# POLITISCHE ZWÄNGE UND INDIVIDUELLE HANDLUNGSSPIELRÄUME: KARL BONHOEFFER UND MAXIMINIAN DE CRINIS IM KONTEXT DER PSYCHIATRIE IM NATIONALSOZIALISMUS

# Volker Roelcke

Die Medizin im Nationalsozialismus stellt nicht einfach eine abgegrenzte Epoche aus der gesamten Geschichte der Medizin dar, die mit der heutigen Medizin praktisch nichts mehr zu tun hat. Vielmehr sind in der Zeit zwischen 1933 und 1945 problematische Potenziale, die der gesamten modernen Medizin inhärent sind, wie unter einem Vergrößerungsglas besonders deutlich sichtbar geworden. Hier sind insbesondere die folgenden vier Themenfelder zu nennen: 1. die Frage nach dem Verhalten von Arzten gegenüber den Versprechungen und Versuchungen durch die politischen Machthaber oder Geldgeber; 2. die Frage nach den Grenzen wissenschaftlicher und staatlicher Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit von sozialen Gruppen oder Individuen; 3. die Frage, ob es Kriterienkataloge geben kann, auf deren Grundlage von Experten (wie Arzten, Medizinethikern oder Juristen) über den "Lebenswert" oder "Lebensunwert" von Menschen entschieden werden kann; 4. die Frage nach dem Verhalten biomedizinischer Forscher unter den Bedingungen – pointiert gesagt – einer vollkommenen Deregulierung – also in einer Situation, in der alle hemmenden ethischen und juristischen Normen außer Kraft gesetzt sind.

Alle vier Problemfelder lassen sich in exemplarischer Weise beim Blick auf die Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus identifizieren. In den folgenden Ausführungen soll die Vielfalt der Ereignisse und Prozesse und das Handeln der beiden Berliner Psychiatrie-Ordinarien Karl Bonhoeffer (1868-1948) und Maximinian de Crinis (1889-1945) unter dieser Perspektive dargestellt werden. Der Beitrag ist in zwei große Teile gegliedert, die wiederum eine Untergliederung haben. Der erste Teil gibt einen Überblick zur Psychiatrie im Nationalsozialismus; er ist unterteilt in die Zeit bis 1933, die Zeit von 1933 bis zum Kriegsausbruch 1939, die Kriegszeit bis 1945, womit der Kontext für Biografie und Handeln von Bonhoeffer und de Crinis hergestellt ist, die diesen ersten Teil abschließen. Der zweite Teil wird am Beispiel der nach 1933 gesetzlich vorgegebenen Zwangssterilisation darstellen, welche Handlungsspielräume für Psychiater im Nationalsozialismus existierten. In diesem Teil wird schließlich auch ausführlicher auf Bonhoeffers Beteiligung an der Praxis der Sterilisationen eingegangen.

# Seite 68

# PSYCHIATRIE VOR UND NACH 1933

# Die Zeit vor 1933

Die Psychiatrie erlebte im deutschen Sprachraum bereits im frühen 19. Jahrhundert mit der Gründung von psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten einen ersten Institutionalisierungsschub. Um 1900 entwickelte sie sich dann in ihrer Identität von einer gesellschaftlichen Ordnungsinstanz und Institution bürgerlich-philanthropischer Hilfsbemühungen hin zu einer wissenschaftlichen Disziplin im eigentlichen Sinne mit breiter universitärer Etablierung und expliziten Standards für Rekrutierung, Ausbildungswege und professionelle Praxis.<sup>1</sup>

Bis 1901 war die Psychiatrie kein im medizinischen Curriculum verankertes universitäres Fach. Auch hatte sie im Vergleich zu den organmedizinischen Fächern kaum vom "kulturellen Kapital" und den finanziellen Ressourcen der neuen Laborwissenschaften (wie Physiologie und Bakteriologie) profitieren können. Noch um 1880 wurde von den meisten Fachvertretern der fehlende Konsens über Terminologie, Klassifikation und effiziente Interventionsmöglichkeiten für psychiatrische Krankheitszustände beklagt. Nach dem Ende der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts hatten jedoch lange verfolgte, professionspolitische Strategien zu bemerkenswerten Ergebnissen geführt: Es gab nun Lehrstühle und Kliniken an praktisch allen deutschen medizinischen Fakultäten; die Psychiatrie war obligatorisches Lehrfach in der neuen, reichsweit gültigen Approbationsordnung für Ärzte; und die jahrzehntelangen Kontroversen über angemessene Terminologien und Klassifikationen für psychische Störungen waren weitgehend abgeschlossen, nachdem sich die von Emil Kraepelin (1856-1926) und seiner Schule geprägten Kategorien durchgesetzt hatten. Damit waren auch einheitliche begriffliche Grundlagen für eine reichsweite "Irrenstatistik" gegeben, eine Voraussetzung für die von politischer Seite gewünschte Bedarfsplanung zur psychiatrischen Versorgung. Die Psychiater begannen ebenfalls, sich außerhalb der engeren Grenzen ihrer Institutionen zu betätigen und damit ihre weitergehenden Deutungsansprüche und Kompetenzen für eine Vielzahl von öffentlichen Fragen und gesellschaftlichen Instanzen bis hin zur Obrigkeit deutlich zu machen, wobei gleichzeitig auch die Nachfrage nach solcher Expertise zunahm: So traten sie nicht nur

Vgl. zum Folgenden Roelcke, Volker, Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932: Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik, in: Bruch, Rüdiger vom; Kaderas, Brigitte (Hg.), Wissenschaften und Wissenschaftspolitik: Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts, Stuttgart 2002, 109-124; Engstrom, Eric, Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice, Ithaca, London 2003.

als Experten in Parlamentsausschüssen und Gutachter vor Gericht auf, sondern äußerten sich auch zunehmend in öffentlichen Reden und Stellungnahmen zu aktuellen sozialen und politischen Problemlagen.

Der Erste Weltkrieg und seine Folgen stabilisierten und förderten die Position der Psychiatrie weiter: Zentraler Faktor hierfür war die im militärischen Kontext relevante Problematik der sogenannten "Kriegszitterer" und damit verbunden der psychischen

# Seite 69

Traumatisierung, dann in der Nachkriegszeit die sich daraus ergebenden Fragen nach der Berechtigung von Entschädigungs- bzw. Berentungsansprüchen sowie nach adäquaten Formen der Therapie und Rehabilitation.

Mit den psychiatrischen Versorgungsangeboten, Forschungsaktivitäten und Deutungsangeboten für soziale Phänomene waren im Wesentlichen drei Wertsetzungen verbunden: erstens die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Individuums; zweitens das Wohlergehen der nationalen Ökonomie; und drittens die (biologische) Stärke des Staates. Diese Triade war kein deutsches Charakteristikum, sondern eher expliziter oder impliziter Bestandteil vieler, wenn nicht der meisten Versionen von Gesundheitspolitik und ärztlichem Verhalten in europäischen Kontexten seit der Aufklärung. Im deutschen Fall iedoch wurde die breitere Idee des Staates (Gesamtheit aller Bürger) rascher und radikaler ersetzt durch diejenige der Nation (mit der Fiktion einer einheitlichen Herkunft und Kultur) und schließlich durch diejenige eines biologischen Volkskörpers, der Rasse. Das Konzept der Rasse postulierte für eine imaginierte homogene soziale Gruppe zusätzlich eine spezifische biologische Grundlage. Nach diesen Vorstellungen wurde das Ziel, Wohlergehen und Stärke von Staat, Nation und Rasse zu verbessern, eine gegenüber dem Wohl des Individuums immer wichtigere Wertsetzung.

