

Forschung und Lehre zur Geschichte der Krankenmorde: Stand und Perspektiven

Interview zwischen Maike Rotzoll^a und Christian Sammer (12. 03. 2025)

^a  <https://orcid.org/0009-0006-1335-0802>

Christan Sammer (CS): Liebe Frau Rotzoll, Sie sind eine Expertin auf dem Gebiet der Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. Nicht nur, aber vor allem haben Sie zum Themenkomplex der Krankenmorde geforscht und gelehrt. Wie bewerten Sie im Moment den Stand der Forschung zur Geschichte von Krankenmorden im Nationalsozialismus? Und wie hat er sich entwickelt?

Maike Rotzoll (MR): Als ein wichtiger Einschnitt kann sicherlich das Jahr 1983 gelten, als das Buch von Ernst Klee erschien. Dies war eine Initiative, die nicht aus der Medizingeschichte, sondern aus dem kritischen Journalismus kam. Aber das war nicht das Einzige, was in diesem Jahr passierte: Ebenfalls eröffnete die erste Ausstellung in der späteren Gedenkstätte Hadamar, im Nationalsozialismus eine der ehemaligen Tötungsanstalt der „Aktion T4“ und auch der „dezentralen Euthanasie“, die von Studentinnen und Studenten aus Gießen erarbeitet worden war, in den Kellerräumen, in denen sich auch die ehemalige Gaskammer befindet. Ebenfalls bildete sich damals der bundesweite *Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangsterilisation*, in dem ich auch seit 1993 Mitglied bin.

Das heißt nicht, dass vor dem Jahr 1983 nicht schon ein paar Dinge passiert wären. Beispielsweise gab es eine Artikelserie von Medizinhistorikern im Ärzteblatt zum Thema; einige Psychiater hatten sich bereits kritisch in den 1960er Jahren geäußert. Diese folgte aber einem *isolierenden Paradigma* in der Aufarbeitung der Medizinverbrechen im Nationalsozialismus, wie das Volker Roelcke bezeichnet hat: Einzelne Täter wurden herausgegriffen und bearbeitet, aber nicht strukturell, bspw. als disziplinäres Phänomen, kontextualisiert. Erst in den 1980er kam es zur Entwicklung eines *komplex-lokalisierenden Paradigmas*. Lokalgeschichtliche Initiativen brachten Anstöße

von außen, wie das häufig bei Denkkollektiven der Fall ist, dass Veränderungen von außen angestoßen werden. Die Geschichtswissenschaft hatte sich bis dahin auch kaum mit dem Thema beschäftigt, das hat dann Hans Walter Schmuhl in seiner bahnbrechenden Dissertation getan. Auch das Institut für Zeitgeschichte hatte an diesem Beschweigen (Hermann Lübbe) seinen Anteil – das wird im Moment erst aufgearbeitet. Veränderungen wurden von außerhalb der (Medizin-)Geschichte angestoßen, von Journalisten wie Ernst Klee. Oder auch kritischen Politikwissenschaftlern wie Götz Aly, von Studenten, aber auch aus den Psychiatrien, von Pflegern und so weiter, teilweise im Sinne einer Graswurzelbewegung.

Alle diese Einflüsse zusammen haben dann dazu geführt, dass sich eine kritische Aufarbeitung erst ab den 1980er Jahren breit Fuß fasste und einflussreich wurde. Das trifft sowohl für das Thema Zwangssterilisation als auch für die sogenannte „Euthanasie“, oder Patient*innenmorde zu. Meiner Meinung nach gibt es aber zum Thema Morde an Patienten und Patientinnen immer noch mehr Forschung als zur Zwangsterilisation. Das hat auch vor Jahren der *Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten* beklagt, dass wenig Forschung Opfern der Zwangssterilisation betrieben wurde in der Zeit, in der noch viele Betroffenen lebten. Zum Glück hat Stefanie Westermann eine sehr schöne Dissertation dazu geschrieben: *Ver schwiegene Leid*.

CS: Die 1980er Jahre können also als Umbruchszeit einer neuen Art bezeichnet werden, wie Medizinverbrechen im Nationalsozialismus aufgearbeitet wurden. Ist das damals entstandene Paradigma denn auch heute noch das geltende, oder besser, wie hat sich die Perspektive der Forschung seit den 80er Jahren verändert? Gibt es noch weitere einschneidende Verschiebungen oder Perspektiven, die neu dazu kamen, dominanter wurden oder an Dominanz verloren haben?

