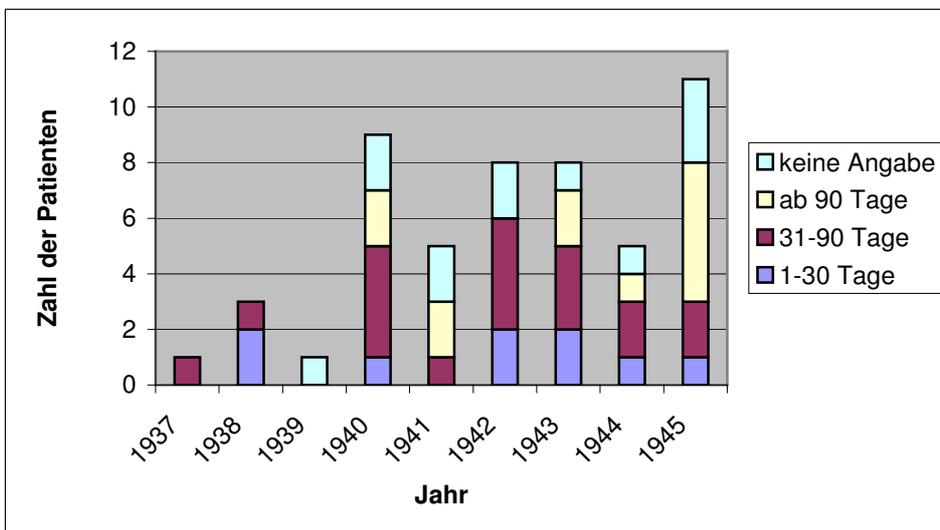
¹³³ Vgl. Renner, 2004, S. 75.

Abb. 16: Aufenthaltsdauer in Stadtroda der dort verstorbenen Patienten nach Verlegungsjahr



Der Anteil an verstorbenen „Langzeitpatienten“ in der LHA Stadtroda mit mehr als 90 Tagen Aufenthalt ist in fast allen Jahren überwiegend. Allerdings fällt auf, dass in den Jahren 1940 bis 1942 die Patienten bereits nach kürzerem Aufenthalt in Stadtroda verstarben.

Abb. 17: Aufenthaltsdauer in Jena der in Stadtroda Verstorbenen



In Jena hatten die Verstorbenen, abgesehen von den Jahren 1941 und 1945, überwiegend mittellange Aufenthaltsdauern. Nicht zu vernachlässigen ist ein relativer Anteil von 23,9% an mehrfach in Jena aufgenommenen Patienten, der in der Abbildung beinhaltet ist und alle drei

Kategorien der Verweildauer betrifft. Er schwankt zwischen 55,6% Mehrfachaufnahmen 1940 und 0% 1944. In den übrigen Jahren beträgt er zwischen 10% und 25%.

Auffallend ist ebenfalls die große Zahl an verstorbenen Langzeitpatienten, die 1945 nach Stadtroda verlegt wurden. Dieser Anteil ist in etwa identisch mit dem Anteil an Verlegungen von Langzeitpatienten im Jahr 1945. Sie verstarben erst nach Kriegsende.

Tab. 17: Angaben zur Gesamthospitalisierungsdauer der Verstorbenen in Jena und Stadtroda in Tagen

Jahr	Minimum (Tage)	Maximum (Tage)	Mittelwert (Tage)	Median (Tage)
1938	390	916	682	739
1939	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt
1940	84	867	373	310
1941	90	208	149	150
1942	20	1136	265,5	106
1943	53	564	247	262
1944	99	436	241,5	215,5
1945	69	1750	466	197

Paul G., der 1937 verlegt wurde, verbrachte insgesamt 872 Tage in beiden Krankenhäusern, bevor er in Stadtroda starb. 663 Tage befand er sich davon in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena.

Die Gesamthospitalisierungsdauer aller Patienten zeigt eine weite Spanne mit einer minimalen Dauer von fast drei Wochen und einer maximalen Dauer von knapp fünf Jahren. Alle drei verstorbenen Kranken, die 1938 verlegt wurden, weisen Hospitalisierungen in Stadtroda zwischen elf Monaten und zweieinhalb Jahren auf. Sie starben zwischen November 1939 und September 1940. Ihr Jenaer Aufenthalt betrug nur zwischen 13 und 161 Tagen.

Wie die Mittelwerte und Mediane der einzelnen Jahren zeigen, befanden sich die Patienten vor ihrem Tod ca. 3,5 bis 22 Monate in dauernder Anstaltsbehandlung, lässt man die Jahre 1942 und 1945 außer Betracht. In diesen Jahren weichen die Mittelwerte aufgrund der hohen Maxima stark vom Median ab.

Aus dieser Betrachtung resultiert nicht, dass gehäuft Patienten mit längeren Hospitalisierungen verstarben. Wie bereits erwähnt, ist ein Versterben der Patienten nach nur kurzer Aufenthaltsdauer in der LHA in den Jahren 1940 bis 1942 auffallend.

5.1.2.5.4 Schlechtmeldungen

Die sog. Schlechtmeldungen waren kurze Informationen, die zumeist an die nächsten Angehörigen verschickt wurden, um sie über ein zu erwartendes Ableben ihres Verwandten in Kenntnis zu setzen. In acht Akten sind Durchschläge dieser Briefe vorhanden, die von Direktor Kloos unterzeichnet sind. Eine Akte beinhaltet den Hinweis darauf, dass keine Schlechtmeldung verschickt werden konnte, da die Angehörigen nicht zu ermitteln waren. Die erste vorhandene Schlechtmeldung war vom 17.9.1940 datiert. Drei Nachrichten stammen aus dem Jahr 1941, weitere drei aus dem Jahr 1942 und eine aus dem Jahr 1945. In den Jahren 1940 bis 1942 waren die Briefe zwischen einem und vier Tagen vor dem Tod des Patienten datiert. Der Brief von 1945, der im November geschrieben wurde, wurde fast einen Monat vor dem Todestag des Patienten datiert.

Eine der Benachrichtigungen aus dem Jahr 1943 wurde an das Wohlfahrtsamt Mühlhausen geschickt, das zuvor die Verlegung des 53-jährigen Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ nach Pfafferoode ankündigt hatte. Kloos gab zur Antwort, es könne mit dem baldigen Ableben des Patienten gerechnet werden. Der Patient verstarb zwölf Tage später an „Herzschwäche“. Die Benachrichtigung an das Wohlfahrtsamt trägt das Datum des 17.7.1943, an diesem Tag dokumentiert der Pflegerbericht: „muß im Bett gehalten werden, da Patient alles mögliche verschlingt“.¹³⁴

5.1.2.5.5 Meldebögen, Heirats- und Geburtsurkunden

Wie bereits in Kap. 5.1.2.2 dargestellt, dienten die Meldebogen der „planwirtschaftlichen Erfassung“¹³⁵ aller Insassen von Heil- und Pflegeanstalten. Sie unterstützten die Aktion „T4“ zur Selektion „lebensunwerten“ Lebens und den anschließenden Abtransport der Selektierten in Tötungsanstalten. Obwohl Hitler am 24.8.1941 das Ende der ersten Phase der „Euthanasie“ befahl,¹³⁶ sind auch in den nachfolgenden Jahren noch Kopien der Meldebögen in den Akten vorhanden.

¹³⁴ BAB, Bestand EVZ II, Karton 19, Akte 9.

¹³⁵ Aly, 1989, S. 11.

¹³⁶ Friedlander, 1997, S. 191.

In fünf Krankenakten von Verstorbenen aus den Jahren 1940, 1941 und 1943 liegen die Durchschläge der Meldebögen bei. Zwei Patienten, deren Krankenakten diese Durchschläge beinhalten, verstarben 1940 bzw. im Juli 1941 in Stadtroda vor dem „offiziellen Euthanasie-Stopp“. Ein weiterer Patient verstarb im September 1941 und zwei Patienten im Jahr 1943.

Von 32 Patienten sind Heirats- und Geburtsurkunden vorhanden. Die Krankenakten von vier Patienten enthalten keine Geburtsurkunden, ihnen liegen jedoch die Heiratsurkunden bei. In allen Akten der 1943 Verlegten befanden sich Heirats- sowie Geburtsurkunden.

5.1.2.5.6 Behandelnde Ärzte in Stadtroda

Die unterschiedlichen Unterschriften auf dem Krankenblatt nach dem Tode des Patienten lässt einen mehrmaligen Personalwechsel auf der psychiatrischen Männerstation vermuten. Nicht alle Arztberichte sind nach dem letzten Eintrag unterzeichnet.

Tab. 18: Ärzte, die zwischen 1938 und 1946 die Krankenberichte bis zum Tod der Patienten führten

Unterschrift	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	ges.
Aschenbrenner	1		3	1				1		6
Krämer					4			1		5
Brand								4		4
Schwalbe								1	2	3
Hielscher							1			1
Kloos			1	2	1	1				5
Jahnz						1				1
Schenk + o.g. Arzt				1		1		2		4
Kloos + o.g. Arzt			3	1	1	3	2			10
gesamt	1	0	7	5	6	6	3	9	2	39

Vor April 1945 tragen viele Patientenblätter zusätzlich nach dem Tod des Patienten die Unterschrift des Direktors Gerhard Kloos oder seines Vertreters Johannes Schenk. Bei fünf Verstorbenen wurde die Krankenakte nur von Kloos unterzeichnet. Diese Patienten starben infolge von „Herzschwäche“ (ein Pat.), „Kreislaufschwäche“ (zwei Pat.) oder „Herz- und Kreislaufschwäche“ (zwei Pat.). Die Diagnosen dieser Männer lauteten je zweimal „genuine Epilepsie“ und „progressive Paralyse“. Ein Patient litt unter „Arteriosklerosis cerebri“. Zwei dieser Patienten, Richard M. und Karl V., verstarben laut Akteneintrag „ganz plötzlich“¹³⁷. Bei zwei weiteren trat der „zunehmende Kräfteverfall“ und die körperliche Hinfälligkeit innerhalb von Tagen ein.¹³⁸ Der 38-jährige Max G. starb an „Herz- und Kreislaufschwäche“ nach einem „Status epilepticus“.¹³⁹ Mit Kloos und Schenk unterzeichneten u.a. die Ärzte Aschenbrenner, Krämer und Brand.

5.1.2.5.7 Fallbeispiele

Die Krankengeschichten der Verstorbenen weisen in vielen Fällen Unklarheiten auf, wie die folgenden Kasuistiken verdeutlichen.

1. Im Alter von 16 Jahren wurde Rudolf H. am 18.12.1941 von seiner Mutter in der Psychiatrischen und Nervenklinik Jena vorgestellt und dort aufgenommen mit der Diagnose „Debilität-/Pfropfschizophrenie“. Nach Angaben der Mutter sei ihr Sohn seit einer Woche verändert, er wolle nicht zur Arbeit, sei ängstlich und antworte nicht mehr. Laut Jenaer Krankengeschichte könne aufgrund eines Vitiums eine Azoman-Kur nicht durchgeführt werden. Am 20.1.1942 wurde der Jugendliche ohne Angabe eines Grunds nach Stadtroda verlegt.¹⁴⁰ Den dortigen Eintragungen zufolge konnte er außer seinem Namen keine Angaben machen. Oft habe er mit leerem Gesichtsausdruck und offen stehendem Mund dagesessen. Am 30.1.1942, zehn Tage nach seiner Aufnahme in Stadtroda, erfolgte die Verlegung nach „Korridor 14“. Eine „öfters aufbrechende Herz-Kreislaufschwäche“ wurde beschrieben. Bis zum Todestag ist kein weiterer Eintrag vorhanden. Am 5. Februar wurde an die Eltern durch Kloos eine sog. Schlechtmeldung verschickt, die sie über das baldige Ableben ihres Sohnes informierte. Am 9.2.1942 starb er „unter den Zeichen der Herz-Kreislaufschwäche“. Die offiziell angegebene Todesursache lautete „Pneumonie bei Debilität“.¹⁴¹ Ein Pflegebericht ist in der Akte nicht vorhanden.

¹³⁷ BAB, Bestand EVZ II, Karton 63, Akte 14, KG: R.M.; Karton 56, Akte 15, KG:K.V.

¹³⁸ BAB, Bestand EVZ II, Karton 47, Akte 8, KG: W.S.; Karton 16, Akte 14; KG: W.F.

¹³⁹ BAB, Bestand EVZ II, Karton 10, Akte 7, KG: M.G.

¹⁴⁰ UAJ, KB der PKJ, Nr. 38297.

¹⁴¹ BAB, Bestand EVZ I, Karton 14, Akte 10.

2. Der in Zivil gefangene Pole Aloys Z. wurde am 15.9.1941 von einem Arzt aus Kranichfeld in die Psychiatrische und Nervenlinik Jena eingewiesen, nachdem er depressiv geworden sei, weil seine Frau sich mit Soldaten habe fotografieren lassen. Die Diagnose lautete „V.a. Schizophrenie, reaktiver depressiver Zustand“. Weitere Symptome wie „Stimmenhören“ und „Elektrisiertfühlen“ führten zur Diagnose „Schizophrenie“¹⁴². Auf eine Therapie (Azoman-Kur, Insulin) reagierte er mit Besserung. Laut Jenaer Krankengeschichte sei er nur medikamentös zu halten gewesen. Da die Allgemeine Ortskrankenkasse nicht bereit war, die Kosten für den Patienten zu übernehmen, wurde die Möglichkeit einer Verlegung in die Nervenheilstätte Rybruik/Oberschlesien angefragt. Da zum Zeitpunkt der Verlegung noch keine Zusage vorhanden war, wurde Aloys Z. am 23.1.1942 aufgrund von „Platzmangel“ nach Stadtroda verlegt.¹⁴³ Dort antwortete er bei der Untersuchung mit Hilfe eines Dolmetschers sinngemäß auf Fragen. Er habe Verfolgungsvorstellungen und vermisste Frau und Kind. Die körperliche Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Am 9.2.1942 lautete der Arztbericht: „letzte Azoman-Kur wird verabreicht, er ist unruhig und hinfällig, muß gefüttert werden“. Die folgenden Einträge bestätigen diesen Zustand. Ab 15.3.1942 wurde zunehmender Kräfteverfall dokumentiert, zwei Tage vor seinem Tod sei der Patient nicht mehr ansprechbar gewesen. Am 23.3.1942 lautet der kurze Eintrag in der Krankenakte des knapp 34-jährigen: „Exitus“. Auf einem der Krankenakte beiliegenden Vordruck ist „Pneumonie bei Schizophrenie“ die angegebene Todesursache. In einem Pflegerbericht, der zwischen dem 18.3. und 23.3.1942 vier Einträge enthält, ist ebenso wie im Arztbericht kein Hinweis auf eine Pneumonie vorhanden. Der Eintrag vom Todestag des Patienten dokumentiert, dass an diesem Tag eine Lumbalpunktion stattgefunden habe und dass er abends eine Temperatur von 35,9° C und einen Puls von 60/min. hatte. Außerdem wollte der Patient an mehreren Tagen im März seine Arznei nicht nehmen, von der im Krankenblatt nie die Rede war.¹⁴⁴

3. Anton S., ein 21-jähriger Dreher aus Apolda, wurde 1940 zum zweiten Mal in die Psychiatrische und Nervenlinik Jena aufgenommen. Seine Diagnose lautete: „Schizophrenie, religiöser Wahn, subdurales Hämatom links (operiert)“.¹⁴⁵ Nach seinem ersten Aufenthalt 1939 wurde er zur Operation eines subduralen Hämatoms in die chirurgische Klinik der Universität verlegt. Das Jenaer Krankenblatt dokumentiert, dass der Kranke sehr unruhig war und sich aggressiv gegenüber den Pflegern benahm. Am 6.4.1940 wurde er, „da keine Änderung des Zustandes zu erwarten ist“ und eine OP von der Mutter verweigert wurde, „wegen Platzmangels nach Stadtroda verlegt“.¹⁴⁶

¹⁴² BAB, Bestand EVZ I, Karton 12, Akte 1.

¹⁴³ UAJ, KB der PKJ, Nr. 38060.

¹⁴⁴ BAB, Bestand EVZ I, Karton 12, Akte 1.

¹⁴⁵ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35197.

¹⁴⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35197.

In der Heilanstalt Stadtroda sei der Patient weiterhin verwirrt gewesen. Er habe grimassiert, sinnloses Zeug geredet oder unsinnige Handlungen begangen. Noch am 19.6.1941 habe er Bilder von der Wand abgenommen und „nichts in Ruhe“ gelassen¹⁴⁷. Einen Tag darauf hatte er „plötzlich 39,8° Temperatur“. Die Untersuchung habe eine linksseitige Pneumonie ergeben. Zwei Tage später, am 22.6.1941, verstarb Anton S. an „den Zeichen der Herz-Kreislaufschwäche“. Eine Therapie der Pneumonie ist im Krankenblatt nicht erwähnt.¹⁴⁸

4. Am 31.10.1941 wurde Franz W., der an einer Schizophrenie litt, stationär in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena aufgenommen. Nach 69 Tagen wurde er wegen „Platzmangels“ nach Stadtroda verlegt. Trotz Azoman-Kur in Jena trat keine Änderung des Krankheitsbildes ein, er sei „völlig zerfahren mit läppischem Grinsen“.¹⁴⁹ Eine zweite Azoman-Kur in Stadtroda blieb ebenfalls erfolglos. Er war zeitweise unruhig und gewalttätig, wie in einem Akteneintrag des Arztes am 6.7.1941 dokumentiert wurde. Der folgende Eintrag am 13.7.41 lautet: „Exitus letalis unter den Zeichen der Herz- und Kreislaufschwäche“.¹⁵⁰ Der Pflegebericht beschreibt den 29-Jährigen in seiner letzten Lebenswoche als benommen, er sei über seine eigenen Beine gefallen. Am 12.7. sei er „besinnungslos, unrein durch Urin“ gewesen und habe „erhöhte Temperatur“ gehabt.¹⁵¹

5. Die Diagnose von Ludwig H. (s. Foto im Anhang) lautete „Z. n. Enzephalitis mit Charakterveränderungen“.¹⁵² Er wurde in der Tabelle 16 unter „Sonstige“ aufgeführt, da nach Informationen aus seinen Akten nicht von der Diagnose „Schwachsinn“ die Rede sein kann. Während Herberts erstem Aufenthalt in Stadtroda im Jahre 1943 schrieb Kloos in einem Brief an den „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingten schweren Leidens“, dass Herbert körperlich und geistig normal entwickelt sei und es sich bei ihm nicht um einen „Reichsausschuss-Fall“ handeln würde. 1944 wurde er nach einem Aufenthalt in den „Anstalten Hephata“ in Treysa zum zweiten Mal in Stadtroda aufgenommen. Allem Anschein nach war der Grund für Herberts „Verwahrung“¹⁵³ sein unruhiges und lautes Wesen. Am Heiligabend 1944 und vier Tage darauf dokumentiert der Pflegebericht erstmals eine Benommen- bzw. Verwirrtheit. Zwei Tage vor seinem Tod ist Herbert „recht lebhaft, zerreißt den Bettüberzug und Hemd“(2. Januar). Am nächsten Tag ist das Kind nicht mehr gewillt, Essen zu sich zu nehmen.

¹⁴⁷ BAB, Bestand EVZ II, Karton 1, Akte 7.

¹⁴⁸ Ebd.

¹⁴⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 37196.

¹⁵⁰ BAB, Bestand EVZ II, Karton 3, Akte 14.

¹⁵¹ Ebd.

¹⁵² BAB, Bestand EVZ I, Karton 12, Akte 13.

¹⁵³ BAB, EVZI, Karton 12, Akte 13: Schreiben an den Reichsarbeitsdienst Wartheland-Ost bezüglich der Verwahrung Herberts vom 4.10.1944 aus: Zimmermann, 2005.

Herbert stirbt in der Nacht zum 4.1.1945 im Alter von sieben Jahren. Die offizielle Todesursache lautet „Pneumonie“.¹⁵⁴

Diese Berichte weisen starke Unstimmigkeiten auf, die darauf schließen lassen, dass die Patienten eines nicht natürlichen Todes verstarben und die angegebenen Todesursachen nicht den tatsächlichen entsprachen.

5.1.3 Die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten ebnete den Weg zur Umsetzung rassenhygienischer Maßnahmen, deren Basis bereits im 19. Jahrhundert gelegt wurde. Ziel der nationalsozialistischen Politik unter dem Motto „Aufartung durch Ausmerze“ war es, „das Erbgut des deutschen Volkes durch Beseitigung minderwertiger Elemente und ‚rassisch Andersgearteter‘ aufzuwerten“.¹⁵⁵ Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14.7.1933 war „der Auftakt im Eugenikkrieg“¹⁵⁶. Es trat am 1.1.1934 in Kraft und war eines der ersten Gesetze im nationalsozialistischen Deutschland, das verabschiedet wurde. Es machte Ärzten, Hebammen und dem Pflegepersonal zur Pflicht, „Erbkranke“ bei den Gesundheitsämtern anzuzeigen.¹⁵⁷ Zuständig für die Entscheidung der Unfruchtbarmachung war das Erbgesundheitsgericht (EGG), welches einem Amtsgericht angegliedert sein musste. Neben dem Amtsrichter als Vorsitzenden entschieden ein beamteter Arzt und ein für das Deutsche Reich approbierter Arzt, „der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut“ war, über Genehmigung oder Ablehnung der Sterilisationsanträge.¹⁵⁸ Die Nervenklinik Jena war u.a. insofern an der Durchführung des Gesetzes beteiligt, als dass dort Ärzte Betroffene anzeigten, Anträge auf Unfruchtbarmachung stellten und Gutachten für das EGG Jena und das Erbgesundheitsobergericht (EGOG) Jena, das für Einsprüche Betroffener zuständig war, erstellten.¹⁵⁹ Die Gutachten liegen häufig den Krankengeschichten bei. Darin zu finden ist eine eingehende Familien- und Eigenanamnese des Patienten, Intelligenztests sowie durchgeführte diagnostische Maßnahmen (in der Regel wurde bei allen begutachteten Patienten eine Encephalographie durchgeführt).

Der Vollzug der Zwangssterilisation der Patienten der Psychiatrischen und Nervenklinik Jena erfolgte in vielen Fällen in der Jenaer Chirurgischen Universitätsklinik.

¹⁵⁴ BStU, AOP 613/66, Bd. II, S. 120.

¹⁵⁵ Friedlander, 1997, S. 57.

¹⁵⁶ Ebd., S. 71.

¹⁵⁷ Trus, 1995, S. 55.

¹⁵⁸ Reichsgesetzblatt Teil 1, 1933, S. 2.

¹⁵⁹ Zimmermann, 2000, S. 145-146.

Das Gesetz ermöglichte die zwangsweise Unfruchtbarmachung von „Erbkranken“ mit folgenden Krankheiten:

- angeborener Schwachsinn
- Schizophrenie
- zirkulärem Irresein
- erblicher Fallsucht
- erblichem Veitstanz
- erblicher Blindheit
- erblicher Taubheit
- schwerer körperlicher Missbildung
- schwerer Alkoholismus¹⁶⁰

Patienten aus der vorliegenden Untersuchung wurden hauptsächlich wegen zwei dieser Krankheiten unfruchtbar gemacht: „Schizophrenie“ und „erbliche Fallsucht“. Zusätzlich wurde 1938 ein Patient mit der Diagnose „psychopathische Reaktion“ sterilisiert. Die Diagnose „zirkuläres Irresein“ bestand nur bei einem Mann, von dem jedoch die Jenaer und Stadtrodaer Krankenakten fehlen.

Alle anderen im G.z.V.e.N. aufgeführten Diagnosen kamen bei den Verlegten nicht vor.

Die Angaben über erfolgte Sterilisationen, Meldungen, gestellte oder bewilligte Anträge sind in den Jenaer und Stadtrodaer Akten nicht immer identisch, was u.a. darauf zurückzuführen ist, dass Patienten erst nach ihrer Aufnahme in Stadtroda sterilisiert oder dass Akten in Jena nicht vollständig geführt wurden. Aus den Unterlagen geht nicht hervor, wer die Patienten anzeigte bzw. die Anträge stellte.

5.1.3.1 Akten der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena

In den Jenaer Akten sind in den Jahren 1934 bis 1938 von 25 später nach Stadtroda Verlegten Einträge zu finden, die die Durchführung der Sterilisation betreffen. Im Zeitraum vom Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes bis 1938 waren 20 „erbkranken“ Patienten zum Zeitpunkt der stationären Behandlung bereits sterilisiert oder wurden während dieses Aufenthalts in Jena unfruchtbar gemacht.

¹⁶⁰ Reichsgesetzblatt Teil 1, 1933, S. 2.

Die Krankenakte eines Patienten mit der Diagnose „chronischer Alkoholismus“ enthält den Eintrag „Antrag noch nicht gestellt“¹⁶¹. Der Antrag auf Zwangssterilisation war bei drei „Erbkranken“ mit den Diagnosen „Schizophrenie“ und „Psychopathie/Schizophrenie“ bereits gestellt bzw. vom EGG beschlossen worden. Für einen Patient mit der Diagnose „Psychose oder Schizophrenie“ wurde der Antrag zurückgezogen, wann und von wem ist nicht bekannt.