Diese Entwicklung konvergierte mit derjenigen der Eugenik als Wissenschaft und sozialpolitischer Praxis. Schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts war die Forschung zur Aufklärung der Erbkomponente von psychischen Erkrankungen intensiviert worden und beschleunigte sich dann in ihrer Dynamik seit der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre, also schon deutlich vor 1933, nochmals spürbar. Kraepelin und andere Fachvertreter hatten bereits um 1910 die Notwendigkeit einer systematischen und langfristigen Forschungsanstrengung zur Erfassung der Erbgesundheit des gesamten deutschen Volkes proklamiert. Psychische Erkrankungen sowie andere Verhaltensauffälligkeiten wie Delinquenz und sexuelle Normabweichungen wurden als Ausdruck und Ergebnis eines bedrohlichen Prozesses der Degeneration oder Entartung verstanden, d. h. einer sich kontinuierlich verschlechternden Qualität des kollektiven Genpools.

Kraepelin hatte zusammen mit anderen Psychiatern wie Robert Sommer (1864-1937) und Alois Alzheimer (1864-1915) zur Durchführung dieses ambitionierten Programms die Einrichtung eines zentralen, staatlich finanzierten Forschungsinstituts für psychiatrische Forschung und Epidemiologie gefordert – eine Forderung, die dann in Form der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (DFA) in die Realität umgesetzt wurde.

Zum Leiter der neuen Abteilung wurde Ernst Rüdin (1854-1952) ernannt, ein Schüler Kraepelins und eine der Schlüsselfiguren in der deutschen eugenisch-rassenhygienischen Bewegung.<sup>2</sup> Rüdin hatte kurz zuvor mit dem Konzept der "empirischen

# Seite 70

Erbprognose" eine neue statistische Methodik formuliert, die weit über den deutschen Kontext hinaus zu einem Paradigma für das Arbeitsfeld wurde. Um 1933/34 wurden Rüdin und seine Mitarbeiter an der Genealogisch-Demographischen Abteilung (GDA) als die international führende Arbeitsgruppe im Bereich der psychiatrischen Genetik angesehen.

Im Gegensatz zu der ansteigenden staatlichen Finanzierung und der Bereitstellung von Stiftungsgeldern für eugenisch motivierte, anthropologischgenetische Forschung wurden die Ressourcen für die psychiatrische Versorgung bereits gegen Ende der Weimarer Zeit immer weiter reduziert. Dies führte zu einer Verringerung des Umfangs und der Qualität des Versorgungssystems, mit der Konsequenz, dass Reformprojekte der Psychiatrie beendet wurden. Daneben führten die zunehmenden sozialen Spannungen durch hohe Arbeitslosigkeit und Armut zu einer reduzierten Bereitschaft der Bevölkerung, sich mit Menschen zu beschäftigen, die in ihrem Verhalten von gesellschaftlicher Norm abwichen. Für die psychiatrischen Anstalten hatte dies zur Folge, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten immer länger wurde. Damit kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Zahl der asylierten Langzeitpatienten. Da die Kürzung finanzieller Ressourcen auch Anstaltsinsassen betraf, vertiefte sich die Kluft zwischen benötigten und verfügbaren Mitteln rasch.

Die sich aus dieser Konstellation ergebenden praktischen Probleme waren seit Ende der 1920er-Jahre ein breit diskutiertes Thema auf Tagungen und in Fachzeitschriften der Psychiater. Die meisten Autoren stimmten überein, dass bei der Ressourcenzuteilung zwischen den Patienten auf der Grundlage ihres Krankheitszustandes und der Prognose differenziert werden müsse. Demnach sollten chronisch psychotische Patienten und psychisch Behinderte separat

Zu Rüdin und der Entwicklung psychiatrischer Forschung vor und nach 1933, vgl. Roelcke, Volker, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933, Medizinhistorisches Journal 37 (2002): 21-55; sowie ders., Psychiatrische Wissenschaft im Kontext nationalsozialistischer Politik und "Euthanasie". Zur Rolle von Ernst Rüdin und der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, in: Kaufmann, Doris (Hg.), Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2000, 112-150.

von Patienten mit vermeintlicher positiver Prognose untergebracht und die Aufwendungen für sie deutlich reduziert werden. Dieses Konzept der differenzierten Ressourcenzuteilung hatte Konsequenzen, die sich nicht nur bis in die Zeit des Nationalsozialismus hinein auswirkten, sondern dort unter den Bedingungen des Krieges noch radikalisierten.

# Die Zeit von 1933 bis zum Kriegsbeginn 1939

Die dominierende Position des Eugenikers und Humangenetikers Ernst Rüdin ist ein Indikator für die Entwicklung der Psychiatrie nach 1933.3 Nachdem Rüdin bereits 1931 zum Direktor der gesamten Deutschen Forschungsanstalt (zusätzlich zur GDA) avanciert war, wurde er 1935 vom Reichsinnenministerium auch zum Präsidenten und "Führer" der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater ernannt. Daneben war er als einer der führenden Experten im Bereich der "Erbgesundheitspflege" für das neue Regime tätig: Ab 1933 war er Mitglied im Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik, das beim Reichsinnenministerium

# Seite 71

angesiedelt war. In dieser Funktion war er mitverantwortlich für die Erarbeitung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses", de facto ein Gesetz zur Zwangssterilisation derjenigen, deren Erkrankung im Gesetz als vererbt gelistet war, wie Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie oder erblicher Veitstanz (Chorea Huntington).<sup>4</sup> Das Gesetz trat zum Januar 1934 in Kraft. Zusammen mit dem Ministerialreferenten Arthur Gütt (1891-1949) aus dem Reichsinnenministerium und dem Juristen und SS-Mitglied Falk Ruttke (1894-1955) war Rüdin Autor des offiziellen Kommentars. Für Rüdin und seine Mitarbeiter war jedoch völlig klar, dass die im Gesetz angeführte Liste von "Erbkrankheiten" auf Prämissen basierte, die erst noch durch weitere empirisch-statistische Untersuchungen sowie letztlich auch durch experimentelle Studien belegt werden müssten. Trotzdem hielten sie die Erbkomponente bei den genannten Erkrankungen für sehr hoch und sie waren gleichzeitig zuversichtlich, die noch fehlenden empirischen Daten durch zukünftige Forschungen liefern zu können. Dieses Auseinanderklaffen zwischen gesichertem wissenschaftlichen Wissen, praktischer Anwendung von medizinischem Wissen und öffentlicher Proklamation ist sicher unbefriedigend – es ist jedoch keinesfalls ein Spezifikum von Medizin und Wissenschaft im Nationalsozialismus, sondern findet sich z. B. immer wieder in der Geschichte der Seuchenbekämpfung.

Vgl. Roelcke, Programm.

Bock, Gisela, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986. Zur Praxis der Zwangssterilisation s. auch den Beitrag Czarnowski in diesem Band.

Insgesamt wurden im deutschen Reich zwischen 1933 und 1945 ca. 365.000 Menschen zwangssterilisiert; davon ca. 300.000 aufgrund psychiatrischer Zustände und 60.000 wegen anderer im Gesetz genannten Indikationen. Mit dem Kriegsbeginn 1939 ging die Rate der Sterilisationen allerdings drastisch zurück; stattdessen wurden nun psychiatrische Patienten Opfer der systematischen Krankentötungen ("Euthanasie").

Das Beispiel Rüdin illustriert nicht nur die enge Beziehung zwischen psychiatrischer Genetik, Eugenik und Politik vor und nach 1933. Es dokumentiert auch, dass im Bereich der psychiatrischen Forschung und Versorgung der konzeptuelle und praktische Pluralismus der Weimarer Zeit ab 1933 sehr rasch durch eine Hegemonie des eugenisch-rassenhygienischen Paradigmas abgelöst wurde. Im Bereich der Versorgung hatte dies konkret zur Folge, dass Anstrengungen zur Prävention ganz wesentlich auf die Sterilisation der vermeintlich Erbkranken reduziert und Ressourcen im oben beschriebenen Sinne selektiv zuungunsten der (biologisch) "Minderwertigen" zugewiesen wurden. Im Bereich der Forschung hatte diese Hegemonie die Konsequenz, dass viele und vor allem junge Forscher ihre Projekte in den Kategorien und nach den Fragestellungen erwünschter Erbgesundheitspolitik ausrichteten oder umformulierten. Auf diese Weise wurden die Genetik psychiatrischer Erkrankungen sowie Forschungen, die auf die Erarbeitung von Differenzkriterien zwischen vererbten und nicht vererbten, klinisch aber nicht unterscheidbaren Krankheitszuständen abzielten, zu den wichtigsten und am höchsten honorierten Forschungsgebieten in der Psychiatrie. Diese Veränderung sollte allerdings nicht als plötzlicher Bruch im Jahr 1933 verstanden werden. Vielmehr handelt es sich um

# Seite 72

eine rasche und massive Verstärkung eugenischer Plausibilitäten und Tendenzen, die schon Jahrzehnte vorher existierten, sowie um eine gleichzeitige Marginalisierung oder sogar Diskriminierung konkurrierender Konzepte und Programmatiken in Krankenversorgung und Forschung. Parallel dazu wurden jüdische und sozialistische Psychiater und Psychotherapeuten, die nicht selten diese Konzepte vertraten, zunächst an der Ausübung ihres Berufs gehindert, dann vertrieben und schließlich im Kontext des Holocaust deportiert und getötet.

Im Bereich der Krankenversorgung versuchte der NS-Staat, das System der Anstalten zentral zu vereinheitlichen und einer reichsweiten Bedarfsplanung nach dem bereits beschriebenen Prinzip der differentiellen Ressourcenzuteilung zu unterwerfen. Ein ständiger Ausschuss aus Anstaltsdirektoren und Mitarbeitern staatlicher Behörden, angesiedelt beim Deutschen Gemeindetag, hatte die Aufgabe, Strukturentscheidungen zu treffen. Hier wurden die früheren Debatten über eine effektive Zuteilung der knappen Ressourcen weitergeführt, nun unter den verschärften Vorgaben der rassenhygienischen Politik des neuen Regimes. Das Ergebnis war eine weitere Reduktion der Pflegesätze

(pro Patient und Tag aufgewendete Mittel) für Kranke mit schlechter Prognose und für diejenigen, die nicht durch einfache Arbeiten zur Ökonomie der Anstalt (etwa in der Landwirtschaft) beitragen konnten. Gleichzeitig sollten die frei werdenden Mittel in die Anwendung neu verfügbarer therapeutischer Methoden bei den Patienten mit vermeintlich guter Prognose investiert werden, wie z. B. bei der Cardiazol- und Elektroschock-Behandlung. In den Jahren vor dem Krieg wurde die kontinuierliche Reduktion der Pflegesätze für "Unheilbare" so weit voran getrieben, dass nur noch ein Minimum an Geldern verfügbar war, um ein direktes Hungern der Patienten zu vermeiden. Der Tod der auf diese Weise geschwächten Patienten, wurde in Kauf genommen, wenngleich er in dieser Zeit (bis 1939) noch nicht intendiert war und systematisch verfolgt wurde.

# Die Kriegszeit 1939 bis 1945

Die weitere Radikalisierung der Gesundheits- und Sozialpolitik nach Beginn des Zweiten Weltkrieges hatte im Bereich der Psychiatrie tödliche Konsequenzen für die Patienten.<sup>5</sup> Der weitgehende Konsens der Psychiater über eine differenzierte Mittelzuteilung für Anstaltspatienten war eine der Vorbedingungen für die Akzeptanz und Realisierung des "Euthanasie"-Gedankens in Bezug auf sogenanntes "lebensunwertes Leben", der ebenfalls schon lange vor 1933 in unterschiedlichen Kontexten diskutiert worden war. Die zentrale Idee hierbei war die systematische Tötung von nicht therapierbaren, chronisch kranken und behinderten Menschen. Eine erste breite Diskussion über die Möglichkeit des ärztlich veranlassten Tötens entwickelte sich

# Seite 73

seit den 1880er Jahren mit dem Aufkommen von Sozialdarwinismus und Eugenik; eine Verbreiterung und Radikalisierung der Diskussion erfolgte in der desolaten Situation nach dem Ersten Weltkrieg, als der Zusammenbruch des politischen Systems des Kaiserreichs mit massiver Armut und kriegsbedingter. ausgedehnter materieller Zerstörung einherging. 1920 verfassten der Psychiater Alfred Hoche und der Jurist Karl Binding die programmatische Schrift mit dem Titel "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens". Hoche definierte in dieser Schrift die Kategorie der geistig toten "Ballastexistenzen".

Für einen Überblick zur Geschichte von Programmatik und Praxis der Euthanasie und insbesondere der nationalsozialistischen Krankentötungen vgl. Schmuhl, Hans-Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens" 1890-1945, Göttingen 1987; Faulstich, Heinz, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg/Breisgau 1998.

Diese seien gekennzeichnet durch das "Fehlen irgendwelcher produktiver Leistungen" und durch den "Zustand völliger Hilflosigkeit, mit der Notwendigkeit der Versorgung durch Dritte".6

Die ökonomische ebenso wie die von Binding und Hoche und anderen benutzte kollektiv-ethische Begründung wurde ab 1939 auch zur Rechtfertigung der sogenannten "Aktion Gnadentod" oder "Euthanasie" benutzt.<sup>7</sup> Der systematische Krankenmord stand in engem Zusammenhang mit dem nationalsozialistischen Vernichtungskrieg. Er war nur möglich durch die aktive Teilnahme oder zumindest Duldung eines sehr großen Teils der deutschen Psychiater. Organisiert durch eine zentrale "Euthanasie"-Dienststelle in der Berliner Tiergartenstraße 4 (deshalb auch "Aktion T4") wurde im gesamten Reichsgebiet ein Melde-, Begutachtungs- und Deportationssystem für nicht mehr als "lebenswert" definierte psychisch Kranke und Behinderte aufgebaut. In sechs Tötungsanstalten wurden die selektierten Patienten in eigens eingerichteten Gaskammern umgebracht. Zwischen 1939 und 1941 kamen so über 70.000 Patienten ums Leben. Im August 1941 kam es u.a. nach einer kritischen Predigt des Bischofs von Galen in Münster zu einem von Hitler selbst angeordneten vorläufigen Stopp der zentralisiert organisierten Krankentötungen. Dezentral wurden die Tötungen jedoch fortgeführt. Bis zum Ende des Krieges wurden im gesamten deutschen Herrschaftsgebiet schätzungsweise 250.000 bis 300.000 Menschen im Kontext dieser sogenannten "Euthanasie" getötet.8

Wer waren die Verantwortlichen? Prinzipiell lassen sich vier Personengruppen unterscheiden: 1. die ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiter der zentralen Dienststelle in der Berliner Tiergartenstraße 4 und ihre Vorgesetzten in der Kanzlei des Führers; 2. diejenigen Ärzte (hauptsächlich Psychiater), die zur Begutachtung des Lebenswertes der Kranken tätig wurden (darunter mehrere Ordinarien für Psychiatrie); 3. das ärztliche und Pflegepersonal in den psychiatrischen Institutionen, das an den Deportationen aktiv beteiligt war oder diese nicht verhinderte; schließlich 4. diejenigen Psychiater und Erbforscher bzw. Humangenetiker, die im Wissen um die Konsequenzen der radikalisierten Selektionspolitik des Regimes dieser Aktion wissenschaftliche Plausibilität und Autorität verliehen.

# Seite 74

Wie für die Zeit ab 1933 lässt sich auch für die Zeit der systematischen Krankentötungen ab 1939/40 wiederum eine Anpassung von wissenschaftlichen Aktivitäten an die neuen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

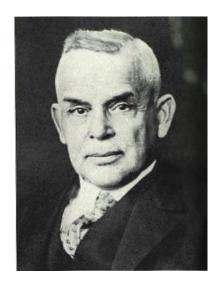
<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Vgl. Binding, Karl; Hoche, Alfred, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920, Zitate 55-57.