Im Zeitraum 1939 bis 1945 sind nur in 35 von 110 vorhandenen Krankenakten Bemerkungen zur Sterilisation zu finden. Alle Patienten wiesen die Diagnose „Schizophrenie“ oder „genuine Epilepsie“ auf. 19 Patienten waren zum Zeitpunkt des Akteneintrags bereits sterilisiert. Bei weiteren neun „Erbkranken“ war der Antrag auf Sterilisation gestellt. Zwei Patienten mit „Schizophrenie“ waren noch nicht angezeigt und bei weiteren drei Kranken war die Unfruchtbarmachung durch das EGG bereits angeordnet, der Eingriff aber noch nicht durchgeführt. Ein 31-jähriger Patient mit „Verdacht auf Schizophrenie“ und „Dementia simplex“ war bereits sterilisiert. Ein Antrag, der trotz „Epilepsie traumatischer Genese mit Demenz“ bei einem 37-Jährigen gestellt wurde, lehnte das EGG ab.

Die Jahre 1934 bis 1937 sind im Hinblick auf den prozentualen Anteil der Verlegungen nicht aussagekräftig, da in diesem Zeitraum im Gegensatz zu den Jahren ab 1938 kaum Patienten von Jena nach Stadtroda überführt wurden. Verglichen jedoch mit den Jahren 1942 bis 1944 sind die laut Akten durchgeführten Unfruchtbarmachungen in den Jahren 1934 bis 1937 erstaunlich hoch.

Da die Sterilisationen nicht zwangsläufig im Jahr der Verlegung stattgefunden haben müssen, kann der hohe Anteil an überführten Sterilisierten mit der Tatsache in Verbindung gebracht werden, dass diese Patienten aufgrund des Zeitpunkts ihrer Klinikaufnahme Opfer der enormen Zahl an Anzeigen in den ersten Jahren nach Verabschiedung des Sterilisationsgesetzes¹⁶² waren. Diese Umstände können den hohen Prozentsatz an verlegten sterilisierten Erbkranken im Jahr 1938 bedingen, als insgesamt die meisten Überführungen des untersuchten Zeitraumes stattgefunden haben.

¹⁶¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 29580.

¹⁶² Friedlander, 1997, S. 67.

Tab. 18: Diagnosen der bei Verlegung nach Stadtroda bereits sterilisierten Patienten und Anteil der Verlegten, die unter das G.z.V.e.N. fallen

Jahr	Diagnosen der Patienten	Zahl der Pat.
1934	Schizophrenie (1)	1
1935	Schizophrenie (1); Depression/Schizophrenie (1)	2
1936	Schizophrenie (1)	1
1937	Schizophrenie(1)	1
1938	Schizophrenie (13); genuine Epilepsie (1); psychopathische Reaktion (1)	15
1939	Schizophrenie (2); genuine Epilepsie (1); V.a. Schizophrenie/Dementia simplex (1)	4
1940	Schizophrenie (5); genuine Epilepsie (2)	7
1941	Schizophrenie (3)	3
1942	Genuine Epilepsie (2)	2
1943	-	-
1944	Schizophrenie (1)	1
1945	Schizophrenie (3)	3

Über die Sterilisation der männlichen Erbkranken an der chirurgischen Universitätsklinik gibt es keine genauen Angaben. Anzunehmen ist, dass die meisten Zwangssterilisationen hier vor 1938 durchgeführt wurden.¹⁶³ Laut H. Friedlander gingen die Sterilisationen während des Krieges zurück, weil an ihre Stelle weitgehend die „Euthanasie“ als Mittel gegen die sog. Minderwertigen getreten war.¹⁶⁴

¹⁶³ Zimmermann, 2000, S. 151-152.

¹⁶⁴ Friedlander, 1997, S. 71.

5.1.3.2 Akten der Landesheilanstalten Stadtroda

Wie aus der Patientenkartei in Jena hervorgeht, wurden in den Jahren 1935-37 vereinzelt Insassen der LHA Stadtroda zur Sterilisation nach Jena gebracht und postoperativ sowie gelegentlich auch präoperativ in die Psychiatrische und Nervenklinik aufgenommen. Anschließend wurden sie nach Stadtroda zurückverlegt. Wie aus Akten der verlegten Patienten in Stadtroda hervorgeht, wurden wahrscheinlich ab 1939 aus Jena verlegte Patienten nicht mehr in Jena, sondern direkt in Stadtroda zwangssterilisiert.

Bei elf Patienten unterscheidet sich der Akteneintrag von den Einträgen in Jena. Bei sieben dieser Patienten war in den Stadtrodaer Akten vermerkt, dass die Sterilisation durchgeführt worden war. Ort und Zeitpunkt der Sterilisation ist nicht immer bekannt. Ein Patient mit in Jena fehlender Akte, der 1941 nach Stadtroda verlegt wurde, wurde bereits 1939 sterilisiert. Das Verfahren von zwei Männern, die keinen Aktenvermerk in Jena haben, wurde eingestellt bzw. wegen Entlassung für zwei Jahre ausgesetzt. Ein Antrag zur Unfruchtbarmachung wurde erst in Stadtroda gestellt, und ein Patient, der in Jena als sterilisiert galt, hatte in Stadtroda den Eintrag „Sterilisation beantragt“.

Die meisten dieser Patienten litten an „Schizophrenie“.

Tab. 19: Patienten, deren Akteneinträge in Jena und Stadtroda sich in Bezug auf Sterilisation unterscheiden

Patient	Diagnose	Angabe zu Sterilisation in Jena	Angabe zur Sterilisation in Stadtroda
1	Schizophrenie	keine Angaben	durchgeführt in Stadtroda
2	genuine Epilepsie	gemeldet	durchgeführt
3	Schizophrenie	nicht gemeldet	durchgeführt
4	Schizophrenie	gemeldet	durchgeführt 1940 in Stadtroda
5	Schizophrenie	Akte fehlt	durchgeführt 1939
6	genuine Epilepsie	Verfahren läuft	durchgeführt
7	Pick'sche Atrophie	keine Angaben	Verfahren eingestellt
8	Schizophrenie	keine Angaben	Verfahren ausgesetzt
9	Schizophrenie	keine Angaben	durchgeführt in Stadtroda
10	Schizophrenie	keine Angaben	Antrag gestellt
11	Schizophrenie	durchgeführt	beantragt

Anzunehmen ist, dass „erbkrank“ Patienten, die bei ihrer Aufnahme in Jena noch nicht angezeigt waren, dort eine Anzeige bekamen und im Laufe ihres Jenaer oder Stadtrodaer Aufenthalts zwangssterilisiert wurden.

5.1.4 Therapeutische Maßnahmen in Jena und Stadtroda – Ein Vergleich

In den Krankenakten in Jena und Stadtroda sind nur bei einem Teil der Patienten Eintragungen zur Therapie vorgenommen worden. Unklar ist, ob bei fehlender Eintragung keine Therapie durchgeführt oder ob die Krankengeschichte nicht vollständig geführt wurde. Nicht zuletzt aufgrund des immer wieder dokumentierten Personalmangels¹⁶⁵ in den Kriegsjahren sind beide Möglichkeiten anzunehmen. Aufgrund mangelnder Informationen kann die Auswertung der Therapiemaßnahmen nicht dem Anspruch einer genauen Darstellung der therapeutischen Maßnahmen in Jena und Stadtroda gerecht werden. Auch können im Rahmen dieser Arbeit die jeweiligen Therapien und ggf. Wirkungsweisen nicht als Themenschwerpunkt dargestellt und diskutiert werden. Trotzdem kann im Vergleich mit der zeitgenössischen Fachliteratur veranschaulicht werden, ob Therapiebemühungen an den chronisch Kranken stattfanden und ob diese zeitgemäß waren.

Therapeutische Maßnahmen, die sich nicht unmittelbar auf die neurologisch-psychiatrische Erkrankung der Patienten bezogen, sind nicht gesondert aufgeführt. Selten wurden bei Diarrhö, Ödemen, Fieber oder Infektionen nachweisliche Therapien gefunden.

Folgende Maßnahmen wurden dokumentiert: Forcierte diuretische und Herz-Kreislauf unterstützende Behandlungen in der LHA Stadtroda mit Traubenzucker-Strophanthin-Salyrgan bei zwei Patienten mit den jeweiligen Diagnosen „Arteriosklerosis cerebri“ und „progressive Paralyse“¹⁶⁶ im Jahr 1942, Herz-Kreislauf unterstützende Therapie¹⁶⁷ mit Digipurat bei den Diagnosen „Taboparalyse“¹⁶⁸ 1937 in Jena und mit Sympatol bei „progressiver Paralyse“¹⁶⁹ in Stadtroda im Jahr 1942. Ebenfalls in diesem Jahr wurde Strophanthin in der LHA einem Patient mit „Verwirrheitszustand“¹⁷⁰ verabreicht. Zwei Patienten wurden 1940 in Jena mit Albucid¹⁷¹ behandelt, einem Antibiotikum, das bei unspezifischer Harnwegsinfektion und bei Gonorrhö

¹⁶⁵ Renner, 2004, S.25 und BAB, Bestand EVZ II, Karton 63, Akte 14.

¹⁶⁶ BAB, Bestand EVZ II, Karton 56, Akte 11; EVZ II, Karton 43, Akte 13.

¹⁶⁷ Rote Liste, 1939, S. 192, S. 370.

¹⁶⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr. 31674.

¹⁶⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 37159.

¹⁷⁰ BAB, Bestand EVZ II, Karton 54, Akte 13.

¹⁷¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 36458 und 36125.

indiziert war.¹⁷² Bei je einem Patienten wurde in der LHA Stadtroda 1942 und 1945 eine Behandlung bei „V.a. Pneumonie“ mit dem Sulfonamid Eubasinum¹⁷³ vermerkt.

Im Juni 1945 erfolgte in Stadtroda bei einem 65-jährigen Patienten mit „Taboparalyse“ die Therapie mit den Antibiotika Cylotropin und Isotropin zur Behandlung eines Harnwegsinfektes.¹⁷⁴

5.1.4.1 Die Arbeitstherapie

Während die Arbeitstherapie bereits im Altertum in Ansätzen zu einer freieren Behandlung von Psychosen praktiziert wurde, verhalf Simon der Beschäftigungstherapie ab ca. 1910 zu neuem Aufschwung.¹⁷⁵ In Jena wurden bereits im 19. Jahrhundert leichter Erkrankte in einem Arbeitshaus in Kapellendorf beschäftigt. Nach dem Bau der „Irrenanstalt“ in Jena im Jahre 1879 wurde die „Filiale“ in Kapellendorf geschlossen. Bei gutem Wetter arbeiteten die Kranken im Garten der neuen Anlage. Außerdem gab es Schuster-, Schneider-, und Drechslerwerkstätten. 1889 wurde im damaligen Roda die erste landwirtschaftliche Kolonie errichtet und noch im selben Jahr die erste Ernte eingefahren.¹⁷⁶

Grundlage der Methode war die Vorstellung, „gesund gebliebene seelische Vorgänge nicht auf Kosten der kranken verkümmern zu lassen, sondern zu möglicher Leistungsfähigkeit neu zu erwecken“¹⁷⁷, die durch eine aktivere Behandlungsart angesprochen und ausgenutzt werden sollten. Der „abwegige“ Tätigkeitstrieb in den motorischen und affektiven Entäußerungen des Kranken solle durch die Arbeit beansprucht werden und könne die innere und äußere Ruhe des Kranken herstellen. Letztendlich solle so eine „Resozialisierung“ vorgenommen werden, um den Kranken an die normalen Anforderungen des Lebens anzupassen. „Ein Gesichtspunkt darf dabei aber nicht vergessen werden: Die Arbeit ist für den Kranken da und nicht etwa der Kranke für die Arbeit. Die Arbeit darf nie Selbstzweck werden, sondern muß immer nur Mittel zum Zweck sein.“¹⁷⁸ Es stellt sich die Frage, ob die Ärzte der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena und der LHA Stadtroda diese Meinung teilten, und ob es sich bei der „Arbeitstherapie“ um eine heilende oder eher eine disziplinierende Maßnahme handelte.

Aus den Jenaer und Stadtrodaer Krankenakten ist zu entnehmen, dass Patienten, die dazu gesundheitlich in der Lage waren, der „Arbeitstherapie“ unterzogen wurden. Dass neben dem

¹⁷² Rote Liste, 1939, S. 18.

¹⁷³ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2527; BAB, Bestand EVZ II, Karton 43, Akte 13.

¹⁷⁴ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2522.

¹⁷⁵ Janz, 1940.

¹⁷⁶ Tietze, 1942, S. 19 u. S. 20.

¹⁷⁷ Kolle, 1939, S. 229.

¹⁷⁸ Janz, 1940.

therapeutischen Aspekt die Ausnutzung der Kranken als wirtschaftliche Nutzbringer von Bedeutung war, dokumentiert ein Brief des Direktors der LHA Stadtroda und späteren Ordinarius der Psychiatrischen Klinik Jena, Berthold Kihn, an das ThMdI. Er bat um die Genehmigung, mit einer Firma einen Vertrag abschließen zu dürfen, damit die Kranken Knöpfe herstellen konnten. Kihn vertrat den Standpunkt, dass Kranke, die der Öffentlichkeit zur Last fielen, wenigstens zum Teil ein Entgelt für diese Aufwendungen leisten sollten.¹⁷⁹

In den Krankenblättern der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena waren für 30 Patienten Bemerkungen über deren Arbeitsverhalten zu finden. Dabei wurden alle Kommentare miteinbezogen, die darauf schließen lassen, dass die Patienten zumindest zur Arbeit aufgefordert wurden.

In Stadtroda fanden sich Angaben zur „Arbeitstherapie“ bei 27 Patienten. Von sieben Patienten ist sowohl in Jena als auch in Stadtroda eine Bewertung der Arbeitstätigkeit zu finden, was bedeutet, dass es Informationen über 50 Patienten gibt. Der Vergleich der Bewertungen zeigt bei drei Männern eine ungefähre Übereinstimmung beider Kliniken. Bei vier Patienten sind große Unterschiede in den Beurteilungen nachweisbar.

Die Aktenvermerke beider Anstalten waren fast ausschließlich in den Krankenakten der zwischen 1940 bis 1945 verlegten Patienten zu finden.

Zwar ist die absolute Anzahl von Bemerkungen in Jena unwesentlich höher als in den Stadtrodaer Akten, der relativ größere Anteil ist aber der der Stadtrodaer Akten, da hier zwischen 1939 und 1945 nur ca. 55% der Akten auffindbar waren, im Gegensatz zu 80% in Jena. Aufgrund größerer Lücken bezüglich der Informationen zum Arbeitsverhalten der Kranken ist die Repräsentativität eingeschränkt. Begründen ließe sich das Überwiegen der Angaben aus Stadtroda mit einer schwierigeren Realisierbarkeit der Arbeitstherapie in Universitätskliniken. Kürzere Aufenthaltsdauer und höhere Durchgangsfrequenz, akutere Krankheitsbilder sowie fehlende Ländereien gestalteten die Umsetzung der „aktiveren Behandlung nach Hermann Simon“¹⁸⁰ aus rein therapeutischer Sicht hier schwieriger.¹⁸¹

¹⁷⁹ ThHStAW, ThMdI, E1111, Schreiben von Kihn an den Staatssekretär und Leiter des ThMdI vom 18.6.1938.

¹⁸⁰ Siemen, 1987, S. 151.

¹⁸¹ Janz, 1940.

Tab. 20: Diagnosen der Patienten, deren Arbeitsverhalten in Jena bewertet wurde

Diagnosen	Zahl der Patienten
Schizophrenie (auch Verdacht darauf und schizophrener Zustand)	17
Epilepsie (traumatische und genuine)	8
Progressive Paralyse und Taboparalyse	3
Sonstige (Postenzephalitischer Parkinsonismus, Arteriosklerosis cerebri)	2
gesamt	30

Tab. 21: Diagnosen der Patienten, deren Arbeitsverhalten in Stadtroda bewertet wurde

Diagnosen	Zahl der Patienten
Schizophrenie (auch Verdacht darauf und schizophrener Zustand)	14
Epilepsie (traumatische und genuine)	8
Progressive Paralyse und Taboparalyse	2
Sonstige (Arteriosklerosis cerebri, Pick'sche Atrophie, Contusiofolgen)	3
gesamt	27

Voraussetzend, dass Arbeit eine Therapie darstellt, mit der insbesondere psychisch Kranke wieder einem „normalen“ Leben zugeführt werden sollten, sind in beiden Einrichtungen auffallend viele Patienten dieser Therapie unterzogen worden, die höchstwahrscheinlich keinen „abwegigen Tätigkeitstrieb“¹⁸² hatten. Abgesehen von Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ kommen Patienten mit der Diagnose „Epilepsie“ für die Arbeitstherapie in Frage. Nach der Meinung von Ernst Schultze (1923) könne es als vorübergehende Psychose der Epilepsie zu pathologischen Bewusstseinstörungen mit Halluzinationen und Wahnideen kommen.¹⁸³, und deshalb seien auch

¹⁸² Ebd.

¹⁸³ Schultze, 1923, S. 314-315.

Patienten mit dieser Diagnose der Arbeitstherapie zuführbar. Organische Psychosen seien im Allgemeinen als für die Arbeitstherapie unangreifbar zu halten.¹⁸⁴

In Jena und Stadtroda schien die Bedeutung des Arbeitens u.a. darin gelegen zu haben, einen geordneten Tagesablauf zu gestalten, was für Patienten, die gesundheitlich dazu in der Lage waren, auch ohne direkten therapeutischen Aspekt zu rechtfertigen ist. Ein Brief von Kloos an das Thüringische Ministerium des Innern dokumentiert, dass für ihn der Erfolg der „modernen Behandlung der Geistesstörung“ nicht zuletzt in dem erwirtschafteten Ertrag liege, der 1942 in Stadtroda sein Maximum bei 10.000 RM hatte. Seinen Angaben zufolge war die Beschäftigungstherapie in den Stadtrodaer Anstalten schon seit Jahrzehnten angewendet worden. Nachdem er 1939 die Leitung übernommen habe, habe er begonnen, sie vielseitiger zu gestalten und stark zu erweitern.¹⁸⁵

Außer im Haushalt und auf der Station wurden die Kranken in Jena in der Landwirtschaft¹⁸⁶ und im Garten¹⁸⁷ beschäftigt. Häufig finden sich Angaben über Beschäftigungen in der „Arbeitskolonne“. In den LHA Stadtroda wurden die Kranken zum Teil zu Arbeiten „auf der Abteilung“¹⁸⁸, aber auch in der „Außenarbeit“ bei einem Bäckermeister¹⁸⁹, im „Maschinenhause“ und „zur Entlassung ausländischer Mitarbeiter“¹⁹⁰ eingeteilt.

Unter die negativen Beurteilungen fallen Angaben, die aussagen, dass der Patient nicht mehr zur Arbeit zu gebrauchen oder zu bewegen war oder keine Arbeitsleistung mehr vollbrachte. Bei manchen Patienten sind zeitweise gute und anschließend schlechte Leistungen beschrieben worden.

Tab. 22: Bewertung des Arbeitsverhaltens der Patienten in Jena in Stadtroda

Bewertung des Arbeitsverhaltens	Zahl der Patienten in Jena	Zahl der Patienten in Stadtroda
positiv	15	15
negativ	13	8
positiv und negativ	2	4
gesamt	30	27

¹⁸⁴ Janz, 1940.

¹⁸⁵ ThHStAW, ThMdI E1072/1,Bl.101r.

¹⁸⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 36599.

¹⁸⁷ UAJ, KB der PKJ, Nr. 37095.

¹⁸⁸ BAB, Bestand EVZ II, Karton 6, Akte 12.

¹⁸⁹ ThStAR, Bestand LFK Stadtroda, Karton 74, Akte 4440.

¹⁹⁰ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2303/41.

Im Unterschied zum eigentlichen Sinn der Arbeitstherapie scheinen in der Psychiatrischen Klinik Jena und den LHA Stadtroda die disziplinierenden und wirtschaftlichen Aspekte der Arbeitstherapie im Vordergrund gestanden zu haben. Bedingt durch die sozialpolitische Situation kam dem leidenden Mensch keine Bedeutung zu. Ausschlaggebend war, mit Hilfe der Arbeitstherapie die Bewohner der Kliniken und Anstalten zu geordnetem Verhalten zu zwingen¹⁹¹ sowie durch die Wirtschaftlichkeit der Anstalten eine Daseinsberechtigung für die Einrichtung und letzten Endes auch für die Patienten zu schaffen. Sehr treffend formulierte der ehemalige Jenaer Psychiater Kolle in seinem 1939 erschienen Lehrbuch die allgemein unter Medizinern herrschende Ansicht: auch vom Standpunkt der Volksgemeinschaft aus sei es zu begrüßen, dass die unglückseligen schizophrenen Kranken größtenteils jetzt nicht mehr nur als schauerliche Parasiten vegetierten, sondern im Rahmen der ihnen verbliebenen Kräfte leidlich nützliche Arbeit verrichteten.¹⁹²

5.1.4.2 Medikamentöse/Schocktherapien

Der in dieser Arbeit untersuchte Zeitraum ist geprägt von neu entwickelten Behandlungsmethoden für die bis dahin als fast hoffnungslos etikettierten psychisch Kranken. Trotz der im folgenden ausgiebig dargestellten Nebenwirkungen der für die Patienten unangenehmen Therapien sollte vorab erwähnt werden, dass zum ersten Mal in der Geschichte der Psychiatrie wirksame Methoden wenigstens zeitweilige Heilung versprochen. Diese Maßnahmen scheinen im Kontext des Nationalsozialismus ins Schema zu passen. Allerdings wurden die neuen Therapien im industrialisierten Ausland in gleicher Weise praktiziert.

5.1.4.2.1 Therapie der Schizophrenie

Ende der 20er Jahre entwickelte Manfred Sakel die Methode der Insulin-Koma-Therapie. Sakel, ein aus Polen stammender jüdischer Arzt, praktizierte von 1927 bis 1933 in einem Privatsanatorium in Berlin, wo er erste Versuche unternahm, Schizophrenie mit Insulin zu heilen. 1933 musste er nach Österreich und später in die USA emigrieren.

Das Verfahren beruhte darauf, über einen gewissen Zeitraum täglich durch Insulininjektionen Hypoglykämien bis hin zum tiefen „Koma“ auszulösen. Nach ca. einer Stunde wurden diese „Insulinschocks“ durch Traubenzuckergaben unterbrochen.¹⁹³ Erste Berichte über diese neue Therapieform erschienen 1933 in deutschsprachigen Fachzeitschriften. Sie äußerten sich im

¹⁹¹ Siemen, 1987, S. 151.

¹⁹² Kolle, 1939, S. 229.

¹⁹³ Walther, 2000, S. 43.

Wesentlichen noch ablehnend und skeptisch zu diesen Untersuchungen.¹⁹⁴ In Kauf genommen werden mussten bei der Insulinschocktherapie neben den aus der Hypoglykämie resultierenden, äußerst schmerzhaften Zuckungen und Krämpfen auch Risiken wie unerwartete Krampfanfälle, „Nachschocks“, Erstickungsanfälle, Herzschädigungen oder bleibende Gedächtnisstörungen. Schlimmstenfalls kam es zum Tod.¹⁹⁵

Anders als in anderen europäischen Ländern etablierte sich die Methode in Deutschland schleppender und es kam erst ab 1937 zu zunehmendem Interesse unter den Psychiatern, was nicht zuletzt daran lag, dass Sakel ein unseriöser und menschlich schwieriger Ruf vorausseilte.¹⁹⁶

Neben Modifizierungen des Insulinschocks, der nicht zuletzt aufgrund teuren Insulins sehr kostspielig war, gab es kombinierte Versuche mit anderen Substanzen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie den Stoffwechsel im Gehirn beeinflussen und krampfauslösende Wirkungen haben. Häufige Anwendung fand die Substanz Cardiazol.¹⁹⁷ Die von Ladislaus von Meduna 1935 eingeführte Cardiazolschockbehandlung, die umstritten auf der Arbeitshypothese des biologischen Antagonismus zwischen Epilepsie und Schizophrenie aufgebaut war¹⁹⁸, wirkt ähnlich wie das Insulin unmittelbar auf den menschlichen Organismus. Medunas Untersuchungen der Hirnstrukturen von Schizophrenen zeigten häufig auf eine Gliahypoplasie, während sich bei Epileptikern überwiegend eine Hyperplasie nachweisen ließ. Es handelte sich bei dem Medikament um eine kampferhaltige Lösung. Ein bis zwei Sekunden nach der Injektion kam es zu cerebralen Krämpfen, die 30-80 Sekunden anhielten. Anschließend schlief der Patient für einige Minuten, bevor er das Bewusstsein wiedererlangte.¹⁹⁹ Im Zentralnervensystem erzeugt Cardiazol epilepsieähnliche Krämpfe, die von den Auswirkungen teilweise erheblich stärker als eigentliche epileptische Anfälle sind. Beide Methoden beruhen auf der Vermutung, dass durch einen Existenz bedrohenden Zustand, der subjektiv als tiefes Angst- und Vernichtungsgefühl erlebt wird²⁰⁰, ein schwer erregter psychotischer Mensch beruhigt und symptomfrei werden kann. Dieser „psychophysische Schockzustand“ könnte als unspezifische Therapieform zu einem zeitweiligen Verschwinden der psychischen Störung führen.²⁰¹ Darüber hinaus sollte die Schocktherapie zur Behandlung „chronisch erregter“ Schizophrener eingesetzt werden. Nach A. v. Braunmühl sollte dazu vor allem das Azoman dienen, das ebenfalls Krampfanfälle erzeugte.²⁰² Azoman war wie das

¹⁹⁴ Siemen, 1987, S. 54.

¹⁹⁵ Walther, 2000, S. 88-90 u. S. 92.

¹⁹⁶ Ebd., S. 38-40 u. S. 49-51.

¹⁹⁷ Walther, 2000, S.2 0-21.

¹⁹⁸ Bak, 1939.

¹⁹⁹ Frank, 1978, S. 5 u. S. 11.

²⁰⁰ Siemen, 1987, S. 156 Bak, 1939.

²⁰¹ Ebd., S. 156.

²⁰² Ebd., S. 159.

Cardiazol ein Analepticum und konnte in großen Dosen tonische und klonische Krämpfe hervorrufen. Es führte im Gegensatz zu Cardiazol zu weniger großem subjektivem Unbehagen, ehe die Krämpfe eintraten.²⁰³ Schulte berichtete 1939 nach einer Patientenstudie mit Azoman in Jena, dass im Vergleich zur Behandlung mit Cardiazol wesentlich geringere Mengen nötig seien und zudem die große Gefahr der Venenwandschädigung und Thrombosierung nicht bestünde.²⁰⁴

Die erste Schocktherapie mit Insulin in Jena, angewandt bei zwischen 1933 und 1945 nach Stadtroda verlegten männlichen Patienten, ist bei einem an „Schizophrenie“ Erkrankten dokumentiert, der 1936 verlegt wurde.²⁰⁵ In den Jahren zuvor ließen sich von zwei Männern mit der Diagnose „Schizophrenie“ Therapieangaben nachweisen. Sie wurden medikamentös mit Neurophyllin, Mekon und Amphogyboral behandelt.²⁰⁶ Bei dieser unspezifischen Therapie handelte es sich um ein Opium (+Abführmittel)- bzw. Barbitursäurepräparat (Mekonal-Tabletten) sowie um ein Borpräparat²⁰⁷, das entwässernde Wirkung besaß²⁰⁸ und in der Therapie der Epilepsie eingesetzt wurde. In welchem Zusammenhang das Medikament bei diesem Patienten mit der Diagnose Depression und Schizophrenie²⁰⁹ in der Jenaer Klinik eingesetzt wurde, ist nicht bekannt.

Im gesamten untersuchten Zeitraum gibt es in den Jenaer Akten von 44 Schizophreniepatienten Informationen zu therapeutischen Maßnahmen (s. Tab. 25). Wie meist in den Krankenakten dokumentiert ist, wurden bei allen Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ in der Psychiatrischen Klinik Jena vor Therapiebeginn Encephalographien durchgeführt.

Zwischenfälle bei der Behandlung mit Azoman gab es bei zwei Patienten in den Jahren 1940 und 1942. Bei einem 26-jährigen an Schizophrenie erkrankten Patienten wurde 1940 in Jena erfolglos versucht, durch eine Azomaninjektion einen Krampf auszulösen. Daraufhin wurde eine weitere Injektion mit diesem Medikament vorgenommen. Der Patient reagierte mit einem „typischen Anfall“, „röchelnder Atmung“, „schwerer Cyanose des ganzen Körpers“ und „Schaum vor dem Mund“. Schließlich musste eine Herzmassage durchgeführt werden.²¹⁰ Bei einem 22-jährigen Schizophrenen war 1942 nach durch Azoman induzierten Anfällen mit Atemstillstand eine künstliche Beatmung notwendig.²¹¹ Beide Patienten überlebten die „Behandlung“.

²⁰³ Poulsson, 1940, S. 184.

²⁰⁴ Schulte, 1939, S. 191-193.

²⁰⁵ UAJ, KB der PKJ, Nr. 27952.

²⁰⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 28977 u.28004.

²⁰⁷ Rote Liste 1939, S. 281, S. 404, S. 442.

²⁰⁸ Stauder, 1938.

²⁰⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 28004.

²¹⁰ UAJ, KB der PKL, Nr. 37107.

²¹¹ UAJ,KB der PKJ, Nr. 38800.

Während einige Autoren von Gesamtmortalitätsraten von 1%²¹², 1,5%²¹³ und 2,3%²¹⁴ berichten, verlief die Therapie der Schockbehandlungen insgesamt an der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena nach einem Bericht von Rudolf Lemke aus dem Jahr 1937 wesentlich ungünstiger. Hier wurden bis 1937 46 Schizophrene mit der Insulinkur behandelt. Bei vier männlichen Patienten kam es zu einem tödlichen Ausgang der Behandlung, was einer Mortalitätsrate von 8,7% entspricht. Ebenfalls seien die eingetretenen Komplikationen größer gewesen als die Behandler den Literaturberichten zufolge erwartet hätten. Obwohl die Durchführung der Therapie genau nach den Angaben von Sakel erfolgt sei, habe es in Jena viel mehr Zwischenfälle als in anderen Kliniken gegeben. Rudolf Lemke forderte, dass alle Patienten vor der Therapie encephalographiert werden sollten, was in Jena bereits seit drei Jahren praktiziert würde. Aufgrund dieser Untersuchung könne man von vornherein die für die Schocktherapie geeigneten Patienten herausfiltern.²¹⁵ Darüber hinaus belegte er, was spätere Untersuchungen des Reichsgesundheitsamtes (1939) und Salm (1940) bestätigen²¹⁶: die Prozentzahlen der Behandlungserfolge der Schocktherapien entsprachen in etwa der der spontanen Heilungen. Allerdings waren die Erfahrungen der Psychiater sehr unterschiedlich. Runge, Nervenlinik Berlin-Nikolassee, der sich auf seine eigene Behandlung sowie auf die von Sakel, Dussik, Müller, v. Braunmühl u.a. bezog, gibt die Zahl der Spontanremissionen mit 25% im Gegensatz zu den Schockremissionen von 40 bis zu 70% an.²¹⁷

Die Darstellung in Tab. 25 zeigt deutlich den allgemeinen Trend von der „Therapie“ mit Beruhigungsmitteln über die „aktiven Behandlungsmaßnahmen“²¹⁸ der Schockkuren zur Elektroschockbehandlung. Ein Vorzug sei, „daß der Elektrokrampf wegen der sofort eintretenden Bewußtlosigkeit und der hernach bestehenden Amnesie für die Kranken erheblich weniger unangenehm ist als der Cardiazolkrampf.“²¹⁹ Abgesehen von einigen Frakturen, die bei Patienten während der Behandlung verursacht worden seien, habe es weder Todesfälle noch lebensbedrohliche Zwischenfälle bei dieser Behandlung gegeben. Trotzdem wurde in diesem Beitrag über Herz- bzw. Atemstillstände bei einigen Patienten während der Therapie berichtet.²²⁰

Eine Krankenbehandlung durch Strom gab es bereits früher. Aus dem 16. Jahrhundert und den darauffolgenden Jahrhunderten gibt es vereinzelte Dokumente über Anwendung von elektrischen Schocks u.a. mittels elektrischer Weise zur Teufelsaustreibung bei vermeintlichen psychiatrischen

²¹² Jacob, 1939.

²¹³ Lemke, 1938.

²¹⁴ Walther, 2000, S. 97: Todesfälle von Berglas und Susic 1936, S. 602.

²¹⁵ Lemke, 1938.

²¹⁶ Siemen, 1987, S. 160.

²¹⁷ Runge, 1942.

²¹⁸ Ebd.

²¹⁹ Meggendorfer in Der Nervenarzt, 1942.

²²⁰ Ebd.

Erkrankungen²²¹. Die erste Veröffentlichung über die Therapie einer Manie durch Konvulsion stammt aus dem Jahre 1746. 1785 und 1798 folgten weitere Publikationen über Konvulsionstherapien von Oliver bzw. Weickhart.²²² In einem 1927 erschienenen Lehrbuch wurde der Faradische Strom mit seiner Wirkungsweise als Erregungsmittel und mit sehr lückenhaften Erfahrungen²²³ eher zurückhaltend bewertet.

Die klassische Elektrokrampfbehandlung wurde 1938 durch den italienischen Psychiater Ugo Cerletti (1877-1963) und seinen Assistenten Lucio Bini (1908-1964) eingeführt.²²⁴ Zwar wurde die Elektroschocktherapie 1954 mit der Einführung des Chlorpromazins zur Therapie schizophrener Erkrankungen weitgehend ersetzt, sie wurde und wird bis heute als einzige der beschriebenen Konvulsionstherapien als Mittel der ersten Wahl bei Patienten mit schwerster Depression oder perniziöser Katatonie erfolgreich eingesetzt.²²⁵ Die hohe antidepressive Wirksamkeit beruht auf einer generalisierten Entladung auch zentraler, tiefer gelegener Hirnregionen, die Veränderungen im Hirnstoffwechsel, in Transmitterkonzentrationen, Rezeptorensystemen und neuroendokrinen Regulationen hervorruft.²²⁶ Im Unterschied zur damaligen Therapie wird die Elektrokrampftherapie in Kurznarkose unter Muskelrelaxation, Sauerstoffbeatmung und Zahnschutz durchgeführt²²⁷, um tonisch-klonische Muskelkrämpfe und die daraus resultierenden Komplikationen wie Frakturen und Luxationen zu vermeiden²²⁸. Diese sog. modifizierte EKT lässt sich mit erheblich verminderten Nebenwirkungen durchführen und stößt bei den betroffenen Patienten auf gute Akzeptanz.²²⁹ Allerdings ist der gesellschaftliche Konsens noch immer ein skeptischer bis ablehnender, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass in der Vergangenheit die Elektroschocktherapie als Strafmaßnahme missbraucht wurde²³⁰ und sie beispielsweise im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren noch in den 70er Jahren als disziplinierende Maßnahme bei gewalttätigen oder schwierigen Patienten ohne klare Indikationsstellung eingesetzt wurde.²³¹ Hinzu kommt, dass die Geburtsstunde der EKT zufällig im Nationalsozialismus lag, der geprägt war von menschenverachtenden Maßnahmen.

In der Universitäts-Nervenklinik Jena wurde im Februar 1943 mit der Elektrokrampfbehandlung begonnen, nachdem diese Anfang 1943 mit dem benötigten „Konvulsator“ der „Siemens-Reiniger-

²²¹ Endler, Persad, 1988, S.6.

²²² Möller, Baghai, Aktuelle Informationen zur Elektrokonvulsionstherapie.

²²³ Lange, 1927, S. 853.

²²⁴ Endler, Persad, 1988, S.6.

²²⁵ Bundesärztekammer, 2003, S.2-3.

²²⁶ Sauer, Lauter, 1987, S.212.

²²⁷ Bundesärztekammer, 2003, S.3.

²²⁸ Endler, Persad, 1988, S.24 f., Möller, Baghai, Aktuelle Informationen zur Elektrokonvulsionstherapie.

²²⁹ Sauer, Lauter, 1987, S.206 u.S.209.

²³⁰ Panfilova, 2005, S.145.

²³¹ Schneeweiss B, Zinkler M. 2000, S.222 aus Panfilova, 2005, S.150.

Werke“ beliefert wurden. Zwischen 1.3.1943 und 1.3.1944 wurden 181 Patienten, davon 91 Männer, der Elektroschocktherapie unterzogen. Neben der größten Patientengruppe mit der Diagnose „Schizophrenie“ nahmen Patienten mit „manisch-depressivem Irresein“ den zweitgrößten Anteil ein. Letztgenannte wiesen die größten Therapieerfolge in Jena auf²³², was in der Literatur aus späteren Jahrzehnten Bestätigung fand.²³³ Von den insgesamt 61 mit Elektroschock behandelten Männern mit Diagnose aus dem „schizophrenen Formenkreis“²³⁴ erzielten 46 von ihnen gute bis Vollremissionen.²³⁵

Zunächst wurde nur die Schizophrenie als Therapieobjekt für Schockbehandlungen betrachtet. Unwissentlich wurden aber auch andere Psychosen mitbehandelt in der Annahme, es handele sich um eine Schizophrenie. Bedingt war dies u.a. durch unterschiedliche psychiatrische Lehrmeinungen darüber, was als Schizophrenie zu bezeichnen war.²³⁶ Häufig stand die psychiatrische Diagnosesicherung im Schatten der großen Nationalpsychiatrie, die erbbiologische Bestandsaufnahme forderte und die psychiatrische Befundsicherung des einzelnen Patienten in den Hintergrund rückte.²³⁷ Gaupp bringt diesen Sachverhalt 1939 auf den Punkt: „...Aber Sie alle kennen die bisweilen fast tragische Situation, daß wir als Gehilfen des Richters uns zu bestimmten Diagnosen durchringen müssen, wenn manchmal im Hintergrund der Zweifel lauert, ob denn die Systembildung Kraepfins auch bei den endogenen Psychosen auf ewig richtiger Grundlage ruhe.“²³⁸

Die Einführung der Elektroschocktherapie in Stadtroda kann frühestens Ende 1942 stattgefunden haben. Wahrscheinlicher ist allerdings, dass der benötigte Apparat erst Anfang 1943 geliefert wurde.²³⁹ Kloos war nach eigenen Angaben von 1942 schon seit über einem Jahr bestrebt gewesen, die Elektroschocktherapie in Stadtroda einzusetzen, aber aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen war der Anschluss der Apparates nicht möglich.²⁴⁰ Bereits ein halbes Jahr später berichtete er bereits über sehr günstige Erfahrungen. Die Heilwirkung entspräche der Azoman-Behandlung, die Anwendung des Elektroschocks sei jedoch angenehmer, da die sofortige Bewusstlosigkeit eintrete und das quälende Vorstadium wegfalle.²⁴¹

²³² Schwartner, 1945, S.19-23.

²³³ Endler, Persad, 1988, S.131.

²³⁴ Schwartner, 1945, S.25.

²³⁵ Ebd.

²³⁶ Kögler, 1939, S.441.

²³⁷ Blasius, 1994, S.168.

²³⁸ Gaupp, 1939 aus Blasius, 1994, S.148.

²³⁹ ThHStAW, ThMdI E 1072,Bl. 274r: Schreiben von Kloos an das ThMdI vom 6.10.1942. Er berichtet, dass nach erfolgter Installation eines benötigten Umformers die technischen Voraussetzungen für ein Elektroschockgerät geschaffen seien und bittet um die Genehmigung dieser Anschaffung; Bl.271r: Schreiben des ThMdI an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten vom 29.9.1942, in dem die Genehmigung von je zwei Elektroschockapparaten für die Psychiatrische u. Nervenlinik Jena und die LHA Stadtroda beantragt wird.

²⁴⁰ ThHStAW, ThMdI E 1072, Bl. 267r: Schreiben von Kloos an das ThMdI vom 10.9.1942.

²⁴¹ ThHStAW, ThMdI E 1072, Bl. 278r: Schreiben von Kloos an das ThMdI vom 13.10.1943.

Dass nach 1942 Insulin-Therapien nicht mehr dokumentiert sind, liegt darin begründet, dass am 27.1.1942 im ThMdI ein Erlass des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten einging, der verfügte, die Einleitung neuer Insulinkuren zur Behandlung der Schizophrenen zu unterlassen. Grund sei die angespannte Versorgungslage mit Insulin. Den Anstaltsleitern wurde jedoch die Möglichkeit eingeräumt, über eine Antragstellung Insulin zu erhalten. Um eine entsprechende Anordnung für die psychiatrischen Universitätskliniken sei der zuständige Reichsminister gebeten worden.²⁴²

Neben diesen Schocktherapien, die zu einem Langzeiterfolg führen sollten, wurden weiterhin Medikamente zur Beruhigung der Patienten eingesetzt. Lediglich bei Patienten, bei denen keine Schocktherapie dokumentiert ist, wurde diese medikamentöse Behandlung in Tab. 25 dargestellt.

²⁴² ThHStAW, ThMdI E 1072, Bl. 109r.

Tab. 23.: Therapien bei Schizophreniepatienten, die nach Stadtroda verlegt wurden, in Jena

Jahr der Verlegung	Zahl der Schizophrenie-Patienten insgesamt	Zahl der therapierten Schizophreniepatienten mit					
		Insulin-kur	Cardiazol-kur	Azoman-kur	mehreren Therapien pro Patient	Elektroschock-therapie	Sonstige
1934	2						Neurophyllin u. Mekon (1)
1935	1						Mekon u. Ampyhoglyboral (1)
1936	2	1					
1937	1	-					
1938	16	5	3				
1939	8	1			Cardiazol u. Azoman (1)		Paraldehyd (1)
1940	18		1	7	Cardiazol u. Azoman (1)		Luminal u. Veronal (1), Apomorphin (1), Scopolamin (2)
1941	6			1			
1942	4			1	Azoman u. Insulin (1)		
1943	12				Elektroschock u. Apomorphin (1)	5	
1944	3					1	
1945	13			1	Cardiazol u. Apomorphin (1)	4	
gesamt	86	7	4	10	5	10	7

Paraldehyd stellt ein Narkotikum dar²⁴³ und wurde als unspezifische Therapie nicht nur bei Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ eingesetzt. Bei dem Schizophreniekranken Otto M., der 1939 in Jena Paraldehyd verabreicht bekam, ist dort keine weitere Therapie dokumentiert.²⁴⁴ Er wurde nach seiner Verlegung nach Stadtroda im Juni 1939 erfolgreich einer Insulinkur unterzogen und im November 1939 nach Hause entlassen.²⁴⁵ Das Gleiche gilt für das Barbitursäurepräparat Veronal, das im Zusammenhang mit den hier untersuchten Krankheitsbildern bei Erregungs- und Depressionszuständen eingesetzt wurde.²⁴⁶ Scopolamin-Gaben erfolgten bei den untersuchten Fällen häufig. Das Medikament war indiziert zur Ruhigstellung von Kranken mit motorischer Unruhe und Schlaflosigkeit.²⁴⁷

Zwischen 1938 und 1945 sind bei 22 der 80 von Jena verlegten Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ in den Stadtrodaer Krankenberichten therapeutische Maßnahmen dokumentiert. Bei zehn der therapierten Kranken gibt es im Jenaer Krankenblatt entweder keine Angabe zur Therapie oder es ist keine Jenaer Akte vorhanden.

Zwei Patienten, die in den Jahren 1943 und 1944 verlegt wurden, weisen im Krankenblatt keine eindeutige Therapiebezeichnung auf. Ihre Behandlung wurde mit „Schockkur“ benannt.

Der Therapiewandel, der in Jena stattgefunden hat, ist auch für Stadtroda nachweisbar. Obwohl die Angaben sehr lückenhaft sind, werden die medikamentösen Krampftherapien 1944 von der Elektroschocktherapie abgelöst.

²⁴³ Poulsson, 1940, S. 39.

²⁴⁴ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35606.

²⁴⁵ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 847/39.

²⁴⁶ Rote Liste, S. 722.

²⁴⁷ Poulsson, 1940, S. 127.

Tab. 24: Therapien der Schizophreniepatienten in den LHA Stadtroda

Jahr der Verlegung	Zahl der Schizophreniepatienten insgesamt	Zahl der therapierten Schizophreniepatienten mit				
		Insulin-kur	Cardiazol-Kur	Azoman-Kur	mehreren Therapien pro Patient	Elektroschocktherapie
1938	16				Insulin-, Cardiazol-, Azoman- und Malaria-Kur (1)	
1939	8	2				
1940	18			6		
1941	6			2		
1942	4			3		
1943	12	1			Azoman-Kur u. Elektroschock (1)	
1944	3	1				1
1945	13				Insulinkur u. Elektroschock (1)	3
ges.	80	2(-4)	0(-2)	11(-13)	3	4

Bei zwölf Patienten ist die Behandlung beider Kliniken nachzuweisen. Die Maßnahmen der Einrichtungen entsprechen sich in den meisten Fällen, was bedeutet, dass die Jenaer Behandlung meist in Stadtroda nochmals durchgeführt bzw. weitergeführt wurde (s. Tab. 27).

Tab. 25: Therapievergleich von Patienten mit Schizophrenie in Jena und Stadtroda

Jahr	Patient	Therapie Jena	Therapie Stadtroda
1939	1	Paraldehyd	Insulinkur
1940	1	Luminal und Veronal	Azoman-Kur
	2	Azoman-Kur	Azoman-Kur
	3	Azoman-Kur	Azoman-Kur
1941	1	Azoman-Kur	Azoman-Kur
1942	1	Azoman-Kur	Azoman-Kur
	2	Azoman-Kur, Insulinkur	Azoman-Kur
1943	1	Apomorphin, Elektroschock	Azoman, Elektroschock
	2	Elektroschock	Schockkur
1944	1	Elektroschock	Elektroschock
1945	1	Elektroschock	Insulinkur, Elektroschock
	2	Azoman-Kur	Elektroschock

5.1.4.2.2 Therapie der Epilepsie

Aus den Jahren 1933 bis 1945 sind bei 15 Patienten mit der Diagnose „genuine“ oder „traumatische Epilepsie“ bzw. im Falle eines Patienten „V.a. traumatische Epilepsie“ Angaben zu therapeutischem Vorgehen in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena dokumentiert. Bereits 1933 war Luminal die Therapie der Wahl. Luminal, ein Barbitursäurepräparat, wurde als Schlafmittel und in kleineren Dosen auch als Beruhigungsmittel eingesetzt. Bei längerem Gebrauch von größeren Gaben führe es nicht selten u.a. zu lallender Sprache und Unsicherheit in der Bewegung. Bei Epileptikern entfalte es eine ausgezeichnete Wirkung bezüglich der verminderten Häufigkeit der Anfälle.²⁴⁸

Die Therapie in Stadtroda, die zwischen 1940 und 1944 von elf Epilepsie-Patienten bekannt ist, erfolgte zum Teil ebenfalls in dieser Form. Zum Einsatz kam dort auffallend häufig das Bor-Präparat Glyboral. Von sechs Patienten mit Epilepsie gibt es Angaben von beiden Aufenthalten (Tab. 28).

²⁴⁸ Lange, 1927, S. 827.

Als diagnostische Maßnahmen ist bei einem 1942 verlegten Patienten der Cardiazolversuch und der Tonephin-Wasserversuch durchgeführt worden²⁴⁹. Der erstgenannte Provokationsversuch galt eigentlich bereits 1939 als „zur Geschichte der Irrtümer der Heilkunde“ angehörend.²⁵⁰ Er beruhte darauf, dass nach intravenöser Gabe größerer Mengen Cardiazol epileptische Anfälle provoziert werden konnten. Allerdings waren diese nicht auf Epileptiker beschränkt, sondern konnte auch bei Gesunden hervorgerufen werden.²⁵¹ Der Tonephin-Wasserstoßversuch gründete auf der Erkenntnis einer Wasserretention vor dem Anfall. Nach Gabe großer Mengen Flüssigkeit und gleichzeitiger Injektion von Tonephin (antidiuretisch wirkendes Hormon des Hypophysenhinterlappens) „tritt fast bei der Hälfte der Fälle von genuiner und symptomatischer Epilepsie ein Krampfanfall auf, während Nichtepileptiker keinen Anfall bekommen“.²⁵²

Zwischen 1933 und 1938 wurden nur fünf Patienten mit der Diagnose „Epilepsie“ nach Stadtroda verlegt. Diese Verlegungen fanden 1933, 1935 und 1938 statt. In Jena wurden drei der Kranken mit Luminal therapiert. Bei zwei weiteren Patienten wurde 1933 und 1938 eine Therapie mit Cardiazol-Chinin, den Barbituraten Prominal und Luminal²⁵³ bzw. mit Luminal und Morphin-Scopolamin durchgeführt. Über den Verlauf der Therapie dieser Patienten in Stadtroda ist nichts weiter bekannt.

Das im Jahr 1933 bei einem Patienten verabreichte Medikament Prominal, in der Literatur als Mittel der ersten Wahl empfohlen,²⁵⁴ wurde zwar als weniger wirksam als Luminal beschrieben, wies aber auch weniger lästige Nebenwirkungen auf. Die Bemerkung von Kolle, dass Prominal den Nachteil habe, sehr teuer zu sein²⁵⁵, konnte anhand des Preisverzeichnisses aus dem gleichen Jahr nicht bestätigt werden.

Bei der Xifalmilch, mit der 1942 nachweislich ein Patient in Jena kuriert wurde, handelte es sich um entfettete Milch mit Zusatz von Bakterieneiweiß, welche als unspezifische Therapie²⁵⁶ in der Epilepsiebehandlung eine Reihe von Anhängern hatte. Sie zählt zur Proteinkörpertherapie, die durch künstlich erzeugtes Fieber eine Besserung oder Heilung erreichen sollte.²⁵⁷

²⁴⁹ ThStAR, Bestand LFK Stadtroda, Karton 219, Akte 7651.

²⁵⁰ Kolle, 1939, S. 234.

²⁵¹ Langsteiner und Stiefeler, 1938.