Etwa in der Rechtfertigung für die Krankentötungen in der "Denkschrift" von führenden Psychiatern aus dem Jahr 1943: vgl. dazu Schmuhl, Rassenhygiene, 261-290.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Zur Zahl der "Euthanasie"-Opfer Faulstich, Heinz, Die Zahl der "Euthanasie"-Opfer, in: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.), "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Frankfurt/M. 2000, 218-234.

dokumentieren: In diesem Kontext war es ein vorrangiges Ziel psychiatrischer Forschung, wissenschaftlich fundierte Kriterien zur Differenzialdiagnose zwischen biologisch oder anderweitig "hochwertigen" (insbesondere "erbgesunden") und "minderwertigen" Kranken zu entwickeln – eine Differenzierung, die für die Betroffenen auch eine Entscheidung zwischen Leben und Tod implizieren konnte. Solche Forschungen benutzten für ihre eugenisch-genetischen Fragestellungen Versuchspersonen, deren Tötung im Kontext der "Euthanasie" konstitutiver Bestandteil der wissenschaftlichen Agenda war. Beteiligt an diesen Forschungsprojekten waren auch Mitarbeiter der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie sowie des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung.9

# KARL BONHOEFFER UND MAXIMINIAN DE CRINIS



Karl Bonhoeffer

Karl Bonhoeffer galt lange Zeit "als beispielhafter Vertreter einer der bürgerlichen Humanität verpflichteten Wissenschaft, als personifizierter Gegensatz zum Nationalsozialismus". 10 Dieses stützte sich zum Einen auf Bonhoeffers Verbindungen zum Widerstand – zwei seiner Söhne, Klaus und Dietrich Bonhoeffer, sowie zwei seiner Schwiegersöhne, Rüdiger Schleicher und Hans Dohnanyi, wurden wegen ihrer Beziehung zum Widerstand gegen Hitler von den Nationalsozialisten zum Tode verurteilt und hingerichtet. Karl Bonhoeffer wusste um die Staatsstreichpläne seiner Söhne und Schwiegersöhne und unterstützte sie. Zum Anderen galt in der Forschung auch als gesichert, dass Bonhoeffer auf dem en-

geren Feld seiner beruflichen Tätigkeit der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik ablehnend gegenübergestanden und der Zwangssterilisierung von

Roelcke, Volker, Psychiatrische Wissenschaft im Kontext nationalsozialistischer Politik und "Euthanasie". Zur Rolle von Ernst Rüdin und der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, in: Kaufmann, Doris (Hg.), Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2000, 112-150; Schmuhl, Hans-Walter, Hirnforschung und Krankenmord: Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung 1937-1945, Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 50 (2002): 559-609.

Grell, Ursula, Karl Bonhoeffer und die Rassenhygiene, in: Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (Hg.), Totgeschwiegen 1933-1945. Zur Geschichte der Wittenauer Heilstätten, ab 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, 2. Aufl., Berlin 1989, 207-218, 208.

psychisch Kranken und geistig Behinderten entgegengewirkt habe. Im Folgenden soll der aktuelle Kenntnisstand zu diesen Themen dargestellt werden.

Bonhoeffer hatte Medizin in Tübingen, Berlin und München studiert. Im Anschluss daran arbeitete er zunächst im Labor des Tübinger Physiologen Paul Grützner (1847-1919),

# Seite 75

wo seine Dissertation über die Eigenschaften von Amphibienmuskulatur (1890) entstand. Ab 1893 war Bonhoeffer als Assistent von Carl Wernicke (1848-1905) an der Psychiatrischen Klinik der Universität Breslau tätig, wo er sich 1897 mit einer Arbeit über den "Geisteszustand des Alkoholdeliranten" habilitierte. 1903 nahm er einen Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie in Königsberg an, bereits ein Jahr später folgte er einem weiteren Ruf nach Heidelberg. Noch im gleichen Jahr (1904) gab er das Ordinariat zugunsten eines Rufes nach Breslau wieder auf. Ab 1912 bis zu seiner Emeritierung 1937/38 (s.u.) amtierte Bonhoeffer als ordentlicher Professor und Leiter der psychiatrischen und nervenärztlichen Abteilung der Charité in Berlin.

Neben seinen Arbeiten zum Alkoholismus, zur Aphasie und zur Psychopathologie von Obdachlosen wurde besonders seine Abgrenzung und Konzeptualisierung der symptomatischen oder exogenen Psychosen breit und anhaltend rezipiert. Ab 1912 fungierte Bonhoeffer als Herausgeber der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

Kritisch kommentiert wurden in der historischen Forschung Bonhoeffers (nachträgliche) Äußerung zur "Novemberrevolution" 1918. Bonhoeffer beklagte – wie viele seiner Fachkollegen – den Anteil "psychopathischer Persönlichkeiten" unter den führenden Männern der Räterepublik.¹³ Dies lässt sich als Pathologisierung des Politischen interpretieren. Bonhoeffer selbst stellt einen Zusammenhang zu rassenhygienischem Gedankengut der Zeit, genauer: zur These von den kontraselektorischen Effekten des Krieges her, was etwa in der folgenden Äußerung deutlich wird: "Wenn man bedenkt, daß [...] gerade die sozial bedenklichen Psychopathentypen in verhältnismäßig großen Zahlen den Krieg überlebten [...], so ergibt sich für den Volkskörper eine sicher nicht als belanglos anzusehende Verschiebung im Sinne des relativen Anwachsens der Minderwertigen und eines bedrohlichen Ausfalls sozial und

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Zu Biografie und Werk von Bonhoeffer vgl. Neumärker, Klaus-Jürgen, Karl Bonhoeffer – Leben und Werk eines deutschen Psychiaters und Neurologen in seiner Zeit, Berlin 1990; speziell zur Berliner Zeit vgl. Beddies, Thomas, Universitätspsychiatrie im Dritten Reich. Die Nervenklinik der Charité unter Bonhoeffer und de Crinis, in: Bruch, Rüdiger vom; Schaarschmidt, Rebecca (Hg.), Die Berliner Universität in der NS-Zeit, Bd. 2: Fachbereiche und Fakultäten, Stuttgart 2005, 55-72.

Bonhoeffer, Karl, Zur Frage der exogenen Psychosen, Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 20 (1908), 499-505.

Bonhoeffer, Karl, Inwieweit sind politische, soziale und kulturelle Zustände einer psychopathologischen Betrachtung zugänglich? Klinische Wochenschrift 2 (1923): 598-601.

biologisch wertvoller Männer. So ist der moderne Krieg in seiner Wirkung das Gegenteil einer guten Auslese. "14

Bonhoeffer selbst arbeitete nicht zu Fragen der Eugenik und regte wohl auch seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor 1933 nicht dazu an, zu diesem Themenbereich zu forschen. 15 Er äußerte sich vor 1933 nicht aus eigener Initiative zu der

# Seite 76

Forderung nach einer Freigabe der eugenischen (Zwangs-)Sterilisierung, sondern bezog Stellung, wenn diese Forderung an ihn herangetragen wurde. So verfasste er 1923 im Auftrag des "Ausschusses für Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene" des Preußischen Landesgesundheitsrates, dessen Mitglied er war, ein Gutachten über den von dem Zwickauer Medizinalrat Gustav Emil Boeters (1869-1942) vorgelegten "Gesetzentwurf" zur Zwangssterilisierung von Erbkranken und Behinderten. Als Voraussetzung für einen solchen staatlichen Eingriff forderte Bonhoeffer den "Nachweis [...], dass die Gefahr einer Schädigung des Volkskörpers durch die Fortpflanzung dieser Individuen tatsächlich besteht" oder "dass in ihnen ein wesentliches Hindernis für die Aufbesserung der genischen Erbwerte des Volkes gelegen ist". <sup>16</sup> Bonhoeffer verlangte dabei den Nachweis "zum mindesten eine[r] erhebliche[n] Wahrscheinlichkeit", weil "dem Staat die Berechtigung, gesunde Individuen in größerem Ausmaße von dem Ins-Leben-Treten abzuhalten, nicht zuerkannt werden kann". In Bezug auf die "Frage der Gefahr einer fortschreitenden endogen bedingten Entartung" äußerte Bonhoeffer sich skeptisch: "Die Frage der quantitativen Zunahme der endogenen Geisteskrankheiten und krankhaften Zustände muss [...] als nicht spruchreif beiseite gelassen werden." Bilanzierend stellte er fest: "Der Umkreis der Erkrankungen und krankhaften Zustände. bei denen heute schon mit erheblicher Wahrscheinlichkeit gesagt werden kann, dass die Vererbung der Erkrankung an die Deszendenten zu erwarten

<sup>14</sup> Bonhoeffer, Karl, Lebenserinnerungen. Geschrieben für die Familie, in: Zutt, Jürg, Straus, Erwin et al. (Hg.), Karl Bonhoeffer. Zum hundertsten Geburtstag am 31. März 1968, Berlin u. a. 1969, 8-107, 95.