²⁵² Kloos, 1944, S. 362.

²⁵³ Rote Liste 1939, S. 395 u. S. 531.

²⁵⁴ Kolle, 1939, S. 246 u. Kloos, 1944, S. 372.

²⁵⁵ Kolle, 1939, S. 246.

²⁵⁶ Poullson, 1940, S. 611.

²⁵⁷ Lange, 1927, S. 837/838.

Die Indikation subkutaner Morphin-Scopolamin-Gaben bestand bei Erregungszuständen.²⁵⁸

Tab. 26: Therapie der Epilepsie-Patienten in Jena und Stadtroda

Jahr der Verlegung	Zahl der Epilepsie-Patienten insgesamt	Therapie der Pat. mit Luminal		Sonstige Therapien der Pat.	
		Zahl in Jena	Zahl in Stadtroda	Zahl in Jena	Zahl in Stadtroda
1939	1			Paraldehyd: 1 Pat.	
1940	6	4	2		Glyboral forte: 1 Pat.
1941	2		1		Glyboral u. Cardiazolchinin: 1 Pat.
1942	6	4		Luminal u. Xifalmlch: 1 Pat.	Glyboral: 3 Pat. Glyboral + Luminal: 1 Pat.
1944	3		1		Glyboral: 1 Pat.
gesamt	18	8	4	2	7

Das häufig verabreichte Medikament Glyboral, das aufgrund des entwässernden Bors eine anfallswidrige Stoffwechsellage begünstigt²⁵⁹, wird in einem 1944 erschienen Lehrbuch von Kloos bei kindlicher Epilepsie als genügend empfohlen. Neben den u.a. schon genannten Barbitursäurepräparaten empfahl Kloos zwei weitere Kombinationspräparate (Lubrokal und Belladenal)²⁶⁰, die aber teurer waren als das vorwiegend in Stadtroda verwandte Glyboral.²⁶¹

²⁵⁸ Kloos, 1944, S. 413.

²⁵⁹ Stauder, 1938.

²⁶⁰ Kloos, 1944, S. 372.

²⁶¹ Rote Liste, 1939, S. 77 u. S.3 95.

Tab. 27: Therapievergleich der Patienten mit Epilepsie in Jena und Stadtroda

Jahr	Patient	Therapie Jena	Therapie Stadtroda
1940	1	Luminal	Luminal
	2	Luminal	Luminal
	3	Luminal	Glyboral forte
1942	1	Luminal	Glyboral
	2	Luminal, Xifalmilch	Glyboral, Luminal
	3	Luminal	Glyboral

Die jeweiligen Therapiemaßnahmen der beiden Einrichtungen zeigen, dass Stadtrodaer Ärzte nicht unbedingt die Therapie der Nervenlinik Jena übernahmen, sondern bei Epilepsie vorzugsweise das preiswertere Glyboral verordneten.

5.1.4.2.3 Therapie der Lues

Vierzehn der von Jena nach Stadtroda verlegten Patienten litten an metaluetischen Krankheitsbildern wie Tabes dorsalis, Taboparalyse und Progressive Paralyse. Einteilen lässt sich die dazu vorgesehene Therapie in eine spezifische und eine unspezifische. Während man bei der Tabes dorsalis eine brüske Therapie zu vermeiden versuchte und mit der Malariakur eher zurückhaltend war²⁶², wurde für die Paralyse eine unspezifische Therapie mit Malaria und anschließender spezifischer Therapie empfohlen.²⁶³ Angewendet wurden bei der Paralyse Kombinationskuren zumeist mit Wismut- und Arsenpräparaten. Während die letztgenannte Kur bereits 1910 eine neue Ära der Syphilistherapie einleitete²⁶⁴, galt Wismut seit 1921 als ein „mächtiges Antiluetikum“, obwohl es schon Jahre zuvor u.a. von Ehrlicher als Therapie bei Syphilis ausprobiert worden war.²⁶⁵ In Jena galt das Bismogenol als Standard-Wismutpräparat. In Stadtroda wurde im einzigen dokumentierten Fall das unwesentlich billigere Präparat Casbis²⁶⁶ verwendet.²⁶⁷

²⁶² Weigel, 1934.

²⁶³ Ebd.

²⁶⁴ Poulsson, 1940, S. 520.

²⁶⁵ Ebd., S.520 u. S. 522.

²⁶⁶ Rote Liste, 1939, S. 125.

²⁶⁷ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 665/42.

Die Arsenkur erfolgte mit den Medikamenten Neosalvarsan oder Myosalvarsan, die zur spezifischen Therapie der Syphilis in allen Stadien diente.²⁶⁸

Nachdem 1917 der Österreicher Julius Wagner-Jauregg die Malariabehandlung der progressiven Paralyse inaugurierte²⁶⁹, wofür er im Jahr 1927 den Nobelpreis erhielt, galt diese Methode als erste Wahl. Nach Impfung mit Malaria-tertiana-Blut, das man Malariafiebernden entnommen hatte, ließ man den Kranken acht bis zehn Fieberanstiege durchmachen und beendete diesen Malariaschub mit der Verabreichung von Chinin²⁷⁰, wie auch bei einem Patienten 1943 in Jena dokumentiert ist.²⁷¹ In der Mehrzahl der Fälle wurde dieser Abbruch allerdings mit Cardiazol-Chinin vorgenommen²⁷² (s. Tab. 30). Mildere Heilfieber erreichte man mit der Injektion von Pyrifer, einem wie Vaccineurin fiebererregenden Eiweißstoff apathogener Bakterien.²⁷³ Diese Vorgehensweise kam allerdings nicht den Erfolgen der Malariakur gleich.²⁷⁴ Vaccineurin wurde bei mindestens einem Patienten verabreicht.

Das therapeutische Vorgehen in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena ist zwischen 1937 und 1945 bei allen vierzehn verlegten Patienten mit dieser Diagnose dokumentiert. In den LHA Stadtroda ließ sich die Therapie nur bei vier Patienten nachvollziehen. Die Krankenakte dieser vier Patienten enthält auch in Jena eine Therapieangabe.

Die Kranken wurden in Jena bzw. in Stadtroda auch mit Malariablut geimpft, wie Tab. 30 zeigt. Ein Patient mit „progressiver Paralyse“ wurde in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena zwischen Juni und August 1942 mit Malaria, Neosalvarsan und Bismogenol behandelt.²⁷⁵ In Stadtroda erfolgte anschließend ab Ende September eine erneute Malariakur des 49-Jährigen. Nach einigen Fieberanstiegen waren weitere Anstiege nur mit Einspritzung durch Pyrifer zu erreichen. Aufgrund einer Herzschwäche mit nachfolgenden Ödemen bekam der Patient ein Digitalis-Präparat verabreicht. Traubenzucker-Salyrgan-Strophantin wurde verordnet. Ca. zwei Monate nach Beginn der Kur wurde diese als wirkungslos bezeichnet. Der Patient litt an fortgeschrittener Herzschwäche, die Ödeme besserten sich nicht durch Medikamentengabe. Etwa zwei Wochen später verstarb der Patient an „Herzschwäche“.²⁷⁶

²⁶⁸ Rote Liste, 1939, S. 424 u.432.

²⁶⁹ Poulsson, 1940, S. 610.

²⁷⁰ Kloos, 1940, S. 321-322.

²⁷¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 39617.

²⁷² UAJ, KB der PKJ, Nr. 31674, Nr. 33112, Nr. 2026, Nr. 38766.

²⁷³ Rote Liste, 1939, S. 545 u. S. 708.

²⁷⁴ Weigel, 1934.

²⁷⁵ UAJ, KB der PSK, Nr. 38766.

Tab. 28: Therapiemaßnahmen bei Patienten in Jena und Stadtroda

Jahr	Diagnose und Alter	Therapie in Jena	Therapie in Stadtroda
1937	Taboparalyse 39 Jahre	Cardiazol-Chinin, Neosalvarsan, Bismogenol	keine Angabe
1938	Progressive Paralyse, 52 Jahre	Malariakur, Neosalvarsan	keine Angabe
	Tabes dorsalis, 50 Jahre	Malariakur, Cardiazol- Chinin, Neosalvarsan	keine Angabe
1939	Progressive Paralyse 59 Jahre	Malariakur	keine Angabe
1941	Progressive Paralyse, 52 Jahre	Malariakur	keine Angabe
	Progressive Paralyse, 40 Jahre	Malariakur, Cardiazol-Chinin, Neosalvarsan, Bismogenol	keine Angabe
1942	Progressive Paralyse, 39 Jahre	Malariakur, Cardiazol-Chinin, Neosalvarsan, Bismogenol	Malariakur und Pyrifer,
	Progressive Paralyse, 39 Jahre	Neosalvarsankur, Malariakur	Neosalvarsan-Casbis-Kur
1943	Tabes dorsalis, 55 Jahre	Schmierkur, Vaccineurin, Sulfosin	keine Angabe
	Progressive Paralyse, 50 Jahre	Myosalvarsan, Bismogenol	Neosalvarsan
	Progressive Paralyse, 67 Jahre	Malariablut, Bismogenol, Chinin, Myosalvarsan	keine Angabe
1944	Taboparalyse, 37 Jahre	Malariablut, Neosalvarsan- Kur	keine Angabe
	Progressive Paralyse, 59 Jahre	Malariakur, Pyrifer	Malariablut
1945	Taboparalyse, 65 Jahre	Pyrifer, Neosalvarsan- Kur	keine Angabe

Die (Quecksilber-)Schmierkur entsprach ebenfalls einer spezifischen Teilbehandlung der Lues.²⁷⁷ Ein 55-jähriger Patient mit der Diagnose „Tabes dorsalis“ wurde 1943 in Jena zusätzlich mit Vaccineurin und Sulfosin, einem Schwefelpräparat, welches in hohen Dosen zum Heilfieber bei Syphilis bestimmt war,²⁷⁸ therapiert.²⁷⁹

Verglichen mit der aufgeführten Literatur scheint die Behandlung in Jena mit spezifischen und unspezifischen Heilmethoden der Syphilis zeitgemäß. Die anschließende Therapie in Stadtroda wurde bei den wenigen nachweisbaren Behandlungen mit geringen Abwandlungen und weniger Variation von Medikamenten weitergeführt. Fehlende Stadtrodaer Akten oder fehlende Information wurden in Tab. 30 mit „keine Angabe“ vermerkt.

5.1.4.2.4 Therapie weiterer Erkrankungen

Neben den bereits aufgeführten Krankheiten und deren Behandlung wurden bei Patienten mit den Erkrankungen „Arteriosklerosis cerebri“ „manisch-depressives Irresein“, „Psychopathie“, „Idiotie“ unspezifische Behandlungen durchgeführt. Die Gruppe der Patienten mit der Diagnose „Arteriosklerose“ ist mit zehn zwischen 1933 und 1945 Verlegten am größten (vgl. Tab. 5 u.6). Nur in Ausnahmefällen fand sich bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen eine krankheitsspezifische Therapie.

Die Behandlung der beiden 41- und 65-jährigen Patienten mit der Diagnose „manisch-depressives Irresein“, die 1933 bzw. 1938 verlegt wurden, beschränkte sich auf die Verabreichung von Sedativa. Abgesehen von den bereits erwähnten Medikamenten Scopolamin, Paraldehyd und Veronal wurde auch Amylenhydrat eingesetzt. In seiner Wirkung sei das Amylenhydrat etwas stärker als Paraldehyd, schmecke erträglicher und werde vom Magen besser vertragen.²⁸⁰ Obwohl in der Literatur vorgeschlagen wurde, auch andere Psychosen als die Schizophrenie mit Schockbehandlungen zu therapieren²⁸¹, was manche Autoren speziell für das manisch-depressive Irresein anempfehlen²⁸², ist bei den untersuchten Patienten kein Fall mit dieser Diagnose und Schockbehandlung gefunden worden. Angewendet wurden Schockverfahren bei zwei Patienten mit den Diagnosen „Pick'sche Atrophie“ bzw. „Arteriosklerosis cerebri“. Der 53-jährige Kranke mit dem Krankheitsbild der Pick'schen Atrophie, einer degenerativen Erkrankung des Gehirns²⁸³, zeigte

²⁷⁷ Kloos, 1944, S. 322.

²⁷⁸ Poulsson, 1940, S. 388.

²⁷⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 30117.

²⁸⁰ Poulsson, 1940, S. 40.

²⁸¹ V. Braunmühl, 1941, Kögler, 1939.

²⁸² Küppers, 1939.

²⁸³ Kloos, 1944, S. 299.

in Stadtroda schizophreieartige Symptome, weshalb er dort zweimal (1942 und 1943) einer Schockkur unterzogen wurde, auf die er beide Male mit Besserung reagierte.²⁸⁴

Tab. 29: Weitere Therapiemaßnahmen bei anderen Erkrankungen

Jahr	Patient mit Diagnose	Therapie Jena	Therapie Stadtroda
1933	Man.-depr. Irresein	Paraldehyd, Amylenhydrat, Scopolamin, Veronal	keine Angabe
1937	Traumatische Demenz	Scopolamin, Mekon	keine Angabe
1938	Man.-depr. Irresein	Scopolamin	keine Angabe
	Arteriosklerosis cerebri + Paralysis agitans + Parkinsonismus	Atropin	keine Angabe
	Psychopathie u. Alkohl.	Cardiazol	keine Angabe
1939	Idiotie	Luminal	Luminal
1940	Postenzephalitischer Parkinsonismus	Atropin, Homburg 680	keine Angabe
1942	Pick'sche Atrophie	keine Angabe	Azoman-Kur, Schockkur
	Verwirrtheitszustand	keine Angabe	Paraldehyd
1943	Idiotie	Luminal	keine Angabe
1944	Debilität, Psychopathie	keine Angabe	Luminal
1945	Arteriosklerosis cerebri	keine Angabe	Schockbehandlung
	Polyneuritis, Schizophrenie	Betaxin, Lichtbügel, Massage	keine Angabe
gesamt	13		

²⁸⁴ ALFKSt, KB der LHA, Nr.350/42 ,449/42.

Bei einem 48-jährigen Patienten mit der Diagnose „Psychopathie und Alkoholismus“, der 1938 nach Stadtroda verlegt wurde, sind keine näheren Angaben zum Erfolg der Therapie möglich, da die Informationen über den Jenaer Aufenthalt aus dem Krankenblatt Stadtroda stammen. Die Jenaer Akte ist einem Eintrag von 1951 (Wiederaufnahme des Pat.) zufolge verloren gegangen.

Atropin, ein Alkaloid der Belladonna, das Scopolamin enthält, wurde zur symptomatischen Therapie der Paralysis agitans und des postenzephalitischen Parkinsonismus eingesetzt. Ein 35-jähriger Patient mit „postenzephalitischem Parkinsonismus“ bekam 1940 das Medikament „Homburg 680“ verabreicht, das die Wirkstoffe Atropin, Hyosciamin und Scopolamin enthält.²⁸⁵

Die Therapie des 1945 nach Stadtroda verlegten Patienten mit den Diagnosen „Schizophrenie und Polyneuritis“ war scheinbar nur auf dessen neurologische Erkrankung bezogen. Laut Akteneintrag handelte es sich bei dem Kranken um einen „schizophrenen Defektzustand“²⁸⁶, weshalb möglicherweise keine Schockbehandlung mehr erfolgte. Die Lichtbügel-Behandlung entsprach vermutlich einer bei dieser Diagnose indizierten Wärmebehandlung.²⁸⁷ Zusätzlich verabreicht wurde Betaxin, ein „antineuritisches Vitamin“. Indiziert war dieses Vitamin u.a. bei Neuritiden und Neuralgien.²⁸⁸ Eine weitergeführte Therapie in Stadtroda ist wegen fehlender Akten nicht zu verfolgen.

Die Verabreichung von Luminal als Schlafmittel²⁸⁹ bei den fünf und sieben Jahre alten Kindern mit der Diagnose „Idiotie“ erfolgte aufgrund von „Lebhaftigkeit“²⁹⁰ und wegen „Wutanfällen“.²⁹¹

5.1.4.3 Therapie der später Verstorbenen

Bei 26 der 51 in Stadtroda verstorbenen Patienten ist eine Angabe zu therapeutischen Maßnahmen in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena zu finden. Für weitere 18 Kranke ist dort keine Therapie nachweisbar. Von sieben Patienten ist kein Jenaer Krankenblatt vorhanden.

In Stadtroda wurden 20 der 51 Patienten zumindest vorübergehend therapiert. 23 Kranke haben keine Therapieangabe in ihrer Krankengeschichte. Von acht dieser 51 Verstorbenen fehlt die Stadtrodaer Akte.

²⁸⁵ Kloos, 1944, S.247 u. S. 250.

²⁸⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 41083.

²⁸⁷ Kloos, 1944, S. 176.

²⁸⁸ Rote Liste, 1939, S. 82.

²⁸⁹ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 455/39.

²⁹⁰ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35875.

²⁹¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 39157.

Viele der verstorbenen Patienten haben in ihrem Arztbericht keinen Eintrag zum Erfolg der Therapie. Gab es eine schriftliche Bemerkung zum Verlauf der Erkrankung, so war diese bei den hier dargestellten Patienten fast ausschließlich negativ, d.h. eine Änderung im Krankheitsverlauf trat nicht ein. Wie in der Tabelle im Anhang ersichtlich, wurde bei drei Patienten eine Besserung ihres Krankheitszustands nach Therapie in Jena dokumentiert. In Stadtroda war die nachweisliche Besserung von zwei Patienten nur vorübergehend, ein weiterer Patient mit der Diagnose „Schizophrenie“ reagierte 1945 positiv auf eine Elektroschocktherapie.

Die Patienten litten vor ihrem Tod häufig an Diarrhö²⁹², was auf eine Fehlernährung hinweist. Oft ist dokumentiert, dass sie „mit Stuhl und Urin unrein“²⁹³ waren.

Bei Pneumonien wurden in der Regel keine Medikamente verabreicht, die das Leben des Kranken verlängern konnten. Bei fünf der Verstorbenen ist nachweislich aufgrund dessen der Tod innerhalb von wenigen Tagen eingetreten.²⁹⁴

Auffallend häufig ist kurz vor dem Tod der Patienten eine rasch eingetretene „Hinfälligkeit“ dokumentiert. Auch die plötzliche motorische Beeinträchtigung des Patienten, wie sie bei hohen Gaben von Barbitursäuren wie Luminal auftreten kann²⁹⁵, ist oft schriftlich festgehalten. Der betroffene Patient „kann sich nicht auf den Beinen halten“²⁹⁶, „fällt über seine eigenen Beine“²⁹⁷ oder „ist unsicher auf den Beinen“²⁹⁸. Weitere sich in den Krankengeschichten wiederholende Symptome der Patienten, die auf eine Barbituratüberdosierung hinweisen²⁹⁹, sind unbegründete Stauungszeichen wie Ödeme und Cyanose³⁰⁰, plötzliche Herz-Kreislaufstillstände³⁰¹, Benommenheit und Bemerkungen kurz vor dem Tod des Patienten wie „schläft viel“³⁰². Diese Symptome kommen in unterschiedlichen Kombinationen vor.

²⁹² ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2331, KG: P.G., BAB, Bestand EVZ II, Karton 63, Akte 14, KG: R.M., Karton 22, Akte 10, KG: E.D., Karton 16, Akte 14, KG: W.F., Karton 16, Akte 13, KG: K.F.

²⁹³ BAB, Bestand EVZ II, Karton 26, Akte 11, KG: H.F., Karton 1, Akte 7, KG: A.S., Karton 63, Akte 14, KG: R.M., Karton 47, Akte 8, KG: W.S., Karton 54, Akte 13, KG: E.S., Karton 19, Akte 9, KG: G.G., EVZ 1, Karton 12, Akte 1, KG: A.Z., Karton 56, Akte 15, KG: K.V.

²⁹⁴ BAB, Bestand EVZ II, Karton 20 Akte 5, KG: O.G., Karton 25, Akte 11, KG: F.F., Karton 1, Akte 7, KG: A.S., Karton 13, Akte 13, KG: H.L., ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2303/41, KG: K.P.

²⁹⁵ Poulsson, 1940, S. 45.

²⁹⁶ BAB, Bestand EVZ II, Karton 20, Akte 5, KG: O.G., Karton 26, Akte 11, KG: H.F.

²⁹⁷ BAB, Bestand EVZ II, Karton 3, Akte 14, KG: F.W.

²⁹⁸ BAB, Bestand EVZ II, Karton 48, Akte 10, KG: O.M.

²⁹⁹ Friedlander, 1995, S. 106.

³⁰⁰ BAB, Bestand EVZ II, Karton 26, Akte 11, KG: H.F., Karton 48, Akte 10, EVZ 1, Karton 17, Akte 7, KG: S.G.

³⁰¹ BAB, Bestand EVZ II, Karton 22, Akte 10, KG: E.D., Karton 56, Akte 15, KG: K.V., Karton 21, Akte 3, KG: W.I., Karton 63, Akte 14, KG: R.M.

³⁰² BAB, Bestand EVZ II, Karton 3, Akte 14, KG: F.W., Karton 65, Akte 13, KG: G.S., Karton 26, Akte 11, KG: H.F., EVZ 1, Karton 17, Akte 7, KG: S.G., Karton 12, Akte 1, KG: A.Z.

Aussagen der in dieser Zeit in Stadtroda tätigen Oberpfleger Geithe und Lange zufolge waren auch sog. Abspritzungen mit Barbituraten wie Luminal, Epivan, außerdem Skopolamin, Cardiazol, Insulin und Morphinum zur „Beseitigung“ von Kranken üblich.³⁰³

5.1.4.3.1 Arbeitstherapie und allgemeines Verhalten der in Stadtroda verstorbenen Patienten

Zur Bewertung des allgemeinen und des Arbeitsverhaltens wurden die Akteneinträge von Ärzten und Schwestern/Pflegern in Kategorien eingeteilt, unter der Hypothese, dass nicht arbeitende, störende oder gewalttätige Patienten besonders häufig in Stadtroda verstarben. Bei dieser Untersuchung wurden bei fehlenden Informationen in Stadtrodaer Akten Angaben aus Jenaer Akten hinzugezogen, ausgehend davon, dass den Ärzten in Stadtroda die Jenaer Krankengeschichte bekannt war, die grundsätzlich abgeschrieben der Akte beilag. Für die vorliegende Auswertung wurde die gesamte Dauer der dem Tod vorangegangenen Anstaltsbehandlung betrachtet.

Von 19 der 51 Verstorbenen sind Angaben zum Arbeitsverhalten des Patienten in Jena oder Stadtroda zu finden, was einem Anteil von 37,3% entspricht. Diese wurden in vier Kategorien eingeteilt.

Tab. 30: Bewertung des Arbeitsverhaltens der verstorbenen Patienten in Jena und Stadtroda

Arbeitsleistung	Pat.zahl	Prozent
positiv bewertete Arbeitsleistung	9	47,4
negativ bewertete Arbeitsleistung	7	36,8
körperlich arbeitsunfähig (Pflegefälle)	3	15,8
gesamt	19	100

Unter die positiven Bewertungen fallen Patienten, die sich generell an der Arbeit, wenn auch nur an einfachsten Tätigkeiten, beteiligten. Die Kategorie der negativen Arbeitsleistung betrifft Patienten, deren Arbeitsverhalten mit Angaben wie „tut nichts, bleibt bei keiner Arbeit“³⁰⁴, „ist meist den

³⁰³ Renner, 2004, S. 74 u. S. 75.

³⁰⁴ BAB, Bestand EVZ II, Karton 3, Akte 14.

ganzen Tag im Bett³⁰⁵, „zu keiner Arbeit zu bewegen“³⁰⁶, „keine Arbeitsleistung mehr“³⁰⁷, „muß zu jeder Arbeitsleistung geschoben werden“³⁰⁸, „beteiligt sich nicht an der Arbeit“³⁰⁹ oder „zu keiner Handlung zu bewegen“³¹⁰ charakterisiert wurde.

Es fanden sich Angaben zum Arbeitsverhalten von drei Patienten, die erst nach April 1945 verstarben. Es handelt sich dabei um zwei positiv bewertete Arbeitsleistungen und einen körperlich arbeitsunfähigen Patienten.

Die vorhandenen Angaben zur Arbeitstätigkeit sind gering und nicht ausreichend repräsentativ. Dennoch ist der hohe Anteil an positiver Arbeitsbewertung beachtlich, da die Patienten scheinbar trotz ihrer zum Tode führenden Erkrankung in der Lage waren, zumindest einfache Arbeiten zu verrichten.

Aussagen über ihr allgemeines Verhalten war von 41 verstorbenen Patienten (80,4%) nachweisbar. Anhand schriftlicher Äußerungen von Ärzten oder Pflegepersonal wurden die Kranken in fünf Kategorien eingeteilt.

Tab. 31: Bewertung des allgemeinen Verhaltens der verstorbenen Patienten in Jena und Stadtroda

Verhaltensweise	Anzahl	Prozent
gewalttätig (gegenüber Pflegepersonal oder Mitpatienten)	10	24,4
störend (auch: aggressiv, nörgelnd, weinerlich, reizbar)	10	24,4
unruhig (zumindest zeitweise)	4	9,7
stumpf, nicht ansprechbar, ohne jede Initiative, verwirrt, dement	12	29,3
ruhig (auch: guter Stimmung)	5	12,2
gesamt	41	100

Während hinsichtlich des Arbeitsverhaltens der verstorbenen Patienten ein großer Anteil an positiv bewerteter Arbeitsleistung auffallend ist, weist über die Hälfte der Patienten negative Verhaltenweisen wie „gewalttätig“, „störend“ und „unruhig“ auf. Bei etwa einem Drittel ist das Verhalten als „neutral“ zu bezeichnen.

³⁰⁵ BAB, Bestand EVZ II, Karton 43, Akte 13.

³⁰⁶ BAB, Bestand EVZ II, Karton 16, Akte 14.

³⁰⁷ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 808/42.

³⁰⁸ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 1228/43.

³⁰⁹ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 2515.

³¹⁰ BAB, Bestand EVZ II, Karton 19, Akte 9.

Nur einem relativ kleinen Patientenanteil wird positives Verhalten attestiert. Auffallend ist, dass Patienten mit positiv bewerteter Arbeitsleistung häufig durch unangenehme Verhaltensweisen auffallen und als gewalttätig oder störend beschrieben werden.

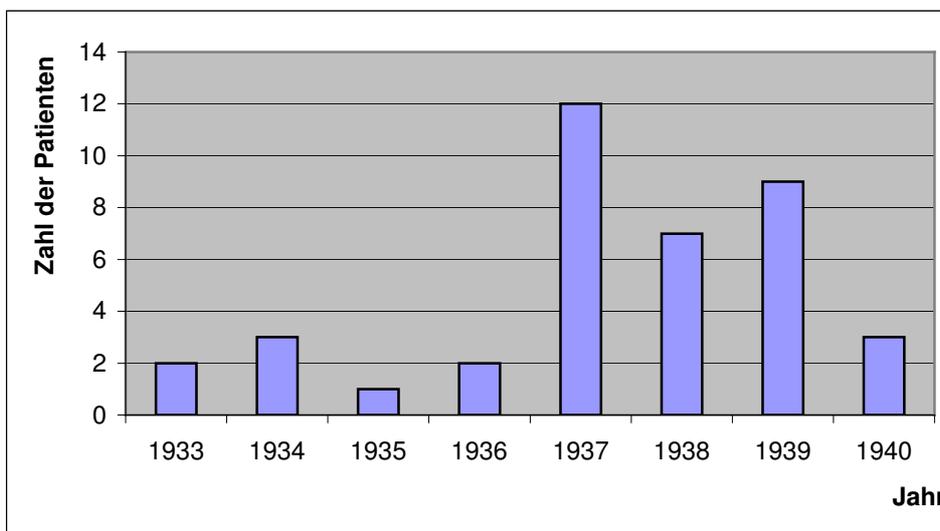
Die anfangs aufgestellte Hypothese, dass in der Mehrzahl arbeitsunfähige Patienten in Stadtroda verstarben, ist nicht eindeutig zu belegen. Zwar waren laut Akteneinträgen 52,6% der Patienten nicht arbeitsfähig, trotzdem fiel der Anteil der Arbeitenden nicht gering aus. Gemeint ist damit nicht die Arbeitsfähigkeit nach Entlassung, sondern eine für das Krankenhaus nützliche Tätigkeit.

Hingegen befinden sich insgesamt unter den Verstorbenen überwiegend Patienten mit Verhaltensweisen, die vom behandelnden und pflegenden Personal als unangenehm beschrieben wurden.

5.2 Patientenverlegung in die Landesheilanstalt Blankenhain

Zwischen 1933 und 1940 wurden 39 männliche Patienten aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena in die Thüringische Landesheilanstalt Blankenhain verlegt. 27 Patienten wurden zwischen 1933 und 1938 verlegt, weitere zwölf Verlegungen erfolgten in den Jahren 1939 und 1940. Spätere Überführungen fanden aufgrund der Schließung der Blankenhainer Anstalt, die einer Verwendung als Adolf-Hitlerschule zugeführt wurde, nicht statt.³¹¹

Abb. 18: Aus Jena nach Blankenhain verlegte Patienten



³¹¹ ThHStAW, ThMdl E 1093,Bl.3r: Schreiben des ThMdl an den Thür. Finanzminister über die Auflösung der Thür. LHA Blankenhain vom 16.10.1940.

Anders als bei den Überführungen von Patienten in die Thür. LHA Stadtroda liegt das Maximum der Verlegungen nach Blankenhain im Jahr 1937. Auch die beiden Folgejahre weisen vergleichsweise hohe Werte auf. Worauf dieser Anstieg zurückzuführen ist, ist nicht bekannt. Vermuten lässt sich, dass dadurch Kosten eingespart werden sollten.

Wie in Kap. 5.1.1.6 bereits dargestellt, wurde 1936 der Pflegesatz zur Unterbringung von Geisteskranken von 4,20 RM auf 3,60 RM reduziert, um diesen dem Reichsdurchschnitt anzupassen.³¹² Ein weiterer Grund der im Jahr 1937 angestiegenen Verlegungszahl könnte darin liegen, dass sich der Leiter der LHA Blankenhain Hellbach in einer Stellungnahme an das ThMdi vom 19.10.1935 darüber beklagte, dass die Aufnahmeziffern in seiner Anstalt im Gegensatz zu den beiden anderen thüringischen Anstalten niedrig seien. Aus dem Aufnahmebezirk der Blankenhainer Heilanstalt würden viele Kranke erst nach Jena geschickt.³¹³

Tab. 32: Anteil der Verlegungen nach Blankenhain an den jährlichen Aufnahmen in die Psychiatrische und Nervenlinik Jena

Jahr	Anteil der Verlegungen in %
1933	0,2
1934	0,3
1935	0,1
1936	0,2
1937	0,8
1938	0,4
1939	0,7
1940	0,3

Zwischen 1933 und 1940 fehlen im Archiv der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der FSU Jena die Akten von sechs der 39 verlegten Patienten. Von elf dieser Patienten lagen die Blankenhainer Krankenakten vor und konnten ausgewertet werden.

³¹² ThHStAW, ThMdi E 1072/1, Bl.9r u. 11r: Aktenvermerk vom 23.9.1936.

³¹³ ThHStAW, ThMdi E 1072/1, Bl.48r: Antwortschreiben von Hellbach an das ThMdi vom 19.10.1935 mit der statistischen Übersicht über die im Rechnungsjahre 1934 in der LHA Blankenhain aufgenommenen Geisteskranken vom 19.10.1935.

Vermutlich sind bei der Auflösung der LHA Blankenhain im Jahre 1940 die Krankenakten der verlegten Patienten mitgegeben worden. Der größte Teil der Kranken wurde von der GEKRAT, die mit den Verlegungen beauftragt wurde, „im Auftrage des Reichsverteidigungskommissars“³¹⁴ in Anstalten außerhalb Thüringens überführt. Als Aufnahmeanstalt fungierte die Zwischenanstalt Zschadraß, von wo aus die Kranken in die Tötungsanstalt Pirna/Sonnenstein weitertransportiert wurden. Etwa 80 Kranke wurden in die Thür. LHA Stadtroda überwiesen.³¹⁵ Die Geschichte der Blankenhainer Anstalt und das Schicksal der verlegten Patienten wird im Rahmen einer medizinhistorischen Dissertation derzeit untersucht. Im Archiv des Landesfachkrankenhauses Stadtroda wurde die Akte eines Blankenhainer Patienten gefunden. Sie enthielt auch das Blankenhainer Krankenblatt.³¹⁶ Bei einem weiteren Patient, der ebenfalls anschließend nach Stadtroda verlegt wurde, ist dies in der Akte Jena dokumentiert.³¹⁷

³¹⁴ ThHStAW, ThMdl E 1093, Bl. 3r: Schreiben des ThMdl an den Thür. Finanzminister über die Auflösung der Thür. LHA Blankenhain vom 16.10.1940.

³¹⁵ Ebd. (3r).

³¹⁶ ALFKSt, KB der LHA, Nr. 1479/40.

Tab. 33: Zwischen 1933 und 1938 von Jena nach Blankenhain verlegte Patienten

Patient	Jahr	Diagnose	Alter	Beruf	fehlende Akte
1	1933	Arteriosklerosis cerebri	55 J.	Eisendreher	Blankenhain
2	1933	Dementia paranoides	38 J.	Kreisbaurat	Blankenhain
3	1934	Dementia paranoides	37 J.	Maurer	Blankenhain
4	1934	chron. Alkoholismus	56 J.	Invalide	
5	1934	genuine Epilepsie	32 J.	Arbeiter	Blankenhain
6	1935	Chronische Manie	53 J.	Dekorateur	Blankenhain
7	1936	traumatische Epilepsie	23 J.	Fleischer	Jena
8	1936	Schizophrenie	35 J.	Musiker	Blankenhain
9	1937	Schizophrenie	25 J.	Friseurlehrling	Jena
10	1937	Schizophrenie	25 J.	Kaufmann	Blankenhain
11	1937	Dementia praecox	25 J.	Arbeiter	
12	1937	Schwachsinniger Psychopath	30 J.	Arbeiter	
13	1937	Imbecillität	24 J.	Arbeiter	
14	1937	Debilität	52 J.	Sattler	Blankenhain
15	1937	chron. Alkoholismus	50 J.	Geschirrführer	Blankenhain
16	1937	progressive Paralyse	70 J.	Rentner	
17	1937	exogene Depression	46 J.	Holzschnitzer	Blankenhain
18	1937	Depression, Art. cerebri	46 J.	Wirker	Blankenhain
19	1937	genuine Epilepsie	17 J.	Böttcher	Blankenhain
20	1937	unbekannt	unbekannt	unbekannt	Jena , Blankenhain
21	1938	Schizophrenie	26 J.	Angestellter	Blankenhain
22	1938	Schizophrenie	36 J.	unbekannt	Jena, Blankenhain
23	1938	Schizophrenie	37 J.	Arbeiter	
24	1938	Schizophrenie	unbekannt	unbekannt	Jena , Blankenhain
25	1938	Dementia paranoides	37 J.	Hausmann	Blankenhain
26	1938	Art. cerebri	54	Ohne Beruf	Blankenhain
27	1938	Debilität	28	Gärtner	Blankenhain

³¹⁷ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35386.

Anders als in den Akten der LHA Stadtroda wurden in denen der LHA Blankenhain keine Meldebögen, Geburts- oder Heiratsurkunden gefunden. Eine polizeiliche An- bzw. Abmeldung lag ebenfalls keiner Akte bei.

Tab. 34: 1939 und 1940 von Jena nach Blankenhain verlegte Patienten

Patient	Jahr	Diagnose	Alter	Beruf	fehlende Akte
28	1939	Schizophrenie	23	Tiefbautechniker	
29	1939	Schizophrenie	29	RAD	Blankenhain
30	1939	Schizophrenie	43	Arbeiter	
31	1939	Schizophrenie	45	unbekannt	Blankenhain
32	1939	Schizophrenie	51	Akademiker	
33	1939	schizophrener Defektzustand	56	ohne Beruf	Blankenhain
34	1939	Imbecillitas	46	Arbeiter	Blankenhain
35	1939	chron. Alkoholismus	46	Hausmeister	Blankenhain
36	1939	unbekannt	31	unbekannt	Blankenhain, Jena
37	1940	progressive Paralyse	46	unbekannt	Blankenhain
38	1940	progressive Paralyse	51	unbekannt	Blankenhain
39	1940	Schizophrenie	43	unbekannt	Blankenhain

Die Darstellungen aller Patienten zeigt, dass im untersuchten Zeitraum von vier Patienten weder Angaben über den Aufenthalt in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena noch über den in der LHA Blankenhain existieren. Nur von neun Kranken waren beide Akten einsehbar.

5.2.1 Analyse der Jenaer Krankenakten

5.2.1.1 Einweisende Stellen

Zum größten Teil wurden die Patienten von niedergelassenen sowie Kreis-, Amts- oder in Krankenhäusern praktizierenden Ärzten anderer Fachgebiete in die Psychiatrische und Nervenlinik der Universität eingewiesen. Einweisungen durch Polizei und Angehörige bilden hier die Ausnahme.

Tab. 35: Einweisende Stellen

Jahr	behandelnder Arzt	Amtsarzt/Kreisarzt/ Gesundheitsamt	Krankenhäuser/ Kliniken der FSU	Polizei	Angehörige
1933	1	0	1	0	0
1934	1	1	0	0	1
1935	1	0	0	0	0
1936	0	0	1	0	0
1937	4	3	1	1	0
1938	3	1	0	1	0
1939	2	2	0	0	0
1940	3	0	0	0	0
ges.	15	7	3	2	1

5.2.1.2 Diagnosen

Im gesamten Untersuchungszeitraum nehmen die Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ einen herausragenden Anteil ein. Insbesondere gilt dies für die Jahre ab 1937. Anders als bei der Verteilung der Krankheitsbilder der nach Stadtroda verlegten Patienten, ist die zweitgrößte Gruppe die der Patienten mit „Debilität“ (auch „Imbecillität“, „schwachsinniger Psychopath“). Entsprechend den Verlegungen nach Stadtroda wurde der erste Kranke mit der Diagnose „progressive Paralyse“ 1937 in die Landesheilanstalt überführt. Nach sechs Wochen wurde er jedoch entlassen. Zwei weitere Patienten mit dieser Diagnose wurden 1940 verlegt. Dabei handelt

es sich um einen pflegebedürftigen und einen „gemeingefährlichen“ Kranken, die wahrscheinlich aus Kostengründen in die Landesheilstalt verlegt wurden³¹⁸.

Krankheiten, die in Tab. 38 unter „Sonstige“ aufgelistet sind, betrafen Patienten mit den Diagnosen „Depression/Arteriosklerosis cerebri“, „chronische Manie“, „exogene Depression“ und „traumatische Epilepsie“.

Der Anstieg an Verlegungen und die damit verbundene größere Vielfalt an Krankheitsbildern ab 1937 ist vermutlich auf die bereits erwähnte Reduzierung des Pflegesatzes in den staatlichen Thüringer Heilanstalten vom 1.10.1936³¹⁹ zurückzuführen. Hinzu kam, dass 1937 ein starker Anstieg von Aufnahmen männlicher Patienten in der Psychiatrischen und Nervenlinik zu Jena zu verzeichnen war. Mit 1.629 männlichen Kranken erreichte die Aufnahmenzahl dieses Jahres ein vorläufiges Maximum.³²⁰

Tab. 36: Diagnosen der von Jena nach Blankenhain verlegten Patienten

Jahr	Schizophrenie (Pat.zahl)	Genuine Epilepsie (Pat.zahl)	Debilität (Pat.zahl)	Alkoholis- mus (Pat.zahl)	Progressive Paralyse (Pat.zahl)	Arterio- sklerosis cerebri (Pat.zahl)	Sonstige Diagnosen (Pat.zahl)
1933	1	0	0	0	0	1	0
1934	1	1	0	1	0	0	0
1935	0	0	0	0	0	0	1
1936	1	0	0	0	0	0	1
1937	4	1	3	1	1	0	2
1938	5	0	1	0	0	1	0
1939	7	0	1	1	0	0	0
1940	1	0	0	0	2	0	0
ges.	20	2	5	3	3	2	4

³¹⁸ UAJ, KB der PKJ, Nr. 35386 u. Nr. 30067.

³¹⁹ ThHStAW, ThMdI, E1072/1, Bl. 11r: Aktenvermerk über die Verpflegungssätze in den staatlichen Heilanstalten vom 23. September 1936.

³²⁰ Rolbetzki, 1941, S. 8/9.

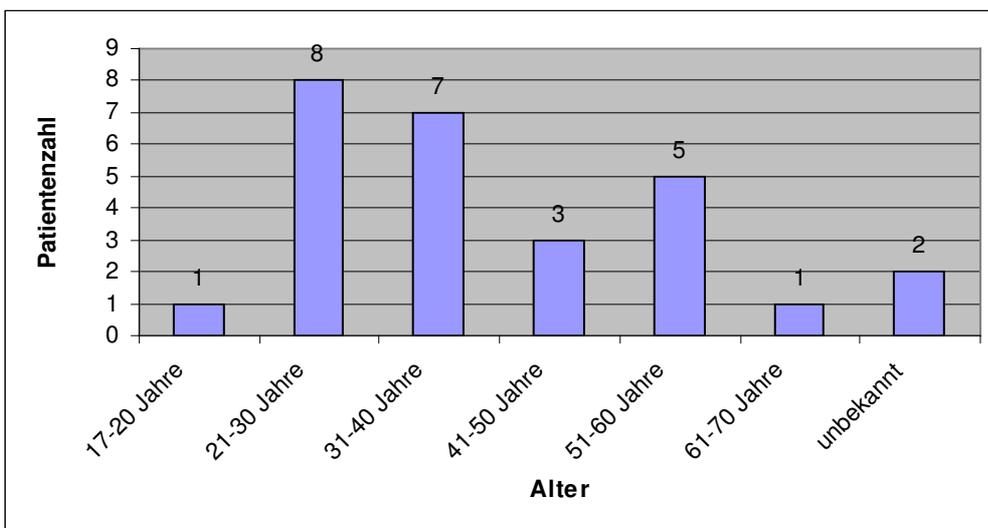
5.2.1.3 Altersstruktur

Die Altersspanne der männlichen Kranken lag zwischen 17 und 70 Jahren. Als jüngster Patient wurde der 17-jährige Heinz S. 1937 mit der Diagnose „genuine Epilepsie“ nach Blankenhain verlegt. 1939 wurde er erneut in Jena aufgenommen und im Juni desselben Jahres nach Stadtroda verlegt. Aus einem Schreiben in der Krankenakte Jena geht hervor, dass er nach seiner Entlassung aus der Thüringischen LHA Stadtroda 1940 an einer Lungentuberkulose gestorben sei. Bei der Sektion der Leiche wurde ein hühnereigroßer Hirntumor gefunden, weshalb der Bruder des Toten als SS-Angehöriger ein Wiederaufnahmeverfahren beim Erbgesundheitsgericht beantragte.³²¹

Der mit 70 Jahren mit Abstand älteste Patient mit der Diagnose „progressive Paralyse“ wurde nach knapp sechswöchiger Behandlung in Blankenhain im November 1937 nach Hause entlassen.³²²

Von zwei Patienten, die 1937 und 1938 nach Blankenhain verlegt wurden, fehlt die Altersangabe.

Abb. 19: Altersverteilung der Patienten, die zwischen 1933 und 1938 nach Blankenhain verlegt wurden



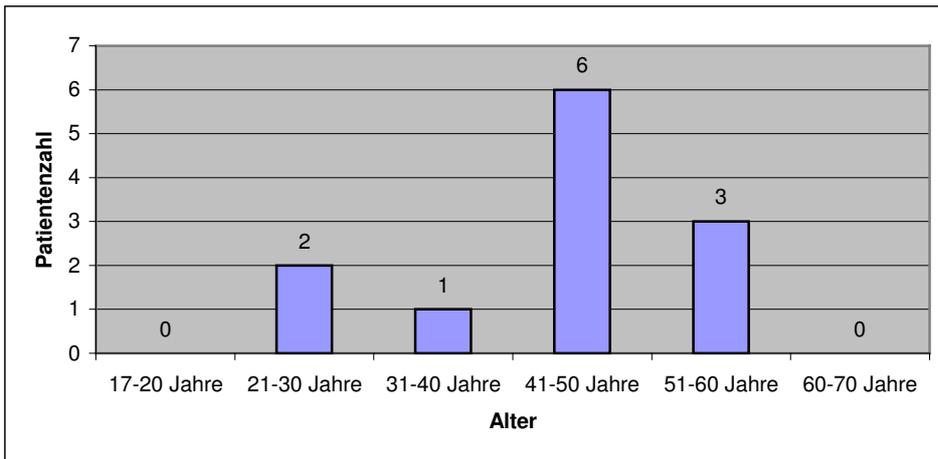
Im Zeitraum 1933 bis 1938 wurden überwiegend jüngere Männer bis 40 Jahre nach Blankenhain verlegt. Dieser Sachverhalt korreliert mit der Häufigkeit der Schizophrenie unter den verlegten Patienten, deren Erkrankungsalter zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr lag.³²³

³²¹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 30936.

³²² ThHStW, Bestand Thür. LHA Blankenhain, Nr. 424.

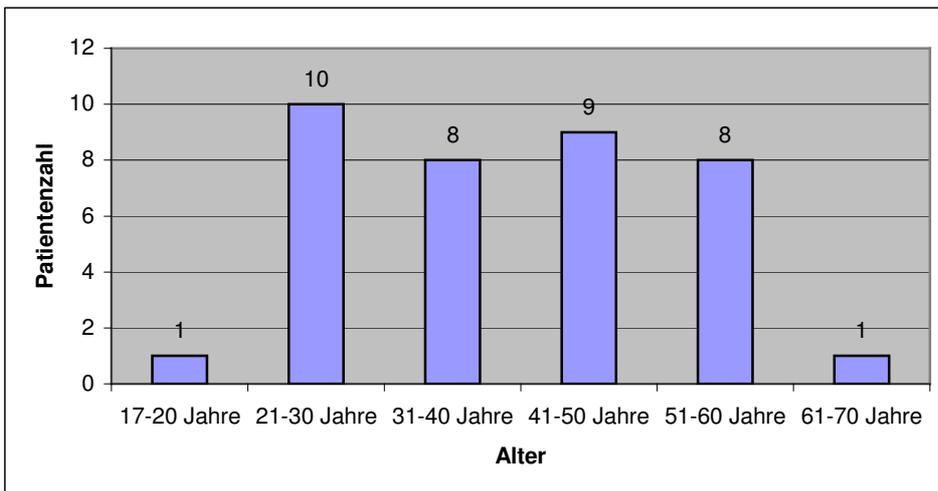
³²³ Kloos, 1944, S. 392.

Abb. 20: Altersverteilung der Patienten, die in den Jahren 1939 und 1940 nach Blankenhain verlegt wurden



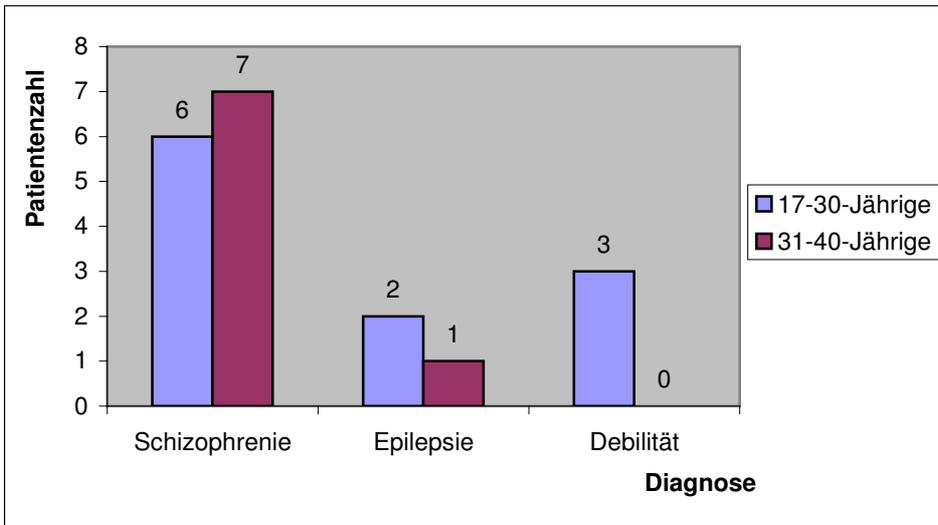
Im Gegensatz zum ersten Zeitraum bis 1938 ist zwischen 1939 und 1940 ein deutlicher Wandel im Verlegungsalter zu erkennen. In dieser Zeit wurden vorwiegend 41- bis 50-jährige Patienten in die LHA gebracht. Es handelt sich dabei mehrheitlich um Kranke mit der Diagnose „Schizophrenie“, darüber hinaus besteht diese Gruppe aus Patienten mit den Diagnosen „Depression“ und „Alkoholismus“.

Abb. 21: Altersverteilung der zwischen 1933 und 1940 nach Blankenhain verlegten Patienten



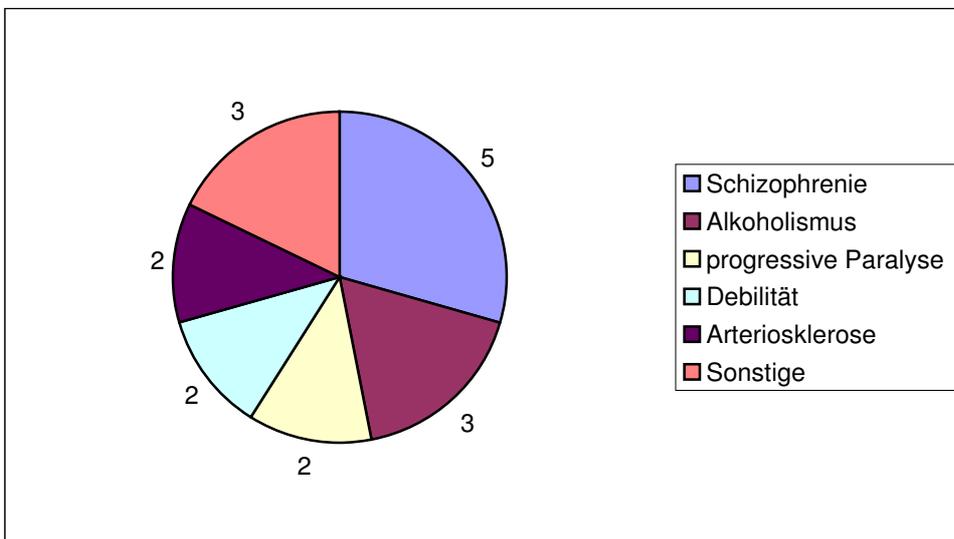
Den gesamten Zeitraum in Abb. 21 betrachtend, fällt auf, dass nur ein Jugendlicher und ein Rentner verlegt wurden, alle anderen Patienten waren zwischen 23 und 56 Jahre alt.