 $<sup>^{15}</sup>$  Als einziger unmittelbarer Schüler befasste sich Kurt Pohlisch bereits vor 1933 eingehend mit Vererbungsfragen. Zwei weitere Habilitanden Bonhoeffers, die in den 1930er-Jahren (und später) im Bereich der psychiatrischen Erbforschung/Genetik profiliert waren, waren hauptamtlich an Berliner psychiatrischen Anstalten tätig: Franz Kallmann und Friedrich Panse: Vgl. Mildenberger, Florian, Auf der Spur des "scientific pursuit". Franz Josef Kallmann (1897-1965) und die rassenhygienische Forschung, Medizinhistorisches Journal 37 (2003): 183-200; sowie Heyll, Uwe, Friedrich Panse und die psychiatrische Erbforschung, in: Esch, Michael; Griese, Karin et al. (Hg.), Die Medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus, Essen 1997, 318-340.

Im Folgenden zitiere ich aus: Gerrens, Uwe, Medizinisches Ethos und theologische Ethik. Karl und Dietrich Bonhoeffer in der Auseinandersetzung um Zwangssterilisation und "Euthanasie" im Nationalsozialismus, München 1996, 82-83, sowie Bonhoeffer, Karl, Zur Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 3 (1924): 798-801.

ist, ist gering. Bei der Kreuzung zweier Schizophrener, zweier Schwachsinnigen, zweier erblich Tauben und bei der Huntingtonschen Chorea liegt dieser Fall vor. Auch bei einzelnen Schwachsinns-, Epilepsie- und Psychopathenstämmen mag im Einzelfall diese Wahrscheinlichkeit vorliegen." Aber: "Eine nennenswerte praktische Bedeutung in eugenischer Hinsicht kommt bei der Beschränkung auf die hier genannten Indikationen der Unfruchtbarmachung kaum zu." Die Mehrzahl der leicht Schizophrenen und schizophren Belasteten, Debilen und Psychopathen lebe ohnehin außerhalb der Anstalten, ihre Zwangssterilisierung sei "unmöglich". Die freiwillige Unfruchtbarmachung aus eugenischen Gründen erklärte Bonhoeffer für rechtlich "zulässig und in manchen Fällen wünschenswert". Um allerdings Missbräuche zu verhindern – hier dachte Bonhoeffer an Armenbehörden, die junge ledige Mütter unter Druck setzen könnten –, sollten die Sterilisierungen durch staatliche Stellen durchgeführt werden.

Auf Bonhoeffers eigenen Umgang mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz wird weiter unten ausführlicher eingegangen. Jedoch soll hier schon erwähnt werden, dass Bonhoeffer 1949<sup>17</sup> in einem Aufsatz zu den Auswirkungen des

# Seite 77

nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes die Auffassung vertrat, dass die Sterilisation von Erbkranken bei strenger Indikationsstellung nach wie vor und insbesondere in wirtschaftlich prekären Situationen wie der Nachkriegszeit durchaus gerechtfertigt sei, dass es allerdings in der Zeit des Nationalsozialismus einen "Übereifer mancher fachlich unzulänglich vorgebildeter und nach politischen Gesichtspunkten ausgewählter Ärzte und Amtsärzte" gegeben habe.<sup>18</sup>

Zur Frage der "Euthanasie" nahm Bonhoeffer, wie Gerrens urteilt, nach 1933 zunächst eine "interessierte, aber indifferente Position" ein. 19 Als gesichert kann gelten, dass Bonhoeffer (wie auch sein Schwiegersohn Hans von Dohnanyi) die beiden Pastoren Gerhard Braune und Fritz von Bodelschwingh in ihrem Bemühen unterstützte, gegen den Massenmord bei verschiedenen Regierungsstellen zu intervenieren. 20 Als Herausgeber des "Centralblattes für Neurologie und Psychiatrie" trug Bonhoeffer auch die redaktionelle Verantwortung für eine Rezension des Geheimrats Georg Ilberg (1862-1942), in der erstaunlich offen gegen die laufende "Euthanasie"-Aktion Stellung bezogen wurde. Der Vorgang führte zu einem Zusammenstoß zwischen Bonhoeffer und

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Nach seiner offiziellen Emeritierung 1937 und der anschließenden kommissarischen Vertretung von Klinikleitung und Ordinariat bis zur Berufung seines Nachfolgers de Crinis im Wintersemester 1938/39 war Bonhoeffer nach dem Krieg nochmals von 1945 bis 1947 kommissarischer Leiter der Psychiatrischen Klinik.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Bonhoeffer, Karl, Ein Rückblick auf die Auswirkung und die Handhabung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, Nervenarzt 20 (1949): 1-5.

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Ebd., 103

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Gerrens, Ethos, 104-106; vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, 327-329.

dem ärztlichen Leiter der "Aktion T4", Hermann Paul Nitsche (1876-1948).<sup>21</sup> Zusammenfassend kann man feststellen, dass nur wenige Ordinarien sich so eindeutig gegen die "Euthanasie"-Aktion wandten wie Bonhoeffer. Man mag kritisieren, dass er seine Gegnerschaft zur "Euthanasie" nicht aktiver und energischer in Handlungen umsetzte, muss aber dabei in Rechnung stellen, dass er zu dieser Zeit bereits in die von seinem Sohn Dietrich und anderen verfolgten Umsturzpläne gegen Hitler eingebunden war und, hätte er sich stärker exponiert, möglicherweise sich selbst, seine Söhne und Schwiegersöhne und den Widerstand gefährdet hätte.

Maximinian de Crinis, in der Steiermark aufgewachsen, studierte Medizin in Graz und Innsbruck.<sup>22</sup> Nach dem Ersten Weltkrieg engagierte er sich in der Grazer Studentenlegion und spielte 1923 eine auslösende Rolle bei antisemitischen Unruhen in Graz. 1927 war er Gründungsmitglied des Arbeitsbundes für österreichische Familienkunde, der ein eugenisch-rassenhygienisches Programm vertrat.

Nach einer anfänglichen Tätigkeit im Bereich der medizinischen Chemie wurde er Assistent bei dem Grazer Professor für Psychiatrie Fritz Hartmann (1871-1937), Vertreter einer naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie. In seinen Forschungen versuchte de Crinis psychiatrische Krankheiten biochemisch über Sekretionsstörungen von endokrinen Drüsen zu erklären. In seiner Habilitationsschrift versuchte er – in Anknüpfung an humoralpathologische und konstitutionsbiologische Theorien – Veränderungen der Zusammensetzung und Mischung von Körperflüssigkeiten bei Epilepsie-Zuständen nachzuweisen.