Abb. 22: Diagnosenverteilung in den Gruppen der 17- bis 30-Jährigen und der 31- bis 40-Jährigen



Während die Diagnosen „Schizophrenie“ und „Epilepsie“ beide in Abb. 22 dargestellte Altersgruppen betrifft, sind keine 31- bis 40-Jährigen mit der Diagnose „Debilität“ nach Blankenhain verlegt worden.

Abb. 23: Diagnosenverteilung in der Gruppe der 41- bis 56-Jährigen

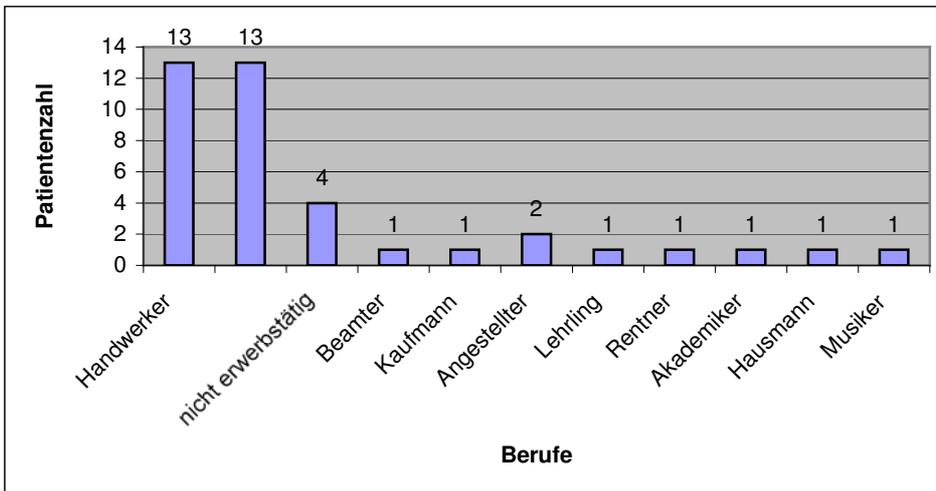


Abweichend von den beiden jüngeren Gruppen in Abb. 22 sind die Diagnosen in der Gruppen der älteren Patienten breiter gefächert. Neben eher altersbedingten bzw. fortgeschrittenen Erkrankungen, wie „Arteriosklerose“ und „Spätsyphilis“, ist die Diagnose „Alkoholismus“ bei drei Patienten zwischen 46 und 56 Jahren verzeichnet.

5.2.1.4 Sozialer Status

Von einzelnen Ausnahmen abgesehen, stammen die meisten Patienten aus sozial schwächeren Schichten. Wie bereits bei den Verlegungen nach Stadtroda dargestellt wurde, ist auch hier die Unterschicht, verglichen mit der Gesamtbevölkerung überrepräsentiert.

Abb. 24: Berufe der Patienten



Zwei der nicht erwerbstätigen Patienten hatten keinen Beruf, ein weiterer 56-jähriger Kranker mit der Diagnose „Alkoholismus“ war invalide. Ein Patient, dessen Alter nicht bekannt ist, war „Student der Leibesübungen“ und somit ebenfalls nicht erwerbstätig. Bei dem in Abb. 24 verzeichneten Akademiker handelt es sich um einen 50-jährigen Doktor phil. und chem. mit der Diagnose „Schizophrenie“, der laut vorhandenem Gutachten mehrmals vergeblich versuchte, in einem Beruf unterzukommen und seit Anfang der 30er Jahre keine regelmäßige Arbeit mehr geleistet habe.³²⁴

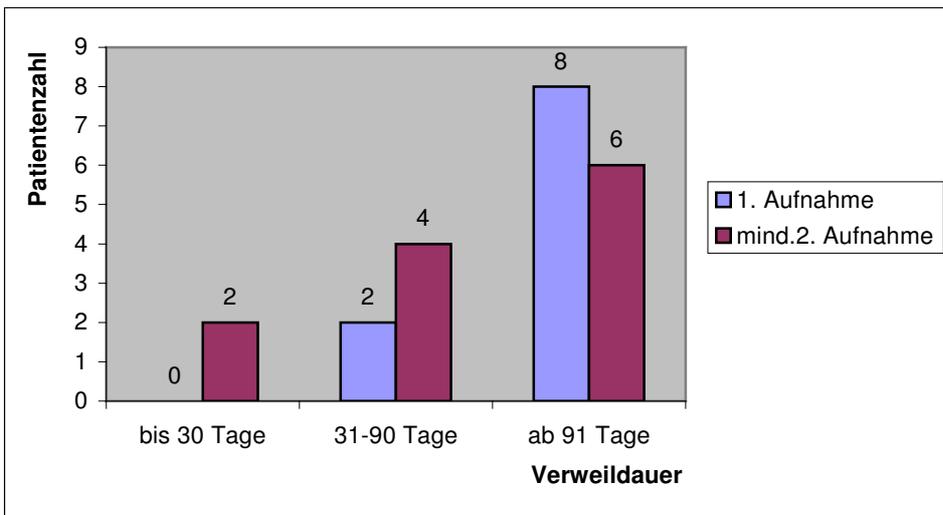
5.2.1.5 Die Verweildauer der Patienten in Blankenhain

Die Aufenthaltsdauer der Patienten in der LHA Blankenhain, die zwischen 1933 und 1938 erstmalig aufgenommen wurden, betrug zwischen 86 und 295 Tagen. Kranke, die schon mehrfach in Jena behandelt wurden, blieben dort zwischen 13 und 368 Tagen.

Insgesamt ist die Verweildauer in Jena von 22 Patienten in diesem Zeitraum bekannt, zwölf dieser Patienten wurden schon mindestens zum zweiten Mal in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena behandelt und anschließend in die LHA Blankenhain weiterverlegt.

³²⁴ UAJ, KB der PKJ, Nr. 34958.

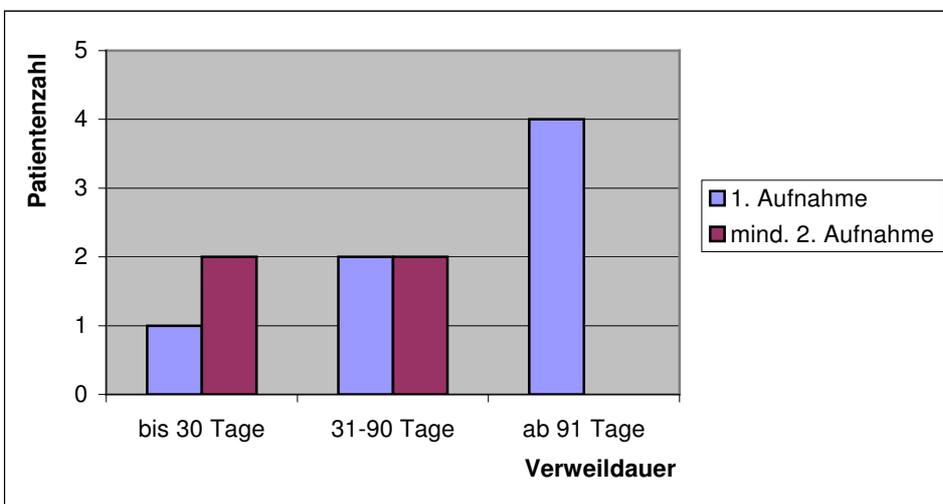
Abb. 25: Verweildauer der Patienten in Jena vor Verlegung nach Blankenhain zwischen 1933 und 1938



Sowohl zwischen 1933 und 1938 (Abb. 25) als auch 1939 bis 1940 (Abb. 26) ging bei den erstmals aufgenommenen Kranken ein vergleichsweise langer Aufenthalt in Jena der Verlegung nach Blankenhain voraus. Patienten, die bereits zuvor schon in der Psychiatrie und Nervenlinik behandelt worden waren, verlegte man schon nach kürzeren Aufenthalten nach Blankenhain.

Im Zeitraum 1939 bis 1940 ist von einem der zwölf Männer keine Angabe zur Aufenthaltsdauer in Jena zu finden. Sieben Patienten wurden zum ersten Mal aufgenommen und blieben zwischen 29 und 324 Tagen. Vier Patienten mit mehrfacher Aufnahme wurden nach kürzerem Aufenthalt, d.h. nach 20-60 Tagen Verweildauer in der Psychiatrischen und Nervenlinik in die Blankenhainer Anstalt verlegt.

Abb. 26: Verweildauer der Patienten in Jena vor Verlegung nach Blankenhain zwischen 1939 und 1940



Bei den vier zwischen 1939 und 1940 verlegten Männern, die nicht zum ersten Mal in Jena behandelt wurden, ist eine schnelle Weiterverlegung aus den Akten zu erkennen. Keiner dieser Patienten blieb länger als 60 Tage in Jena. Drei der vier Kranken waren zwischen 20 und 35 Tagen in der Psychiatrie und Nervenklinik.

5.2.1.6 Verlegungsgründe

Nicht bei allen Patienten ist der Verlegungsgrund im Krankenblatt erwähnt. Nur in knapp der Hälfte der Jenaer Akten (48,7%) fand sich ein entsprechender Eintrag. Während bis zum Jahr 1936 nur in der Akte von zwei Patienten ein Grund zu finden war, werden im Jahr 1937 vermehrt „Kostenründe“ als Indikation der Verlegung angegeben. Ab 1938 kommt dieser Grund nicht mehr vor. Von 1938 bis 1940 wurde häufiger aufgrund „Platzmangels“ verlegt.

Tab. 37: Gründe der Verlegung in die Landesheilanstalt Blankenhain

Jahr	Kostengründe (Pat.zahl)	Platzmangel (Pat.zahl)	Sonstige (Pat.zahl)
1934			„Wunsch der Angehörigen“
1936			„Veranlassung des Wohlfahrtsamts Weimar“
1937	4		„Anordnung des Stadtvorstands Jena“ „Platzgründe“ „zuständigkeitshalber“ „Verfügung des Landrats“
1938		2	„laut Prof. Berger“
1939		1	„nach Absprache mit Prof. Kihn“ „wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit“ „da keine Änderung im Zustand eintritt“
1940		2	
ges.	4	5	10

Obwohl Einsparungen durch niedrigere Pflegekosten für Anstaltsinsassen sicherlich auch in den Jahren nach 1937 ausschlaggebend für die Verlegung waren, wurde nun häufig „Platzmangel“ als Grund der Verlegung angegeben. Aller Wahrscheinlichkeit nach war dies eine Auswirkung der steigenden Patientenzahlen.

5.2.2 Analyse der Blankenhainer Akten

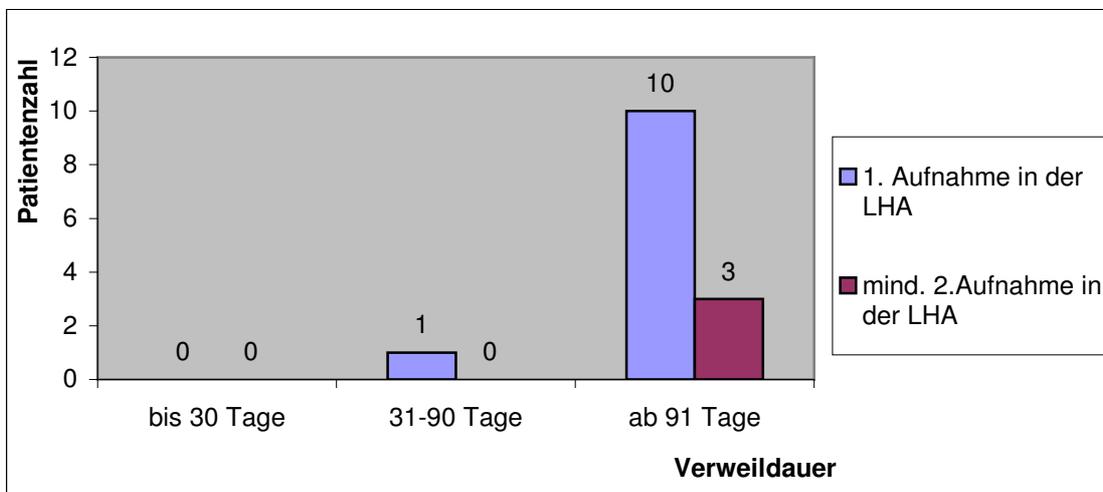
5.2.2.1 Verweildauer

Von 14 der 39 verlegten Patienten ist die Aufenthaltsdauer in Blankenhain bekannt. Zehn dieser Patienten wurden in den Jahren 1933 bis 1938 in die LHA gebracht. Vier Kranke wurden 1939 und 1940 verlegt und waren Langzeitpatienten in Blankenhain mit 111 bis 417 Tagen Aufenthaltsdauer.

Nur von wenigen Männern ist bekannt, ob sie weiterverlegt oder entlassen wurden oder in der Blankenhainer Anstalt verstarben.

Drei der zwischen 1933 bis 1938 verlegten Kranken sind bereits öfter als einmal Patienten in Blankenhain gewesen.

Abb. 27: Verweildauer der aus Jena verlegten Patienten in der LHA Blankenhain zwischen 1933 und 1940



Die Angaben über die Aufenthaltsdauer der Patienten in Blankenhain sind sehr lückenhaft und nur eingeschränkt aussagekräftig. Langzeitaufenthalte überwiegen sowohl bei erstmalig als auch bei bereits mehrmals aufgenommenen Patienten.

5.2.2.2 Verlegungen und Entlassungen

Nur von einem Drittel der Patienten ist bekannt, wodurch der Aufenthalt in der LHA Blankenhain beendet wurde. Bei der Weiterverlegung der Patienten in andere Anstalten wurden Akten mitgegeben. Hinzu kommt, dass der Verbleib der Krankenakten der Buchstaben Q-Z unbekannt ist.

Tab. 38: Verlegung, Entlassung und Tod am Ende des Aufenthalts in der LHA

Patient	Aufnahme in Blankenhain	Weiterverlegung	Entlassung	Tod
1	1934	unbekannt	unbekannt	-
2	1934	Altersheim Cumbach		-
3	1936		nach Hause	-
4	1937			1940
5	1937			1940
6	1937	Kreispflegeheim Stelzen		-
7	1937		nach Hause	-
8	1937		nach Hause	-
9	1938		nach Hause	-
10	1939	Heil- u. Pflegeanstalten Bunzlau		-
11	1939		nach Hause	-
12	1939	nach Stadtroda		-
13	1940	nach Stadtroda		-

5.2.2.3 Verstorbene

Für zwei Patienten, die 1937 von Jena verlegt wurden, endete der Aufenthalt in der LHA Blankenhain 1940 mit dem Tod.

Siegfried A. war bei seiner Aufnahme in Jena 24 Jahre alt. Er wurde am 1.3.1937 nach Blankenhain verlegt und starb dort nach über dreijährigem Aufenthalt am 15.03.1940 durch „Entkräftung infolge katatonen Stupors“ bei Schizophrenie. Der ehemalige Friseurlehrling hatte bereits mehrere Aufenthalte in der LHA Blankenhain hinter sich. Das Verhalten des Kranken wurde in der

Krankenakte als unangenehm beschrieben, er sei tötlich gegen Pfleger und Patienten geworden und habe „zu Komplotten und brutaler Gewalttätigkeit“ geneigt, außerdem sei er „unrein mit Kot“ gewesen.³²⁵

Eine medikamentöse Therapie in Form von Paraldehyd und Luminal-N.-Supp. ist bis Ende des Jahres 1939 im Krankenblatt dokumentiert. Zuvor wurde auch Sulfonal, Veronal und Trional verabreicht. Über das Arbeitsverhalten des Kranken war in der Akte keine Bemerkung zu finden.

Der 30-jährige „schwachsinnige Psychopath“ Hans B. sei als Landstreicher umhergezogen und habe gebettelt, bevor er durch den Amtsarzt des Versorgungshauses in Jena in die dortige Psychiatrische und Nervenklinik eingewiesen wurde. Sein Beruf wurde in der Akte des Archivs der Klinik für Psychiatrie und Neurologie mit „landwirtschaftlicher Arbeiter“ angegeben.³²⁶ Die Einträge im Blankenhainer Krankenblatt sind in den Jahren 1938 und 1939 sehr rar, erst ab 1940 sind regelmäßige Berichte vorgenommen worden. Seit 20.3.1940 litt der Patient an „geschwollenen Füßen“, es folgten dauernde Durchfälle, die ab dem 5.5.1940 dokumentiert waren. Am 18.5.1940 wurde die Angehörigen schriftlich von der Möglichkeit des baldigen Ablebens von Hans B. in Kenntnis gesetzt. Am 22.6.1940 verstarb er 33-jährig an „Darmkatarrh und Entkräftung“.³²⁷ Die beschriebenen Symptome weisen auf eine Mangelernährung des Kranken hin. Therapiemaßnahmen sind nicht in der Akte erwähnt. Ebenfalls finden sich keine Bemerkungen über sein Verhalten und seine Arbeitstätigkeit.

³²⁵ ThHStW, Bestand Thür. LHA Blankenhain, Nr. 27.

³²⁶ UAJ, KB der PKJ, Nr. 27971.

³²⁷ ThHStW, Bestand Thür. LHA Blankenhain, Nr. 92.

5.2.3 Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Ein Teil der in die LHA Blankenhain verlegten Patienten, die aufgrund ihrer Diagnose unter das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fielen, wurde vor der Verlegung sterilisiert. Die Informationen über die erfolgte Antragstellung stammen aus den Akten der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena. Aus den Akteneinträgen geht nicht hervor, wer die Anträge gestellt hat. Soweit nicht in Tab. 41 angegeben, sind auch keine Angaben zu Zeitpunkt und Ort der Unfruchtbarmachung bekannt. Die sehr spärlichen Informationen aus den Akten der LHA Blankenhain stimmen, soweit vorhanden, mit einer Ausnahme mit den Angaben aus Jena überein. Bei dieser Ausnahme handelt es sich um einen 43-jährigen Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“, der während seines Aufenthalts in der LHA Blankenhain im August 1939 zur Sterilisation ins Städtische Krankenhaus Weimar gebracht wurde.³²⁸

Zwischen 1933 und 1938 waren 70% der nach Blankenhain verlegten „erbkranken“ Patienten bereits sterilisiert. Bei weiteren 10% der verlegten Patienten, die unter das „G.z.V.e.N.“ fielen und zwischen 1933 und 1938 in die LHA verlegt wurden, war der Antrag zur Sterilisation bereits bewilligt.

Mindestens vier der neun Patienten, die 1939 in die LHA Blankenhain überführt wurden, waren bei ihrer Verlegung sterilisiert. Von den drei im Jahr 1940 verlegten Patienten gibt es keine Angaben zur Unfruchtbarmachung. Allerdings wäre nur ein 43-jähriger schizophrener Patient von dem Gesetz betroffen gewesen.

³²⁸ ThHStAW, Bestand Thür. LHA Blankenhain Nr. 871.

Tab. 39: Patienten mit Angaben zur Durchführung der Zwangssterilisation

Patient	Verlegungs-jahr	Diagnose	Alter	Angaben bezüglich der Durchführung
1	1934	Schizophrenie	37 J.	durchgeführt
2	1934	Alkoholismus	56 J.	Antrag 1936 in der Psychiatrischen Klinik Jena gestellt
3	1934	gen. Epilepsie	32 J.	durchgeführt
4	1935	chronische Manie	53 J.	durchgeführt
5	1936	traumat. Epilepsie	23 J.	nicht durchgeführt
6	1936	Schizophrenie	35 J.	durchgeführt
7	1937	Schizophrenie	25 J.	durchgeführt
8	1937	Schizophrenie	25 J.	durchgeführt
9	1937	Schizophrenie	25 J.	Antrag bewilligt
10	1937	schwachsinniger Psychopath	30 J.	durchgeführt
11	1937	Imbecillität	24 J.	durchgeführt
12	1937	Debilität	52 J.	durchgeführt
13	1937	Alkoholismus	50 J.	durchgeführt
14	1937	gen. Epilepsie	17 J.	durchgeführt
15	1938	Schizophrenie	26 J.	durchgeführt
16	1938	Schizophrenie	37 J.	durchgeführt
17	1938	Schizophrenie	37 J.	Antrag bewilligt
18	1938	Debilität	28 J.	durchgeführt
19	1939	Schizophrenie	45 J.	durchgeführt 1938
20	1939	Schizophrenie	23 J.	durchgeführt 1938 in Jena
21	1939	Schizophrenie	43 J.	durchgeführt 1939 in Weimar
22	1939	Schizophrenie	56 J.	Antrag 1936 in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena gestellt
23	1939	Alkoholismus	46 J.	durchgeführt

Eine Interpretation der Häufigkeit von Sterilisierungseingriffen unter den Verlegten ist wegen der ungleichen Verlegungszahlen in beiden Zeiträumen und lückenhafter Eintragungen nicht möglich. Um dennoch einen Erklärungsansatz zu finden, sind die bereits in Kap.5.1.3.1 beschriebenen hohen Zahlen von Sterilisationen vor 1939 und die anschließend sinkenden Zahlen zu nennen.

5.2.4 Therapiemaßnahmen in Jena und Blankenhain im Vergleich

5.2.4.1 Arbeitstherapie

Kommentare zur Arbeitstätigkeit während des Jenaer Aufenthalts finden sich in den Akten von vier Patienten. Drei dieser Bewertungen bescheinigen den Kranken gutes Arbeitsverhalten. Ein 22-jähriger Patient mit der Diagnose „Schizophrenie“ sei „zu keiner Arbeit zu bewegen“³²⁹, in Blankenhain habe er „nach Drängen vorübergehend in der Sattlerei gearbeitet“³³⁰.

Wie aus den spärlich vorhandenen Dokumenten hervorgeht, wurden auch in der Thür. LHA Blankenhain Patienten zu Arbeiten herangezogen. Bereits um 1880 wurde zur Beschäftigung der Kranken in Blankenhain und zur eigenen Versorgung eine landwirtschaftliche Kolonie gegründet. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden in der LHA „Werkstätten mannigfacher Art“³³¹, die zur Arbeitstherapie genutzt wurden. Aus einem Brief des Direktors Hellbach an das ThMdI vom 19.10.1935 geht hervor, dass vorwiegend ruhige chronisch Kranke für den Betrieb unentbehrliche Arbeitskräfte darstellten. Seinen Angaben nach ersparte die Blankenhainer LHA jährlich mindestens 50.000 RM durch Beschäftigung der Patienten mit den verschiedensten Arbeiten.³³² Hellbachs persönlicher Standpunkt zur Beschäftigung als therapeutische Maßnahme ist nicht bekannt. Gefunden wurde außer der anfangs aufgeführten Bewertung nur eine weitere schriftliche Äußerung. Dieser Patient habe „ständig zur Arbeit angehalten“³³³ werden müssen.

5.2.4.2 Medikamentöse Schocktherapien

5.2.4.2.1 Die Therapie der Schizophrenie

Angaben zu therapeutischen Maßnahmen bei Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ wurden in den Akten des Archivs der Klinik für Psychiatrie und Neurologie bei acht von 39 verlegten

³²⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 34069.

³³⁰ ThHStAW, Bestand Thür. LHA Blankenhain, Nr. 496.

³³¹ Tietze, 1942, S. 24.

³³² ThHStAW, ThMdI E 1072/1, Bl.49r: Antwortschreiben von Hellbach an das ThMdI vom 19.10.1935 mit der statistischen Übersicht über die im Rechnungsjahre 1934 in der LHA Blankenhain aufgenommenen Geisteskranken vom 19.10.1935.

³³³ ThHStAW, Bestand Thür. LHA Blankenhain, Nr. 481.

Kranken gefunden. Entsprechend der Krankenbehandlung der nach Stadtroda verlegten Patienten ist auch hier die erste Insulinkur 1936 dokumentiert.

Schocktherapien in Blankenhain sind bei den vier Schizophreniepatienten mit therapeutischen Angaben nicht dokumentiert, obwohl zwei der betroffenen Patienten erst 1939 in die Landesheilanstalt überführt wurden.

Ob in der Landesheilanstalt Blankenhain die Anforderungen der Schocktherapien an Personal und Räumlichkeiten hätten verwirklicht werden können oder sogar tatsächlich verwirklicht wurden, ist nicht bekannt. Als Voraussetzung für die Durchführung der Insulinkur wurde in der Fachliteratur die Einrichtung einer Insulinstation empfohlen, für die ausreichendes und geschultes Ärzte- und Pflegepersonal nötig waren.³³⁴ Möglicherweise lohnte sich der relativ hohe Aufwand dieser Therapie bei nur geringer Aufnahme von Geisteskranken, deren Heilung aus damaliger Blankenhainer Sicht „prognostisch ungünstig ist“³³⁵, nicht.