# Seite 78

1931 trat de Crinis der NSDAP bei und agitierte in den Folgejahren im "Verein deutscher Ärzte", Gau Steiermark, gegen jüdische und sozialistische Ärzte. 1934 wurde er nach nationalsozialistischen Anschlägen von der Polizei verhaftet, durch Hilfe eines befreundeten Polizeiarztes aber aus "gesundheitlichen Gründen" bald wieder entlassen. Noch im gleichen Jahr wurde er als Ordinarius für Psychiatrie an die Universität Köln berufen, ein Vorgang, der auch im Zusammenhang mit der Unterstützung von österreichischen Parteimitgliedern nach dem gescheiterten Putsch 1934 durch zentrale deutsche Parteiinstitutionen zu sehen ist.

In seiner Kölner Zeit publizierte de Crinis ein Lehrbuch zur "Gerichtlichen Psychiatrie", das zu strenger Beachtung nationalsozialistischer Gesetzgebung anleitete.<sup>23</sup> Von 1934 bis 1938, dem Zeitpunkt seiner Berufung nach Berlin, fungierte er als Führer der Dozentenschaft der Universität Köln, 1936 trat er der SS bei.

Im November 1938 wurde de Crinis gegen das explizite Votum der Berliner Medizinischen Fakultät auf den Lehrstuhl für Psychiatrie berufen. Eine besondere Hinhaltetaktik von Bonhoeffer zur Verhinderung dieser Berufung, die gelegentlich

<sup>23</sup> De Crinis, Maximinian, Gerichtliche Psychiatrie, Berlin 1938.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Gerrens, Ethos, 108.

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Vgl. zum Folgenden Jasper, de Crinis, sowie Beddies, Universitätspsychiatrie.

postuliert wurde, lässt sich nach neueren historischen Forschungen nicht belegen.<sup>24</sup> In seiner Berliner Amtszeit war de Crinis kaum wissenschaftlich tätig.<sup>25</sup> Neben der Klinikleitung übernahm er ab 1940 eine zusätzliche hochschulpolitische Funktion: das Amt des Referenten für medizinische Sachfragen im Reichsministerium für Wissenschaft, Forschung und Volksbildung. Über diese Funktion nahm de Crinis Einfluss auf Fragen der medizinischen Ausbildung, sowie bei Berufungsverfahren in medizinischen Fakultäten im gesamten Reichsgebiet.

Eine Reihe von Indizien sprechen dafür, dass de Crinis im Kontext des Programms der systematischen Krankenvernichtungen eine verantwortliche Rolle spielte, die sich allerdings heute aufgrund der nur bruchstückhaften Aktenüberlieferung nicht mehr abschließend klären lässt. So war er neben anderen "Euthanasie"-Protagonisten und Medizinalbeamten 1940 an den Beratungen im Reichsjustizministerium über ein "Euthanasie"-Gesetz beteiligt. Auch stand er in regelmäßigem Kontakt zum ärztlichen Leiter der Berliner "Euthanasie"-Zentrale, Paul Nitsche, mit dem und anderen "Euthanasie"-Akteuren zusammen er u. a. eine Denkschrift zur Erneuerung der Psychiatrie verfasste. In dieser war die systematische Tötung von nicht mehr therapierbaren und anderweitig "unbrauchbaren" Patienten Teil einer "Dialektik von Heilen und Vernichten". Auch im Kontext von Nachkriegsprozessen wurde de Crinis von verschiedenen Mitarbeitern der "Euthanasie"-Zentrale eine zentrale Rolle für das Tötungsprogramm zugeschrieben. De Crinis selbst hatte sich allerdings durch einen Suizid in den letzten Kriegstagen einer juristischen Verfolgung entzogen.

# Seite 79

### HANDLUNGSSPIELRÄUME IM NATIONALSOZIALISMUS

# Das Beispiel des Sterilisierungsgesetzes

Die Stoßrichtung des Sterilisierungsgesetzes lag in der "Ausmerzung" von Krankheitsanlagen, was eine fundamentale Wende in der Gesundheitspolitik implizierte: Prävention bedeutete nun nicht mehr eine Verhütung von Erkrankungen, sondern die Verhütung kranker Menschen. Diese Verschiebung war den Psychiatern durchaus bewusst, wie sich an Äußerungen von Fachvertretern, etwa Rüdin, aber auch Karl Bonhoeffer, ablesen lässt. Dieser Perspektivenwechsel diente einerseits dem langfristigen Ziel der Beseitigung von

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Vgl. dazu Beddies, Universitätspsychiatrie, 62-65.

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Ebd., 68.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Vgl. dazu etwa Schmuhl, Rassenhygiene, 261-290, sowie Faulstich, Hungersterben.

Zu de Crinis' Mitverantwortung für die "Euthanasie" vgl. Jasper, de Crinis, 119-128; Beddies, Universitätspsychiatrie, 69-70; Roth, Karl-Heinz; Aly, Götz, Das "Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken". Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941, in: Roth, Karl-Heinz (Hg.), Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum "Gesetz über Sterbehilfe", Berlin 1984, 101-179.

Krankheitsanlagen aus dem Genpool der Nation. Andererseits zielte das Gesetz aber auch ganz ausdrücklich auf die Senkung von sogenannten "Fürsorgelasten". Neben einer eugenischen Rationalität spielte also auch eine ökonomische Rationalität in der Programmatik und Praxis der nationalsozialistischen "Erbgesundheitspolitik" eine zentrale Rolle.

Damit standen Wertsetzungen, die der "hippokratischen Ethik" zugeschrieben werden und im Selbstverständnis und der Rhetorik der Ärzte traditionell eine große Rolle spielten, in Konflikt mit anderen Werten, die an den Erfordernissen der Volksgemeinschaft gemessen wurden. Der Grundsatz, zum Wohl des einzelnen Patienten zu handeln und ihm keinen Schaden zuzufügen, fand bei der Umsetzung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" nur eine nachrangige Beachtung. Weder hatten die Ärzte bei der Meldung der zu Sterilisierenden primär das persönliche Wohlergehen der Betroffenen im Sinn noch fühlten sie sich in dieser Frage an ihre auch gesetzlich fixierte Schweigepflicht gebunden.

Um die genauen Motivationen der Akteure und ihre Handlungsspielräume nachvollziehen zu können, hat Astrid Ley die praktizierende Ärzteschaft in drei unterschiedliche Gruppen unterteilt: 1. die niedergelassenen Ärzte und Fachärzte, 2. die für Kommunal- oder Landesbehörden tätigen Fürsorgeärzte sowie 3. die an Kliniken tätigen Psychiater.<sup>28</sup> Für jede dieser drei Gruppen lassen sich spezifische Identitäten und Varianten einer "Berufsethik" finden: Am deutlichsten widersprach die den niedergelassenen Ärzten durch das neue Gesetz zugedachte Rolle – nämlich die Anzeige zur Sterilisation – den traditionellen ärztlichen Handlungsmustern. Da gerade die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte mit einer kontinuierlichen, oft über viele Jahre sich hinziehenden Arzt-Patient-Beziehung verbunden war, die wesentlich auch auf gegenseitiger Kenntnis und Vertrauen beruhte, ergab sich mit der neuen gesetzlichen Vorgabe ein scharfer Rollenkonflikt: Einerseits basierte ihr Verhältnis zu den Patienten auf eben diesem Vertrauen. Andererseits forderte das Gesetz ein Durchbrechen der ärztlichen Schweigepflicht und eine Handlung des Arztes, die zumindest potenziell zu einer medizinischen Intervention auch gegen den Willen des Betroffenen führen konnte.

# Seite 80

Vor dem Hintergrund dieses Rollenkonflikts entzogen sich tatsächlich sehr viele niedergelassene Arzte der Anzeigepflicht. Im untersuchten Bezirk Schwabach (Franken) nahmen etwa zwei Drittel der niedergelassenen Ärzte über die gesamte Dauer des nationalsozialistischen Regimes keine Meldung zur Zwangssterilisierung vor. Diese Tatsache ist umso erstaunlicher, als in der untersuchten Region etwa 75% der Arzte in der NSDAP oder der ihr ange-

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Ley, Astrid, Zwangssterilisation und Ärzteschaft: Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945, Frankfurt/M. 2003.

gliederten Gruppen organisiert waren, eine Rate, die weit über dem Reichsdurchschnitt von ca. 54% aller praktizierenden Ärzte lag. Das Verhalten der niedergelassenen Ärzte dokumentiert, dass in dieser Frage das Interesse daran, das Vertrauen des Patienten zu erhalten, größer war als das Gefühl der Verpflichtung gegenüber dem Gesetzgeber und dass bei der Umsetzung des Gesetzes bestehende Handlungsspielräume genutzt wurden.