Grundsätzlich folgten die Ärzte in der Psychiatrischen- und Nervenlinik Jena dem allgemeinen Trend der „aktiven Behandlungsmaßnahmen“. Beginnend mit der Insulinkur (s. Kap. 5.1.4.2.1), ging man über zu Schocktherapien mit Cardiazol und Azoman. Die beiden Patienten, die 1937 in Jena und Blankenhain nur medikamentös behandelt wurden, waren keine „frischen Schizophreniefälle“, sondern wurden zuvor bereits mehrmals sowohl in Jena als auch in Blankenhain stationär behandelt. Ausschlaggebend für das Ergebnis der Schockkur war, dass der Erkrankungsbeginn nicht weit zurück liegen durfte.³³⁶ Nach Runge konnten allerdings auch die „älteren und alten Fälle durchaus noch Erfolg haben“.³³⁷

³³⁴ Walther, 2000, S. 50, Roemer, 1938.

³³⁵ ThHStAW, ThMdl E1072/1, Bl.48r, Antwortschreiben von Hellbach an das ThMdl vom 19.10.1935 mit der statistischen Übersicht über die im Rechnungsjahre 1934 in der LHA Blankenhain aufgenommenen Geisteskranken vom 19.10.1935.

³³⁶ Walther, 2000, S.78; v. Angyal, 1937.

³³⁷ Runge, 1942.

Tab. 40: Therapie der Schizophrenie

Jahr	Therapie der Patienten in Jena	Therapie der Patienten in Blankenhain
1936	Veronal, Insulinkur	unbekannt
1937	Amylenhydrat u. Paraldehyd im Wechsel	Veronal, Sulfonal, Trional, Paraldehyd, Luminal- Na.-Supp.
	Luminal	Paraldehyd
	Insulinkur	unbekannt
1938	Cardiazolkur	unbekannt
	Cardiazolkur	unbekannt
1939	Azoman-Kur, Cardiazolkur	Hypnomorph (=Apomorphin) ³³⁸
	unbekannt	Paraldehyd im Wechsel mit Luminal-Na.-Supp.

Bei keinem Patienten wurde die in Jena durchgeführte Therapie weitergeführt oder wiederholt. Alle vorliegenden Blankenhainer Akteneinträge dokumentieren nur die Verabreichung von sedierenden Medikamenten.

5.2.4.2.2 Die Therapie der genuinen Epilepsie

Von zwei Kranken mit der Diagnose „genuine Epilepsie“ fanden sich Informationen zu therapeutischen Maßnahmen nur während des Jenaer Aufenthalts. Bei einem Patienten mit „traumatischer Epilepsie“ konnte weder in der Blankenhainer noch in der Jenaer Akte ein Eintrag gefunden werden.

Otto S., ein 32-jähriger Patient, der 1934 nach Blankenhain verlegt wurde, bekam in Jena Luminal und Sedobrol verabreicht³³⁹. Sedobrol stellt ein Bromnatrium- Präparat dar³⁴⁰, welches die gleichen sedativen Wirkungen wie Bromnatrium hat. Bereits 1863 vom englischen Arzt Locock gegen Epilepsie empfohlen, bewirkte es einen Umschwung in der zu dieser Zeit fast unbeeinflussbaren Erkrankung. Nachteilig bei der Bromkur war allerdings die Tatsache, dass die antiepileptische

³³⁸ Rote Liste, 1939, S. 323.

³³⁹ UAJ, KB der PKJ, Nr. 23938.

³⁴⁰ Rote Liste, 1939, S. 598.

Wirkung gleichzeitig mit dem Beginn der Intoxikation eintrat.³⁴¹ Zusätzlich wurde diesem Patienten Scopolamin zur Sedierung verabreicht.

Heinz S., ein zum Zeitpunkt der Verlegung 18-jähriger Patient, wurde in Jena mit Luminal therapiert³⁴², was bei Epileptikern als Mittel der Wahl galt (vgl. Kap. 5.1.4.2.2).

Eine therapeutische Maßnahme bei Patienten mit der Diagnose „Epilepsie“ konnte in den Blankenhainer Krankenblättern nicht gefunden werden.

5.2.4.2.3 Therapie der progressiven Paralyse

Die Durchführung der Kombinationstherapie in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena mit Malariablut, Bismogenol und Neosalvarsan, wie sie in Kap. 5.1.4.2.3 beschrieben wurde, ist bei einem von drei nach Blankenhain verlegten Patienten mit dieser Diagnose dokumentiert. Ein zweiter Kranke wurde einer „Schmierkur“ unterzogen.

Der einzige Patient mit der Diagnose „progressive Paralyse“, in dessen Akte der LHA Blankenhain eine therapeutische Maßnahme zu finden war, bekam Paraldehyd verabreicht. Dieses Medikament wurde vermutlich zur „Dämpfung“ des Patienten verordnet.

5.2.4.2.4 Therapien weiterer Erkrankungen

Neben den bisher in diesem Kapitel (5.2) dargestellten Erkrankungen und deren Behandlung wurden Patienten mit den Diagnosen „Arteriosklerosis cerebri“, „Debilität“ bzw. „Imbecillität“, „Alkoholismus“ sowie vereinzelt vorkommenden Diagnosen (s. Tab. 38) nach Blankenhain verlegt. Eine Therapie dieser Patienten in Blankenhain ist nicht dokumentiert.

Insgesamt wurden häufig Beruhigungsmittel verabreicht.

Jod-Ca-Diuretin wurde bei drei Patienten mit „Arteriosklerosis cerebri“ zur Entwässerung und Blutdrucksenkung angewandt.

³⁴¹ Poulsson, 1940, S. 440.

³⁴² UAJ, KB der PKJ, Nr. 30936.

Tab. 41: Sonstige Erkrankungen der Patienten und deren Therapie in Jena

Jahr	Alter	Diagnose des Patienten	Therapie des Patienten
1933	55	Arteriosklerosis cerebri	Paraldehyd, Jod-Ca-Diuretin, Blutdrucksenkende Mittel, Aderlass
1937	46	Depression/ Arteriosklerosis cerebri	Mekon, Jod-Ca-Diuretin
1937	46	exogene Depression	Opium, Mekon
1938	54	Art. cerebri	Jod- Ca- Diuretin
1939	46	Imbecillität	Beruhigungsmittel (nicht benannt)

In Blankenhain sind therapeutische Maßnahmen nur für wenige der 39 verlegten Patienten nachweisbar. In fünf der elf eingesehenen Krankenakten fanden sich medikamentöse Therapiemaßnahmen, die alle als unspezifisch zu bewerten sind. Die als Beruhigungsmittel eingesetzten Medikamente konnten nur dem Zweck der Sedierung der Patienten gedient haben.

Dieser therapeutische Nihilismus deutet darauf hin, dass Patienten in Blankenhain lediglich „verwahrt“ und nicht einer krankheitsspezifischen Therapie zugeführt wurden.

6. Diskussion

Bei der Untersuchung der männlichen Patienten der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena, die in den Jahren 1933 bis 1945 in die Thür. LHA Stadtroda und in den Jahren 1933 bis 1940 in die Thür. LHA Blankenhain verlegt wurden, fällt zunächst der plötzliche Anstieg der Verlegungen in den Jahren 1937 bzw. 1938 auf. Während in den Jahren 1933 bis 1937 zwischen zwei und fünf männliche Kranke pro Jahr nach Stadtroda gebracht wurden, erreicht die Patientenzahl bei den Männern 1938 ihr Maximum mit 34 Patienten. Der ähnliche Sachverhalt ist für die Blankenhainer Anstalt bereits ein Jahr zuvor festzustellen. Zwischen 1933 und 1936 wurden jährlich ein bis drei männliche Patienten in die dortige Landesheilanstalt gebracht. Bereits im Folgejahr stieg diese Zahl auf zwölf Patienten an.

Die Konsequenzen gesundheitspolitischer Veränderungen in Thüringen sowie im gesamten Deutschen Reich scheinen sich wie ein roter Faden durch diese Untersuchung zu ziehen. Schon vor Kriegsbeginn wurden Sparmaßnahmen im sog. Irrenwesen eingeführt³⁴³, die die Verantwortlichen dazu veranlassten, Kranke kostengünstiger unterzubringen.

Der in den Jenaer Krankenblättern angegebene Verlegungsgrund „Kostengründe“, der sicherlich am ehesten zutreffend war, taucht nur 1937 bei Verlegungen von Patienten nach Blankenhain und 1938 bei Verlegungen nach Stadtroda auf. In den Folgejahren wurde stattdessen häufig „Platzmangel“ als Grund angegeben. Durch die stetig angestiegene Aufnahmezahl von 992 auf 1.707 Kranke zwischen 1933 und 1938³⁴⁴, die u.a. bedingt war durch Zwangssterilisationsgutachten von Patienten, die unter das G.z.V.e.N. fielen, wäre der Grund in diesen Jahren eher plausibel erschienen. Allerdings ist dieser Verlegungsgrund 1940 am häufigsten angegeben, wo die Gesamtaufnahmen der Männer auf 1.000 Personen zurückgegangen waren. Aus einem nicht bekannten Grund ging parallel dazu zwischen 1936 und 1941 die Bettenkapazität der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena von 250 auf 150 Betten zurück, während die Anzahl der Ärzte zunahm. Es ist anzunehmen, dass die Sparmaßnahmen im sog. Irrenwesen auch die Psychiatrische Klinik der Universität betrafen, denn in bekannten Fällen anderer Krankenabteilungen der Universität Jena wurde die Bettenkapazität entweder erhöht oder blieb zumindest konstant. 1943 standen in der Psychiatrischen Klinik wieder 180 Betten zur Verfügung.³⁴⁵

³⁴³ ThHStAW, ThMdI, E1072/1, Bl. 11r, Aktenvermerk vom 23.9.1936.

³⁴⁴ Diese Zahlen wurden Aufnahmebüchern der entsprechenden Jahre aus dem Archiv der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der FSU entnommen.

³⁴⁵ Zimmermann, 2000, S. 134.

Die Analyse der Verweildauer der Patienten in Jena³⁴⁶, die eine zunehmend schnellere Verlegung der Patienten darlegt, unterstreicht die Durchführung der Sparmaßnahmen. Wurden bis 1937 Kranke mit erstmaliger Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik nach frühestens 86 Tagen nach Blankenhain oder Stadtroda verlegt, kam es ab 1938 zu Verlegungen nach erheblich kürzerer Aufenthaltsdauer in Jena.

Die verlegten Patienten waren größtenteils mehrere Monate bis Jahre in den LHA Stadtroda und Blankenhain, bevor sie entlassen, weiterverlegt wurden oder verstarben. Allerdings ist in Stadtroda ein Sachverhalt auffallend, der zu einem großen Anteil dort verstorbene Patienten betrifft: zwischen 1940 und 1942 verlegte Kranke, in geringerem Maße auch zwischen 1943 und 1945 Verlegte, verstarben innerhalb eines Monats in Stadtroda³⁴⁷. Dies betraf elf von insgesamt 18 Patienten, die eine Verweildauer von bis zu 30 Tagen in dieser LHA aufwiesen. Die Sterberate zwischen 23,5% (1940) und 15% (1942) in der psychiatrischen Abt. der LHA Stadtroda erreichte in diesen Jahren ihre Maxima.³⁴⁸

Bezüglich der Altersverteilung der nach Stadtroda verlegten Patienten ist keine Zäsur im Untersuchungszeitraum zu erkennen. Das Maximum der Männer lag in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen und fiel nach beiden Seiten ab, d.h. es wurden weniger Kinder und alte Menschen verlegt. Die Zunahme an verlegten älteren Patienten zwischen 1939 und 1945 geht einher mit einer Veränderung unter der Häufigkeit der Diagnosen. In den Kriegsjahren stieg die Zahl der Patienten mit neurologischen Erkrankungen, die vorwiegend ältere Menschen betrafen.

Unter den nach Blankenhain Verlegten befanden sich zwischen 1933 und 1938 insbesondere Patienten im Alter von 21- bis 40 Jahren. 1939 und 1940 dominierte die mittlere Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen, gefolgt von den 51- bis 60-Jährigen. Das Alter der Patienten korreliert weitestgehend mit den Diagnosen der Verlegten. Die Schizophrenie als häufigste dokumentierte Erkrankung hat ein Erkrankungsalter zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr. Die Maxima der höheren Altersgruppen lassen sich auf den schubweisen Verlauf und auf die Tatsache zurückführen, dass nicht unbedingt die akut und neu erkrankten Patienten für die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt in Frage kamen.

Wie bei den Behandlungsmethoden dargestellt wurde, schienen in Blankenhain keine modernen aktiven Behandlungen stattgefunden zu haben. In den Jahren 1937 und 1938 wurden erstmalig vier Patienten mit der Diagnose „Debilität“ in die LHA Blankenhain verlegt, wovon drei der Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen zugeordnet wurden, was bereits 37,5% dieser Gruppe

³⁴⁶ Vgl. S. 24ff.

³⁴⁷ Vgl. S. 67.

³⁴⁸ Renner, 2004, S. 69.

ausmacht. Erwähnenswert ist, dass diese „Diagnose“ auch unter den nach Stadtroda Verlegten erst 1938 zum ersten Mal vorkam. Da eine kausale Therapie dieser „Erkrankung“ nicht möglich war, wurden die Patienten, wenn nötig, nur sediert. Die Anstalten hatten zumindest zum Verlegungszeitpunkt noch eine reine Verwahrfunktion mit niedrigem Ernährungsaufwand, der „geistig niedergeführten Kranken“ zukam³⁴⁹.

Ob eine Selektierung der Patienten vorgenommen wurde, anhand derer über die Durchführung einer Therapie entschieden wurde, ist nicht zu belegen. Insbesondere bei den Jenaer und Stadtrodaer Krankenblättern fällt auf, dass Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen in ihrer Akte keine Eintragungen zur Therapie aufwiesen, auch wenn diese gut geführt war.

Die therapeutischen Bemühungen der drei untersuchten Einrichtungen unterschieden sich wesentlich. Für die Psychiatrische und Nervenlinik Jena ließen sich insgesamt die meisten und derzeit modernsten Therapien nachweisen, womit sie ihrer Aufgabe als spezialisierte universitäre Klinik gerecht wurde. Insbesondere bei der Therapie der Schizophrenie, aber auch der luetischen Krankheitsbilder wurden die Patienten zeitgemäßen Behandlungen unterzogen. Diese entsprachen den international praktizierten Methoden. Der Aggressivität der neuen Schockbehandlungen standen Remissionen der bis dahin als unheilbar eingestuften psychisch Kranken gegenüber.

Den Kostenträgern zugute kamen die Entwicklungen in der Therapie der Schizophrenie. Diese verlief in Jena von dem insbesondere in den Vorkriegsjahren benutzten teuren Insulin, über das wesentlich billigere Cardiazol³⁵⁰ und Azoman bis hin zum Elektroschock. In Stadtroda wurden diese Therapien bei Patienten mit Schizophrenie ebenfalls durchgeführt bzw. weitergeführt, wenn auch weniger häufig. Noch deutlicher tritt ein Unterschied beim Vergleich der Behandlungsmaßnahmen der Lues zu Tage. In Jena erfolgte Therapien mit spezifischen und unspezifischen Mitteln, die in der zeitgenössischen Literatur empfohlen wurden³⁵¹, lassen sich in den Stadtrodaer Akten eher selten finden.

Luminal wurde in Jena sowie in Stadtroda bei Patienten mit der Diagnose Epilepsie häufig verabreicht. Als Standardmedikament kam in Stadtroda das Borpräparat „Glyboral“ hinzu, das Kloos in seinem 1944 erschienenen Lehrbuch u.a. empfahl.³⁵² Dieses Medikament war bei

³⁴⁹ BAB, Bestand EVZ II, Karton 77, Akte 6, in Renner, 2004, S. 27.

³⁵⁰ Süß, 2002, S. 163.

³⁵¹ Kloos, 1944, S. 321/322, Weigel, 1934, Suckow, 1937.

³⁵² Kloos, 1944, S. 372.

eingehaltener Dosierungsempfehlung der „Roten Liste“ von 1939³⁵³ und der von Kloos in seinem Lehrbuch empfohlenen Dosierung von Luminal bei Epilepsie³⁵⁴ erheblich billiger.³⁵⁵

Angaben, die auf „arbeitstherapeutische“ Maßnahmen in Jena und Stadtroda schließen lassen, wurden in den Krankenblättern beider Einrichtungen häufig gefunden. Auch in den Blankenhainer Akten konnten Kommentare zur Arbeit bei zwei Patienten entdeckt werden. In einem Schreiben des Blankenhainer Direktors Hellbach an das ThMdI geht hervor, dass besonders „ruhige‘ chronische, nicht erhöht aufsichts- und pflegebedürftige Geistesranke“³⁵⁶ für den Betrieb der Landesheilanstalten unentbehrliche Arbeitskräfte darstellten, durch die die LHA Blankenhain jährlich mindestens 50.000 RM spare.³⁵⁷

Ähnliche Dokumente, in denen die Wirtschaftlichkeit des Arbeitseinsatzes von Kranken betont wird, existieren auch von den Direktoren Kihn und Kloos.³⁵⁸ Eine Arbeitstherapie im Sinne Simons, der als Direktor der Anstalt Gütersloh (1919-1934) ein Reformmodell entwickelte und damit spektakuläre Behandlungserfolge erzielte³⁵⁹, schien dabei aus den Augen verlorenen worden zu sein.

In erheblichem Gegensatz zu den in der Psychiatrischen und Nervenlinik Klinik Jena und der Landesheilanstalt bzw. dem Landeskrankenhaus Stadtroda durchgeführten therapeutischen Maßnahmen stehen die Angaben aus der Landesheilanstalt Blankenhain. Die – wenn auch lückenhaft – vorhandenen Informationen erwecken den Eindruck, dass die Patienten dort bei Bedarf lediglich einer Sedierung unterzogen, „verwahrt“ und zur Arbeit herangezogen wurden. Eine krankheitsspezifische Therapie ist bei keinem Patienten dokumentiert. Ob bereits in Jena eine Selektierung der Kranken in (vorübergehend) heilbar oder unheilbar erfolgte und davon eine Verlegung nach Stadtroda oder Blankenhain abhängig war, ist nicht klar nachzuweisen.

Die Sterberate der Patienten, die zwischen 1939 bis 1945 nach Stadtroda verlegt wurden, lag mit durchschnittlich 36,6% erstaunlich hoch. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sterberate, die unter den 1945 verlegten Männern mit 68,7% ihr Maximum erreichte, insbesondere durch Todesfälle nach Kriegsende bedingt war. Nachweislicher Grund des Versterbens bei vielen Kranken waren „Marasmus“ und „Kachexie“. Sparprogrammen der Nationalsozialisten, denen die Patienten jahrelang ausgesetzt waren, und die hinzukommende schlechte Versorgungslage nach Kriegsende,

³⁵³ Rote Liste, 1939, S. 281.

³⁵⁴ Kloos, 1944, S. 372.

³⁵⁵ Rote Liste, 1939, S. 281 u. S. 395.

³⁵⁶ ThHStAW, ThMdI, E1072/1, Bl.51r: Schreiben des Direktors Hellbach an das ThMdI vom 19.10.1935.

³⁵⁷ Ebd., Bl.49r.

³⁵⁸ ThHStAW, ThMdI, E1111, Schreiben von Kihn an den Staatssekretär und Leiter des ThMdI vom 18.6.1938, E 1072/1, Bl. 101r, Schreiben von Kloos an den Staatssekretär und Leiter des ThMdI vom 11.2.1944.

³⁵⁹ Aly, 1985, S. 12.

die unter der gesamten deutschen Bevölkerung zu einem Anstieg der Sterblichkeit führte³⁶⁰, hatten geschwächte Kranke nichts mehr entgegenzusetzen.

Die Sterberate der Jahre 1938 bis 1942 der psychiatrischen Abteilung der LHA Stadtroda belief sich auf 13,7% bis 23,5%³⁶¹.

Wie der „T4-Gutachter“ Hebold 1964 zu Protokoll gab, habe Stadtroda sehr viele „Endzustände“ aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena aufnehmen müssen. Deshalb sei die Zahl der zur „Verlegung“ vorgesehenen Kranken unverhältnismäßig höher als in anderen Anstalten gewesen.³⁶² Die „Verlegung“³⁶³ sei gleichbedeutend gewesen mit einer Zuführung des Patienten in eine Tötungsanstalt. Eine erhöhte Verlegung von Patienten aus Jena nach Stadtroda in „Endzuständen“ würde die hohe Sterberate unter den verlegten Kranken erklären. Unklar ist dennoch, weshalb in Stadtroda trotz der sonstigen Einsparungen Therapiemaßnahmen bei diesen Patienten vollzogen wurden und sie bei der „Arbeitstherapie“ noch Verwendung fanden.³⁶⁴ Hebolds Dienstreisen fanden nach dem offiziellen Stopp der „Aktion T4“ im August 1941 statt. Dass die „ausgemusterten“ Patienten, die allem Anschein nach bei einem erneuten Beginn der staatlich geplanten Vernichtungsaktion verlegt werden sollten, gleich vor Ort getötet wurden, lässt sich nicht belegen. Die Sterberate in der LHA Stadtroda, die 1940 sprunghaft anstieg, könnte ein augenscheinlicher Hinweis auf „dezentrale“ Euthanasie in Stadtroda während und nach der „Aktion T4“ sein.

Im Unterschied zu vielen Krankenakten des Stadtrodaer Aufenthalts lagen bei den Blankenhainer Patienten keine Heirats- oder Geburtsurkunden oder Durchschriften von Meldebögen den Akten bei. Ob Heirats- und Geburtsurkunden in Blankenhain angefordert wurden, ist nicht bekannt. Meldebögen über die Patienten wird es aller Wahrscheinlichkeit nach gegeben haben, denn bei der Schließung der Anstalt 1940 wurden die Kranken selektiert und „im Auftrage des Reichsverteidigungskommissars“ durch die „Gemeinnützige Krankentransport G.m.b.H.“ größtenteils in Anstalten außerhalb Thüringens verlegt.³⁶⁵ Im Klartext bedeutete dies für die Patienten die Verlegung über Zschadraß in die Tötungsanstalt Pirna/Sonnenstein.

³⁶⁰ Faulstich, 1998, S. 685 (aus: Staatsarchiv Weimar, Außenstelle Gotha, Bestand „Gesundheitsamt Mühlhausen“ Nr.24).

³⁶¹ Renner, 2004, S. 69.

³⁶² BStU, AOP 613/66 Bd.I, 214, Auszug aus Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 3.8.1964.

³⁶³ BStU, AOP 613/66 Bd.I, 210, Auszug aus Vernehmungsprotokoll des Hebold, Otto vom 3.8.1964.

³⁶⁴ S. Abb.: Therapie bei Verstorbenen bzw. Kap. Arbeitstätigkeit u. Verhalten der Patienten.

³⁶⁵ ThHStAW, ThMdI, E 1093, Bl. 3r, Schreiben des Staatssekretärs und Leiter des Thür. Ministerium des Innern an den Thür. Finanzminister.

7. Schlussfolgerungen

Zwischen 1933 und 1945 wurden mindestens 187 männliche Kranke in die LHA Stadtroda und zwischen 1933 und 1940 mindestens 39 männliche Kranke in die LHA Blankenhain verlegt. In Stadtroda verstarben nachweislich 51 dieser Patienten. Über das Schicksal der Kranken in Blankenhain ist bis zum heutigen Zeitpunkt noch wenig bekannt. Der Tod von zwei verlegten Patienten lässt sich anhand ihrer Krankenakte nachweisen. Bei der Schließung der LHA Blankenhain im Jahr 1940 wurde ein Großteil der Patienten nach Zschadraß gebracht³⁶⁶. Die Sterberate in der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena während der nationalsozialistischen Diktatur wurde bisher nicht untersucht.

Eindeutige Dokumente, die Ermordungen der Patienten belegen könnten, wurden nicht gefunden. Die Gesamtdarstellung der Todesfälle weist deutliche Parallelen auf, häufig ist eine regelrechte Monotonie in den Eintragungen vor dem Tod des Patienten auffallend, die den Leser aufmerksam werden lassen. Bekanntermaßen waren der Jenaer Direktor Berthold Kihn sowie der Stadtrodaer Direktor Gerhard Kloos an staatlich organisierten „Euthanasiemaßnahmen“ auf unterschiedliche Weise beteiligt.³⁶⁷

Krankheitsspezifische Therapien, die in der Literatur als unangenehm bis qualvoll beschrieben sind, wie z.B. Schocktherapien³⁶⁸, erfährt man aus den Krankenberichten als völlig nüchterne Eintragungen. Individuelle Ängste, Verweigerungen oder sogar Wünsche schienen keinerlei Rolle gespielt zu haben.

Illusionäre und größenwahnsinnige Vorstellungen im Rahmen politisch motivierten und legalisierten wissenschaftlichen Handelns haben dazu geführt, dass vor dem Hintergrund der vermeintlichen „Gesundung des Volkskörpers“ psychisch kranke Personen ihrer Menschenrechte beraubt und zum angeblichen Wohle des Kollektivs sogar ermordet wurden.