Bei der zweiten Gruppe, den Fürsorgeärzten, lässt sich demgegenüber ein besonders großes Engagement bei der Meldung für die Zwangssterilisierung feststellen. Auch dieses lässt sich am ehesten durch ein spezifisches Gruppeninteresse erklären: Alle Fürsorgeärzte waren Angestellte im öffentlichen Dienst und bei lokalen oder regionalen Behörden tätig – also bei Institutionen, von deren Seite her die Durchsetzung der staatlichen Sterilisationspolitik erwünscht war.

Bei den in Kliniken tätigen Psychiatern lässt sich eine eher distanzierte und ambivalente Haltung gegenüber dem Gesetz konstatieren. Von dem Recht, die Sterilisation eigener Patienten beim Erbgesundheitsgericht zu beantragen, machte diese Ärztegruppe nur vorsichtig Gebrauch. So beschränkten sie ihre Antragstätigkeit im Wesentlichen auf Patienten mit sehr ausgeprägter, auch für den Laien ersichtlicher Symptomatik, bei denen die Diagnose durch eine längere Verlaufsbeobachtung gesichert war. Bei den Anträgen der Anstaltspsychiater waren das nicht selten Langzeitpatienten mit geringer Aussicht auf Entlassung, womit zugleich nur ein äußerst kleiner Teil der Diagnosen Gegenstand späterer Verhandlungen vor den Erbgesundheitsgerichten wurde. Während die klinischen Psychiater also ihr Antragsrecht insgesamt nur zurückhaltend gebrauchten, nahmen sie die Aufgabe, die vom Gericht für fragwürdig gehaltenen Antragsbefunde durch Gutachten fachmännisch zu überprüfen, regelmäßig bereitwillig wahr. Dabei nutzten sie ihre im Auftrag des Gerichts erstellten Zusatzgutachten nicht selten auch als Medium, um die psychiatrisch-diagnostischen Kompetenzen von Amtsärzten grundsätzlich infrage zu stellen. Hauptursache für dieses ambivalente Verhalten dürfte die Angst vor dem Verlust des Definitionsmonopols der professionellen Experten für Geisteskrankheiten gewesen sein. Nach Einschätzung der Psychiater drohte die Bedeutung ihrer Kompetenz im Rahmen von Sterilisationsverfahren in gleichem Maße zu sinken, wie die eugenisch-rassenhygienische Hegemonie in der gesundheits- und sozialpolitischen Gesetzgebung hervortrat. Schon bei der Ausformulierung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" waren die Psychiater weitgehend übergangen worden – mit Ausnahme des als "Erbforscher" geltenden, nicht klinisch tätigen Ernst Rüdin. Auch bei konkreten Entscheidungsprozessen in Sterilisationsverfahren an Erbgesundheitsgerichten und -obergerichten konnten die Vertreter der psychiatrischen Profession zwar partizipieren, hatten aber selbst bei rein psychiatrischen Erkrankungen kein Entscheidungsmonopol, weil das Verfahren im Wesentlichen vonseiten der Amtsärzte dominiert wurde.

Insgesamt lässt sich somit sagen, dass auch für Psychiater erhebliche Handlungsspielräume bestanden und dass das jeweils konkrete Verhalten der einzelnen Gruppierungen innerhalb der psychiatrischen Disziplin sehr stark an den jeweils spezifischen Gruppeninteressen und oft erst in zweiter Linie an den Interessen der Patienten orientiert war. Damit verliert auch Karl Bonhoeffers Haltung zum Sterilisierungsgesetz seinen oft behaupteten exzeptionellen Charakter.

#### BONHOEFFERS HALTUNG ZUR EUGENIK UND DEM STERILISATIONSGESETZ

Die zentrale Frage, ob und in welchem Umfang Karl Bonhoeffer sich an der Durchführung und/oder Rechtfertigung der nationalsozialistischen Sterilisationsmaßnahmen gegen psychisch Kranke beteiligt hat, lässt sich nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand wie folgt beantworten:

Bonhoeffer hat bereits in den Jahrzehnten vor dem Machtantritt der Nationalsozialisten die Programmatik von Eugenik und Rassenhygiene prinzipiell für plausibel gehalten: Danach konnte einer potenziellen Verschlechterung des kollektiven Erbgutes durch erbbiologisch/genetisch fundierte Interventionen wie Heiratsverbote, Schwangerschaftsabbrüche oder Sterilisationen entgegengewirkt werden. Bonhoeffer teilte die mit dem eugenischen Paradigma verbundenen expliziten oder impliziten Wertsetzungen zumindest teilweise, wonach nämlich das Wohl der Gemeinschaft, des Volkes oder der Nation dem Wohl des Individuums übergeordnet sei oder übergeordnet sein könnte. In diesem Zusammenhang benutzte er vor 1933 Begriffe wie "Rassenverbesserung", "gute Volksaufzucht" und eugenisch "Minderwertige" und auch nach 1945 sprach er noch positiv vom Sinn der "genetischen Aufbesserung späterer Generationen", verwendete aber in diesem Zusammenhang nicht mehr den Begriff der "Rasse".<sup>29</sup> Auf einer programmatischen und prinzipiellen Ebene lässt sich also bei Bonhoeffer eine grundsätzliche Befürwortung eugenischer Prinzipien über fast vier Jahrzehnte finden.

Gleichzeitig muss festgehalten werden, dass Bonhoeffer für die Entstehung psychischer Störungen neben der Erbkomponente schon lange vor 1933 und auch während der Zeit des Nationalsozialismus grundsätzlich den Anteil von

Zit. nach Gerrens, Uwe, Medizinisches Ethos und theologische Ethik. Karl und Dietrich Bonhoeffer in der Auseinandersetzung um Zwangssterilisation und "Euthanasie" im Nationalsozialismus, München 1996, 85; Seidel, Michael; Neumärker, Klaus-Jürgen, Karl Bonhoeffer und das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933, in: Rapoport, Samuel M.; Thom, Achim (Hg.), Das Schicksal der Medizin im Faschismus. Auftrag und Verpflichtung zur Bewahrung von Humanismus und Frieden, Erfurt, Weimar, Berlin 1989, 196-200; vgl. auch Bonhoeffer, Karl, Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen, Klinische Wochenschrift 3 (1924): 798-801, sowie zur Nachkriegszeit Bonhoeffer, Karl, Ein Rückblick auf die Auswirkung und die Handhabung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, Nervenarzt 20 (1949): 1-5.

geburtstraumatischen oder exogenen Effekten immer wieder in seiner Bedeutung hervorhob. Das implizierte für ihn, dass der Kreis derjenigen Krankheitszustände, bei denen er die genetische Komponente für wirklich maßgeblich hielt, sehr eng fasste. Darüber hinaus

# Seite 82

war für ihn ein Teil der betroffenen Menschen, insbesondere aus den Diagnosegruppen der manisch-depressiven Erkrankung und der Psychopathie, zwar "genetisch" belastet, gleichzeitig aber zumindest potenziell durch besondere Kreativität oder andere kulturell hoch geschätzte Eigenschaften positiv bewertet, sodass von ihm eine Intervention infrage gestellt wurde.<sup>30</sup>

In Bezug auf eine eugenische Praxis befürwortete Bonhoeffer vor 1933 die Unfruchtbarmachung eines sehr eng definierten Personenkreises (u. a. bei Chorea Huntington sowie bei der Partnerschaft zweier Schizophrener nach fundierter psychiatrischer Diagnostik), wollte aber Zwangsmaßnahmen weitgehend ausgeschlossen haben.

Nach der Verabschiedung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" verhielt sich Bonhoeffer hier gemäßigt kooperativ: Er lehnte das Gesetz nicht grundsätzlich ab, plädierte aber bei unterschiedlichsten Gelegenheiten für eine sehr enge Auslegung. Seine insgesamt restriktiven Stellungnahmen zur eugenischen Sterilisation wurden reichsweit als Argumentationshilfe bzw. Präzedenzfälle für vorsichtige Indikationsstellungen verwendet. Bei zwei von ihm organisierten erbbiologisch-psychiatrischen Lehrgängen wurde auf die nur vorläufige Kenntnislage im Bereich der psychiatrischen Genetik sowie auf die praktischen Schwierigkeiten bei der Differenzialdiagnostik verwiesen.<sup>31</sup> Gleichzeitig implizierten diese Lehrgänge aber auch eine grundsätzliche Beteiligung an der staatlichen Sterilisationspolitik. In der Praxis waren Bonhoeffer und weitere Mitarbeiter der Berliner Klinik in die Verfahren der Erbgesundheitsgerichte mit eingebunden, und zwar sowohl durch die Meldung von Patienten mit Krankheitsbildern, die unter das Gesetz fielen, als auch durch die Mitwirkung als Beisitzer und Gutachter für die Erbgesundheitsgerichte und -obergerichte.

In den nach 1945 verfassten Lebenserinnerungen begründete Bonhoeffer seine gutachterliche Tätigkeit damit, dass er habe verhindern wollen, dass junge, unerfahrene und/oder nationalsozialistische Ärzte in Schlüsselpositionen einrückten, und dass er mäßigend auf die diagnostische Beurteilung der Erbgesundheitsgerichte habe einwirken wollen. Seine Darstellung, dass sich vielerorts keine ausgebildeten Psychiater zur Mitarbeit an den Erbgesundheitsgerichten fanden, trifft allerdings nicht zu. Die überwältigende Mehrheit der deutschen Anstalts- und Universitätspsychiater stellte sich bereitwillig in den Dienst

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Bonhoeffer, Karl, Manisch-depressives Irresein, in: Bonhoeffer, Karl u. a. (Hg.), Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Berlin 1934, 54-62, dort 54, 59, 62.

<sup>31</sup> Bonhoeffer, Aufgaben.

der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik. Es fehlte den Erbgesundheitsgerichten nicht an fachlich qualifizierten ärztlichen Beisitzern.

# Seite 83

Die Auswertung der bisher archivalisch erschlossenen Meldungen und Gutachten dokumentiert, dass Bonhoeffer und die Mitarbeiter der Berliner Klinik auch bei ihrer Mitarbeit im Meldeverfahren eine gemäßigte Linie verfolgten. Bei den "Problemfällen", die vor die Erbgesundheitsobergerichte gelangten, wurde in etwa gleicher Proportion für Sterilisationen plädiert oder abgeraten. Eine endgültige historische Analyse aller verfügbaren Dokumente zu dieser Frage steht jedoch noch aus.

Der historische Kenntnisstand für die Zeit zwischen 1933 und 1945 lässt sich demnach so zusammenfassen, dass Bonhoeffer – bei grundsätzlicher Akzeptanz der eugenischen Programmatik – einerseits dem Zwangscharakter des Sterilisationsgesetzes und der Effizienz der Vorgehensweise eher skeptisch gegenüberstand, andererseits sich in der Praxis an der Durchführung des Gesetzes beteiligte. Bonhoeffer ist hier mitverantwortlich für das Leid vieler Betroffener; auf der anderen Seite hat er offenbar auch existierende Handlungsspielräume zugunsten von psychisch kranken Einzelnen oder ganzen Erkrankungsgruppen zumindest teilweise genutzt oder zu nutzen versucht. Im Vergleich mit zeitgenössischen psychiatrischen Fachkollegen verfolgte Bonhoeffer dabei eine Linie, die insgesamt als gemäßigt bis zurückhaltend beschrieben werden kann. Bewertungen Bonhoeffers sowohl im Sinne einer Heroisierung als auch einer pauschalen Verurteilung erscheinen somit gleichermaßen als historisch nicht gerechtfertigt.

Zusammenfassend sollen drei Punkte festgehalten werden:

- 1. Die massenhaften Zwangssterilisationen und Krankentötungen in der Zeit des Nationalsozialismus waren keineswegs Ereignisse, deren Programmatik und Praxis ausschließlich auf die Zeit des Nationalsozialismus oder gar in diesem Zeitraum auf einige periphere psychiatrische Anstalten beschränkt waren. Vielmehr existieren vielfache intellektuelle und personelle Kontinuitäten, die weit in die Zeit vor 1933 zurückreichen und für diese Programmatik und Praxis konstitutiv waren.
- 2. Zwangssterilisationen und "Euthanasie" lassen sich auch nicht einfach als Resultat von Zwang verstehen, der vonseiten der Politik auf Medizin und Wissenschaft ausgeübt worden wäre. Vielmehr spielte die Initiative von Medizinern und Biowissenschaftlern eine konstitutive Rolle und viele Psychiater wie Bonhoeffer befürworteten prinzipiell bereits vor 1933 und auch noch nach 1945 eugenisch motivierte Sterilisationen.
- 3. Bei der Umsetzung des Sterilisierungsgesetzes existierten offenbar nicht unerhebliche Handlungsspielräume für die in der Psychiatrie tätigen Ärzte. Im Spannungsfeld von Patienteninteressen, tradierter medizinischer Standesethik, politisch vorgegebener Gesetzeslage und spezifischen Gruppeninteressen hat sich das konkrete Verhalten offenbar sehr häufig am zuletzt genannten Faktor orientiert.

Diese Befunde der historischen Analyse bieten auch für heutige Debatten zur

Ethik in der Medizin einigen Stoff zur Reflexion.

# Summary

Nazi medicine, including psychiatry, is not an isolated phenomenon in medical history, but rather the radical expression of problematic features inherent in modern medicine in general: e.g. the adaptation and subordination of physicians and scientists to temptations offered by the state; the idea to systematically use biomedical knowledge to enhance the genetic pool, and through it the health condition and performance of social groups and individuals; the pre-natal identification and prevention of 'life without value'.

# # Seite 84

The contribution is divided into three parts. First, it reconstructs the historical preconditions of the rise of the eugenic/racial hygienic paradigm and its constitutive link to medical genetics, and further to the medically legitimized Nazi sterilization and extermination policies against individuals of supposedly 'lesser biological value'. Second, it describes the careers of Karl Bonhoeffer and Maximinian de Crinis, the two professors and directors of the Psychiatric Department at the Charité in Berlin, including their attitudes towards, and contributions to Nazi health policies. Third, it reconstructs the considerable range of action individual psychiatrists had regarding the implementation of the law of forced sterilization. Finally, Bonhoeffer's actual practice regarding the sterilization law is analysed.

# Das Universitätsklinikum in Berlin

Seine Ärzte und seine wissenschaftliche Leistung 1810-1933

#### BEARBEITET VON

Prof. Dr. Curt Adam-Berlin, Oberarzt Dr. Karl Brandt-Berlin, Prof. Dr. Walter von Brunn-Leipzig, Prof. Dr. Paul Diepgen-Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Richard Greeff†, Doz. Dr. med. habil. Edith Heischkel-Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fritz König-Würzburg, Prof. Dr. Paul Rostock-Berlin, Prof. Dr. Karl Vogeler-Stettin und Prof. Dr. Maximilian Weingaertner-Berlin

#### HERAUSGEGEBEN VON

Prof. Dr. med. et phil. PAUL DIEPGEN

Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften Berlin

Prof. Dr. med.

und PAUL ROSTOCK Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin

Mit 13 Bildnissen und 17 Abbildungen im Text



VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH / LEIPZIG

Paul Diepgens und Paul Rostocks Geschichte des Berliner Universitätsklinikums (s. S. 101 f.).