Das Ethos der Psychiatrie als medizinische Disziplin zerbrach im Nationalsozialismus. Die Psychiatrie hatte sich von allen Maßstäben im Umgang mit Kranken entfernt. Ausgiebig vorhandene Publikationen mit Erklärungsansätzen versuchten das Geschehene vor dem geschichtlichen Hintergrund zu beleuchten. Dennoch ist mit keiner Erklärung die Selbstherrlichkeit und Machtausübung vieler Ärzte und deren Hinwegsetzung über ihre alleinige Pflicht zu heilen zu rechtfertigen. Wie auch die Gegenwart zeigt, wird es immer wieder Argumente geben, mit denen Ärzte und Wissenschaftler sich über ethische Normen hinwegzusetzen versuchen, mit dem

³⁶⁶ Vgl. S.6

³⁶⁷ Aly, Masuhr, 1985, S. 81-102, Zimmermann, 2000, S. 160ff. u. S. 170ff.

³⁶⁸ Frank, 1978, S. 6 u. S. 21, Walther, 2000, S. 135, Ebbinghaus 1984, S. 51, Siemen, 1987, S. 156.

„Verweis auf den Gruppennutzen“ und dem Hinweis auf die „zukünftigen Patienten“, „die Gesellschaft“ und die „Spezies Mensch“.³⁶⁹ Diese Vorhaltungen „markieren den gefährlichen Übergang einer individualethischen Bindung der Medizin zu einer neuen, wieder (vermeintlich) kollektivethischen Orientierung“³⁷⁰.

Trotz des bitteren Vermächnisses nationalsozialistischer Psychiatrie blieben die „brutalen Realitäten“³⁷¹ in den Anstalten über Jahrzehnte weiter bestehen. Bis auf Ausnahmen wurde der Mord an den psychisch Kranken lange Zeit nicht thematisiert.³⁷² Eine humanitäre Wende des psychiatrischen Versorgungssystems erfolgte in Deutschland erst 20 Jahre später als in den USA und Großbritannien.³⁷³ Nach Meinung von Häfner seien u.a. die Verdrängung von NS-Verbrechen und die räumliche Abgelegenheit der Anstalten, die das Elend der Insassen aus dem Bewusstsein der Bevölkerung rückten, für den Stau der Reformen verantwortlich gewesen. Die Studentenrevolten und die Kulturrevolution Ende der 60er Jahre beeinflussten die politische Stimmung für eine Reform der Psychiatrie. Parallel dazu entstand die Anti-Psychiatrie-Bewegung. Ihre Verfechter lehnten die Etikettierung psychischer Störungen als Krankheit ab, ebenso Heilanstalten und Großkrankenhäuser als Orte der gesellschaftlichen Normenkontrolle und Entmündigung.³⁷⁴ Bereits in den 60er Jahren entstanden erste Reformschritte, wie u.a. eine Denkschrift von Häfner, die die katastrophalen Zustände der psychiatrischen Krankenversorgung in Deutschland thematisierte und Reformvorschläge enthielt. Der erhoffte Anstoß einer breiten öffentlichen Diskussion blieb jedoch aus³⁷⁵. Erst 1975 wurde vom Bundesgesundheitsministerium ein „Bericht über die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik“, kurz „Psychiatrie-Enquete“ veröffentlicht, in dem aufgrund von „teilweise menschenwürdigen und unmenschlichen Bedingungen“ (Massenschlafsäle und veraltete Räumlichkeiten, katastrophale sanitäre Verhältnisse, Dauerhospitalisierungen, unnötige und z.T. unsinnige Restriktionsmaßnahmen etc.) Grundsätze zur Neuordnung der psychiatrischen Versorgung formuliert wurden.³⁷⁶ 25 Jahre später kann man davon sprechen, dass sich die psychiatrische Versorgung in Deutschland einschneidend verändert hat. Viele Forderungen der „Enquete“ konnten erfüllt werden. Die Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken ist jedoch noch immer keine Selbstverständlichkeit.³⁷⁷

³⁶⁹ Wunder, 2002, S. 485.

³⁷⁰ Ebd.

³⁷¹ Schwendy, Rau, Dörner, 1989, S. 12.

³⁷² Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie vom 1.9.1979, in Dörner et al., S. 206.

³⁷³ Häfner, 2000, S.258-270

³⁷⁴ Bühring, 2001, S.A-3435- C-2689

³⁷⁵ Häfner, 2000, S.258-270

³⁷⁶ Klee,1978, S. 53-60.

³⁷⁷ Finzen, 2000, S. N3, Flöhl, 2004, S. N1, Bauer, 2000, S. 72 (FAZ).

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

8.1 Primärliteratur

- Aly G (Hrsg.) 1989. Aktion T4 1939- 1945. Zweite Auflage. Berlin: Edition Hentrich.
- Aly G. 1985. Der saubere und der schmutzige Fortschritt. In: Aly G; Masur KF, Lehmann M, Roth K H, Schultz U. Reform und Gewissen. „Euthanasie“ im Dienst des Fortschritts. Beiträge zur Nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik:2. Berlin: Rotbuch Verlag, 9-78.
- Aly G, Masuhr K F.1985. Der diagnostische Blick des Gerhard Kloos. In: Aly G; Masur K F, Lehmann M, Roth K H, Schultz U. Reform und Gewissen. „Euthanasie“ im Dienst des Fortschritts. Beiträge zur Nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik: 2. Berlin: Rotbuch Verlag, 81-105.
- Angyal L. von, 1937. Über die Theorie der Insulinschock- und Cardiazolkrampf-Behandlung der Schizophrenie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Band 97. Heft 5: 280-290.
- Baader G.1987. Die „Euthanasie“ im Dritten Reich. In: Baader G, Schultz U, (Hrsg.). Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980. Band 1. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Dr. Med. Mabuse, 95-101.
- Bak R. 1939. Zur Frage des Wirkungsmechanismus der Cardiazolshock-Behandlung. Der Nervenarzt. 12. Jahrgang, 444-449.
- Bauer M. 2000. Nervenkraft für den Systemwechsel. Das nahe Ende der Sonderkrankenhäuser: Fünfundzwanzig Jahre Psychiatrie- Enquete. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 272: 72.
- Binding K, Hoche A. 1920. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Verlag von Felix Meiner.
- Blasius D.1994. „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Braunmühl A. von, 1941. Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schock- und Krampfbehandlung der Psychosen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete. 118. Band. Heft ½: 67- 79.

- Bühring P. 2001. Psychiatrie-Geschichte: Wendepunkt 1968. Deutsches Ärzteblatt 98. Ausgabe 51-52. A-3435/ B2893/ C2689.
- Bundesärztekammer. 2003. Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. Köln: Dezernat Wissenschaft und Forschung
- Darwin C. 1869. Ueber die Entstehung der Arten im Thier- und Pflanzenreich durch natürliche Züchtung oder Erhaltung der vervollkommneten Rassen im Kampfe um's Daseyn. Stuttgart: Schweizerbart.
- Dörner K, Haerlin C, Rau V, Schernus R, Schwendy A. 1989. Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach „Holocaust“: Erkennen-Tauern-Begegnen. 2. Auflage. Frankfurt am Main und Bonn: Mabuse Verlag und Psychiatrie Verlag.
- Ebbinghaus A. 1984. In: Aly G; Masur, KF, Lehmann M, Roth KH, Schultz U. Reform und Gewissen. „Euthanasie“ im Dienst des Fortschritts. Beiträge zur Nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik: 2. Berlin: Rotbuch Verlag, 50-51.
- Endler N, Persad E. 1988. Electroconvulsive Therapy. The myths and the realities. Toronto: Hans Huber Publishers
- Faulstich H. 1998. Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Frank LR, (Hrsg.), 1978. The history of shock treatment. San Francisco.
- Finzen A. 2000. Sozialpsychiatrie ohne Zukunft? Im medizinischen Alltag etabliert – wissenschaftlich ausgeblutet. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 300: N3.
- Flöhl R. 2004. Die Psychiatrie muß beim Patienten bleiben. Das Konzept der gemeindenahen Versorgung ist gefährdet: Entwicklung hin zur Zweiklassenmedizin. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 263: N1
- Friedlander F. 1997. Der Weg zum NS- Genozid. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Gaupp R. 1939. In: Blasius D.1994. „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Güse H G, Schmacke, N.1987. Psychiatrie im Faschismus. In: Baader G, Schultz U (Hrsg.). Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980. Band 1. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Dr. Med. Mabuse, 86-94.

- Häfner H. 2000. Die Psychiatrie-Enquete. Historische Aspekte und Perspektiven. Psycho. Zeitschrift für Praxis und Klinik. Heft 5/2001:258-270
- Hamann M. 1989. Die Ermordung psychisch kranker polnischer und sowjetischer Zwangsarbeiter. In: Aly G (Hrsg.). Aktion T4 1939- 1945. Zweite Auflage. Berlin: Edition Hentrich, 161-166.
- Jacob H. 1939. Über Todesfälle während der Insulinschockbehandlung nach Sakel. Der Nervenarzt. 12. Jahrgang: 302-308.
- Janz H-W. 1940. Über Aufgaben, Wirkungen, und Grenzen der Arbeitstherapie in der Psychiatrischen Klinik. Der Nervenarzt. 13. Jahrgang. Heft 5: 193-201.
- Kihn B. 1932. Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 98: 387-404.
- Klee E.1978. Psychiatrie-Report. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Klee E. 1986. Was sie taten – Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Klee E.1994. „Euthanasie“ im NS-Staat. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Kloos G. 1944. Grundriß der Psychiatrie und Neurologie. München: Verlag von Rudolph Müller und Steinicke.
- Kögler A. 1939. Vorläufige Erfahrungen über die Indikationsstellung der Shockbehandlung. Der Nervenarzt. 12. Jahrgang. Heft 9: 441-443.
- Kolle K. 1939. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Berlin und Wien: Verlag Urban & Schwarzenberg.
- Küppers E. 1939. Die Krampfshockbehandlung des manisch-depressiven Irreseins. Der Nervenarzt. 12. Jahrgang. Heft 9: 449-453.
- Lange J. 1927. Allgemeine Psychiatrie. Band 1. In: Kraepelin E, Lange J. Psychiatrie. 9. Auflage. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- Langsteiner F, Stiefeler G. 1938. Über den diagnostischen Wert des Cardiazolversuches bei Epilepsie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.161.Band: 338-346.
- Lemke R. 1938. Über die Indikation zur Insulinschockbehandlung der Schizophrenie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 107. Band: 223-239.

- Megendorfer F. 1942. Zur Klinik des Elektrokrampfes. Der Nervenarzt. 15. Jahrgang. Band 2: 50-53.
- Mitscherlich A und Mielke F. 1995. Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Möller H-J, Baghai T C. Aktuelle Informationen zur Elektrokonvulsivtherapie. München: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität.
- Panfilova S. 2005. Darstellung der Insulinbehandlung und der Elektrokrampftherapie im „Nervenarzt“ in den Jahren 1928 bis 1947 mit einer ergänzenden Übersicht über die heutige Anwendung der EKT [Dissertation]. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Platen-Hallermund A. 1993. Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Poulsson E. 1940. Lehrbuch der Pharmakologie. 12. Auflage. Leipzig: Verlag von S. Hirzel.
- Preisverzeichnis deutscher pharmazeutischer Spezialpräparate. Rote Liste. 1939. 3. Auflage. Berlin: Fachgruppe Pharmazeutische Erzeugnisse der Wirtschaftsgruppe Chemische Industrie.
- Regenspürger K. 2002. Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitäts- Frauenklinik Jena 1934-1944 [Dissertation], Jena: Friedrich- Schiller- Universität.
- Reichsgesetzblatt. 1933. Teil I. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14.7.1933. Berlin. Nr. 86 vom 25.7.1933.
- Renner R. 2004. Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten/des Thüringer Landeskrankenhauses Stadtroda 1933 bis 1945 unter besonderen Berücksichtigung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ [Dissertation]. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.
- Roemer H. 1938. Die praktische Einführung der Insulin- und Cardiazolbehandlung in den Heil- und Pflegeanstalten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete. 107. Band: 121-128.
- Rolbetzki A. 1941. Bewegungen im Krankengut (Männer) an der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Jena in der Zeit vom 1.1.1921 bis 31.12.1940 [Dissertation]. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.

- Runge H. 1942. Zur Prognose der Schizophrenie. (Nachuntersuchung shockbehandelter Psychosen). Der Nervenarzt. 15. Jahrgang. Band 2: 151-157.
- Sauer H, Lauter H. Elektrokrampftherapie. I. Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Elektrokrampftherapie. Der Nervenarzt (1987) 58:201-209
- Sauer H, Lauter H. Elektrokrampftherapie. II. Indikationen, Kontraindikationen und therapeutische Technik der Elektrokrampftherapie. Der Nervenarzt (1987) 58:210-218
- Schneeweiss B, Zinkler M. 2000. Anmerkungen zur Arbeit von A. Batra et al. Zur Frage der Genehmigungspflicht von Elektrokrampftherapie im Rahmen einer Betreuung im Nervenarzt (1999) 70: 657-661. Der Nervenarzt 71: 221-224, aus Panfilova S. 2005. Darstellung der Insulinbehandlung und der Elektrokrampftherapie im „Nervenarzt“ in den Jahren 1928 bis 1947 mit einer ergänzenden Übersicht über die heutige Anwendung der EKT [Dissertation]. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Schulte W. 1939. Die Konvulsionsbehandlung der Schizophrenie mit Azoman. Der Nervenarzt. 12.Jahrgang: 191-194
- Schultze E. 1923. Epilepsie. In: Binswanger O, Siemerling E. Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage. Jena: Verlag von Gustav Fischer, 305-329.
- Schwartner K. 1945. Ein Jahr Elektroschockbehandlung an der Universitäts-Nervenambulanz in Jena [Dissertation]. Jena: Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Siemen H-L. 1987. Menschen blieben auf der Strecke... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.
- Stauder KH. 1938. Epilepsie. Pathogenese und Therapie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 161. Band, 321-338.
- Suckow, H., 1937. Ergebnisse der Malariabehandlung bei progressiver Paralyse und deren kritische Betrachtung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 96: 54-91.
- Süß W. 2002. Von der Gesundheitspolitik zum Krankenmord. Medizin im Zeichen der Rassenhygiene. In: Vollnhals C (Hrsg.). Sachsen in der NS-Zeit. Gustav-Kiepenheuer-Verlag, 155-169. Tietze K-W. 1942. Geschichte der Psychiatrie in Thüringen [Dissertation]. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.

- Trus A. 1995. „...vom Leid erlösen“. Zur Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen. Texte und Materialien für Unterricht und Studium. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Volkszählung: Die Bevölkerung des Deutschen Reichs nach den Ergebnissen der Volkszählung 1939/bearb. im Statistischen Reichsamt. Volks-, Berufs- und Betriebszählung vom 17. Mai 1939. Die Berufstätigkeit der Bevölkerung in den Reichsteilen. 1943. In: Schriftenreihe: Statistik des Deutschen Reichs. Berlin: Statistisches Amt, 9/2.
- Walther T. 2000. Die „Insulin-Koma-Behandlung“. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens in Deutschland. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Weigel H. 1934. Zur Indikationsstellung der Therapie der Neurolyses. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 89: 46-53.
- Wunder M. 2002. Der Nürnberger Kodex und seine Folgen. In: Ebbinghaus A, Dörner K (Hrsg.). Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. 1. Auflage. Berlin: Aufbau Taschenbuch Verlag, 476-488.
- Zimmermann S. 2000. Die medizinische Fakultät der Universität Jena während der Zeit des Nationalsozialismus. In: Breidenbach O (Hrsg.). Ernst-Haeckel-Haus-Studien. Monographien zur Geschichte der Biowissenschaften und Medizin. Band 2. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Zimmermann S., (Hrsg.), 2005. Überweisung in den Tod. Nationalsozialistische „Kindereuthanasie“ in Thüringen. Quellen zur Geschichte Thüringens. Band 25. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung Thüringen.

8.2 Ungedruckte Quellen

- **Universitätsarchiv der Friedrich-Schiller-Universität Jena**
 - Karteikarten und
 - Krankenblätter von männlichen Patienten der Psychiatrischen und Nervenambulanz, die zwischen 1933 und 1945 in die LHA Stadtroda und zwischen 1933 und 1940 in die LHA Blankenhain verlegt wurden

- **Bundesarchiv Lichterfelde**
 - Bestand R179: Akte 7790
 - Bestand EVZ I und EVZ II: Krankenblätter von Patienten der LHA Stadtroda, die zwischen 1933 und 1945 aus Jena dorthin verlegt wurden
- **Archiv des Landesfachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Stadtroda**
 - Krankenblätter der männlichen Patienten, die zwischen 1933 und 1945 aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena verlegt wurden
 - Karteikarten der o.g. Patienten, deren Krankenakten nicht aufzufinden waren
 - Aufnahmebücher
 - Todesursachenlisten
 - Sargverzeichnis
- **Die Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, Außenstelle Gera**
 - AOP 613/66, Band I und Beiakte Band I
- **Thüringisches Hauptstaatsarchiv Weimar**
 - Bestand Thüringische Landesheilanstalt Blankenhain: Krankenakten von Patienten, die zwischen 1933 und 1949 aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena in die LHA Blankenhain verlegt wurden
 - Bestand Thüringisches Ministerium des Innern, Abteilung E, Akten:
 - E 1072
 - E 955
 - E 1093
 - Personalakte aus dem Bereich des Innenministeriums Nr. 1476
- **Thüringisches Staatsarchiv Rudolstadt**
 - Bestand LFK Stadtroda: Patientenakten der männlichen Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Stadtroda, die in den Jahren 1933 bis 1945 aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena nach Stadtroda verlegt wurden

9. Anhang



Abb.28: Ludwig H. (links), der im Januar 1945 im Alter von 7 Jahren in Stadtroda verstarb

Quelle: Privatbesitz

Tab. 42: Verstorbene Patienten

Todesjahr	Patient mit Alter und Diagnose	Therapie in Jena	Therapie u. Verweildauer in Stadtroda
1938	Paul G., 37 Jahre, traumatische Demenz/Schizophrenie	Scopolamin, Mekon	keine Therapieangabe, Opium gegen Durchfälle, 209 Tage
1939	Fritz G., 45 Jahre, Schizophrenie	keine Therapieangabe	„hohe Dosis Schlafmittel“, 913 Tage
	Franz F., 62 Jahre, degenerativer Psychopath	keine Therapieangabe	keine Therapieangabe, 334 Tage
	Albert L., 31 Jahre, Schizophrenie	Cardiazol, Azoman, keine wesentlich Änderung	unbekannt
1940	Otto G., 30 Jahre, Schizophrenie	Insulinkur	Insulin-Cardiazolkur ohne Erfolg, Azomankur, Malaria, Luminal , 579 Tage
	Rudolf B., 44 Jahre, Schizophrenie	Azoman	unbekannt, 330 Tage
	Hans F., 33 Jahre, Schizophrenie	unbekannt	Azoman, Besserung nur solange Kur durchgeführt wird ,187 Tage
	Willi I., 30 Jahre, Schizophrenie	keine Therapieangabe	Azoman, Luminal, 71 Tage
1941	Anton S., 31 Jahre, Schizophrenie	Cardiazol, Azoman, Luminal	keine Therapieangabe, 443 Tage
	Goswin L., 66 Jahre, genuine Epilepsie	keine Therapieangabe	Luminal, 2 Tage
	Richard M., 67 Jahre, genuine Epilepsie	unbekannt	Glyboral, Cardiazol-Chinin bei Fieber, Kohle u. Opium gegen Durchfälle, 62 Tage
	Walter S., 39 Jahre, progressive Paralyse	Malariakur und Cardiazol-Chinin, Neosalvarsan, Bismogenol	keine Therapieangabe, 22 Tage

Fortsetzung Tab. Verstorbene Patienten

Todesjahr	Patient mit Alter und Diagnose	Therapie in Jena	Therapie u. Verweildauer in Stadtroda
1941	Franz W., 29 Jahre, Schizophrenie	Azomankur, keine Besserung	Azomankur, keine Besserung, 20Tage
1942	Max G., 38 Jahre, Schwachsinn u. Epilepsie	Luminal	Luminal, kein Erfolg, 738 Tage
	Emil S., 64 Jahre, Arteriosklerotischer Verwirrheitszustand	keine Therapieangabe	Paraldehyd, Strophantin- Traubenzucker gegen Kreislaufschwäche, 6 Tage
	Fritz U., 49 Jahre, progressive Paralyse	Malariakur mit Cardiazol- Chinin, Neosalvarsan, Bismogenol	Malariakur , Pyrifera, keine Besserung, Traubenzucker-Salyrgan- Strophantin gegen Ödeme, 97 Tage
	Aloys Z., 34 Jahre, V.a. Schizophrenie	Azoman- und Insulinkur, Besserung	Azomankur, Veronal, Somnifen, 60 Tage
1943	Ernst D., 65 Jahre, Tabes dorsalis	Schmierkur, Vaccineurin, Sulfosin	keine Therapieangabe, 140 Tage
	Gottfried G., 53 Jahre, Schizophrenie	Apomorphin, Elektroschock, keine Besserung	Azomankur ohne Erfolg, Elektroschock, 133 Tage
	Karl V., 69 Jahre, progressive Paralyse	Malariakur mit Chinin, Bismogenol, Myosalvarsan	keine Therapieangabe, 3 Tage
1944	Otto O., 52 Jahre, Schizophrenie	Apomorphin	Schockkur, anfangs Besserung, dann Dekompensationserscheinungen, 186 Tage
	Artur S., 59 Jahre, progressive Paralyse	Malariakur, Pyrifera	Malariakur, keine Besserung, 121 Tage
	Günther S., 8 Jahre, Idiotie	Luminal	keine Therapieangabe, 68 Tage

Fortsetzung Tab. Verstorbene Patienten

Todesjahr	Patient mit Alter und Diagnose	Therapie in Jena	Therapie u. Verweildauer in Stadtroda
1945	Karl P., 44 Jahre, traumatische Epilepsie	Luminal	Glyboral, 1130 Tage
	Willi H., 38 Jahre, Taboparalyse	Malariakur, Neosalvarsan	keine Therapieangaben, 354 Tage
	Fritz K., 36 Jahre, genuine Epilepsie	Amylenhydrat, Besserung	Glyboral, Eubasinum bei Beschwerden in linker Brustseite, 182 Tage
	Emil H., 64 Jahre, Taboparalyse	Pyriker, Neosalvarsan	Isotropin u. Cylotropin bei Cystitis, 13 Tage
	Paul K., 39 Jahre, Schizophrenie	Elektroschock	Codein bei Pneumonie, 21 Tage
	Kurt L., 41 Jahre, Schizophrenie	Elektroschock	Insulinkur, Elektroschock, Rivanolumschläge, Essigsäure und feuchte Borlösung gegen Thrombose, 191 Tage
	Erich P., 54 Jahre, Schizophrenie	Azomankur, Besserung	Elektroschock, Besserung, 284 Tage
	Hans H., 44 Jahre, Schizophrenie	Schockbehandlung	keine Therapieangabe, 94 Tage
1946	Kurt- H., v.D., 48 Jahre, Polyneuritis, Schizophrenie	Betaxin, Lichtbügel, Massage	unbekannt, 43 Tage
	Julius R., 47 Jahre, Schizophrenie	Elektroschock	keine Therapieangabe, 63 Tage

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Frau PD Dr. S. Zimmermann, Herr Prof. Dr. H. Sauer,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Emmendingen, 1.November 2007

.....

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. S. Zimmermann für die Bereitstellung des Themas und die ständige Betreuung während der Ausarbeitung. Großen Dank schulde ich auch Herrn Prof. Dr. H. Sauer für die fachliche Beratung in psychiatrischen Fragestellungen. Nicht zuletzt möchte ich meinen Eltern danken, die mich auf unterschiedliche Weise während der Entstehung der Arbeit unterstützt haben.

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name: Jennifer Hill
Geburtsdatum und -ort: 21.09.1973, Mainz-Mombach
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder

Bildungsgang

1979-1983 Grundschule Guldental
1983-1992 Nikolaus-von-Kues-Gymnasium Bernkastel-Kues
Abitur 1992
1992-1993 Sprachstudium in Paris am „Institut Catholique de Paris“
9/1993-12/1993 Aufenthalt in Indien und Nepal mit Teilnahme an einem
Entwicklungsprojekt im indischen Bundesstaat Orissa
4/1994-3/1997 Ausbildung zur Krankenschwester an der Universitätsklinik
Köln
4/1997-9/1997 Tätigkeit als Krankenschwester in der Hauskrankenpflege
Spieß & Janorschke, Köln
1997-2002 Studium der Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität
Jena
13.01.2003 Approbation als Zahnärztin
5/2003-10/2005 Vorbereitungsassistentin in der Gemeinschaftspraxis Hill &
Kollegen, 54497 Morbach
seit 11/2005 Assistentin in der Praxis ZÄ B. Schulten, 77960 Seelbach
seit 6/2007 Mutterschutz und Elternzeit

Emmendingen, 01.11.2007