MR: Hier würde ich die Opferperspektive nennen, die auch unsere Arbeitsgruppe auch ein stückweit nach vorne bringen konnte. Lange war es tatsächlich so, dass die Dokumente der Täter in der Forschung dominiert haben. Da waren die Ermittlungsakten zu Werner Heyde, was die sogenannte „Euthanasie“ betrifft, zentral, auf die sich auch Ernst Klee gestützt hat. Aber das führte dazu, dass die Täter mehr im Vordergrund gestanden haben. Kontrastierend haben wir die Perspektive der Opfer betont, was unter anderem dadurch möglich wurde, dass die Krankenakten der „Aktion T4“ aufgetaucht sind in einem ehemaligen Stasiarchiv in Berlin-Hohenschönhausen. Diese wurden von Gerrit Hohendorf und Volker Roelcke identifiziert und

ins Bundesarchiv übernommen; sie wurden Ausgangspunkt für ein größeres Forschungsprojekt. Im Zuge dessen wurden Lebensgeschichten von Opfern stärker in den Vordergrund gestellt, auch wenn bis 2018 archivrechtliche Bedenken die Nennung der Opfernamen verhinderten.

So wichtig diese Forschung auch war, so wurde der Fokus doch stark auf die „Aktion T4“ gelenkt, da von dieser ca. 30 000 von etwa 70 000 Akten erhalten sind. Dadurch ist dieser Teil der Patientenmorde viel besser erforscht als andere Teile der Patientenmorde, deren Überlieferung viel schwieriger ist. Das gilt für die „Kindereuthanasie“ wie für die „dezentrale Euthanasie“; einzelnen Opfer kann man hier oftmals nicht richtig identifizieren, da die Ermordung natürlich nicht in die Akten eingetragen wurde. Man kann zwar die Zahlen der in den Anstalten an Hunger oder auch durch Medikamentengabe getöteten mehr oder weniger gut schätzen, wie das Heinz Faulstich gemacht hat. Doch zu dem Punkt, an dem alle Opfer bekannt sind, wird man hier nicht kommen. Vieles bleibt unklar, auch wenn Gerrit Hohendorf mit seiner Arbeitsgruppe das Münchener Gedenkbuch erstellt hat – meines Erachtens nach, ein methodisches Standardwerk zur Aufarbeitung der „dezentralen Euthanasie“.

CS: „Aktion T4“, „Kindereuthanasie“ und „dezentrale Euthanasie“ sind nun als Begriff in Anführungszeichen gefallen. Wie kann man diese Phänomene des Themenkomplexes Krankenmorde voneinander abgrenzen und gibt es noch weitere, die wir nicht erwähnt haben?

MR: Zunächst würde ich mit den Patientenmorden beginnen, die im Kontext des Krieges im Osten stattgefunden haben. Bereits sehr früh sind zum Teil alle Bewohner von Anstalten getötet worden, um diese anders nutzen zu können. Beispielsweise wurden im September 1939 im polnischen Schwetz die Patientinnen und Patienten umgebracht, um baltische Aussiedler unterbringen zu können, die im Zuge des Hitler-Stalin-Paktes ausreisen mussten. Patientenmorde durch Erschießungen oder den Einsatz von Gaswagen sind nicht nur Polen, sondern auch nach Kriegsbeginn für Ostpreußen oder der damaligen Sowjetunion nachgewiesen. Aktuelle Schätzungen gehen hier von mindestens 40 000 Toten aus. Diese werden sich wahrscheinlich auch nicht mehr restlos präzisieren lassen, denn dass man da wirklich an die Akten kommt, sofern diese überhaupt erhalten sind, ist häufig ganz schwierig. Es gibt auch sehr gute Forscherinnen und Forscher aus der Ukraine selbst, zum Beispiel Dmytro Tytarenko, der das Thema für Poltava aufgearbeitet hat. Aber im Augenblick ist in der Ukraine nicht daran zu denken, hier weiterzukommen. Und das gilt umso mehr für Russland und Weißrussland. Entscheidend

ist aber, dass hier die europäische Dimension des Patientenmordes sichtbar wird, welche auch nicht zentral geplant ist und mit Kriegsbeginn einsetzt. Massenerschießung zum Beispiel im Wald von Spengawsken (Szpegawsk) oder die Tötung der Konradstein-Patienten, das geht zurück auf lokal unterschiedliche Konstellationen von Zusammenarbeiten von Behörden mit Einsatzgruppen und den Anstalten letztendlich auch.

Ebenfalls gab es innerhalb der „Aktion T4“, der zentral geplante und organisierte Krankenmorden im Deutschen Reich zwischen 1939 und 1941, eine Sonderaktion für jüdische Patienten, die man zu Anfang auch mit anderen T4-Opfern in die Tötungsanstalten gebracht hat, dann aber in einzelne Anstalten an anderer Stelle sammelte, von wo Patienten in eigenen Transporten in drei der Tötungsanstalten weiterverbracht wurden. Für die Region um Heidelberg war das Heppenheim.

Die „Aktion 14f13“ ist ein besonderes Phänomen. Hierbei ging es nicht um Psychiatriepatienten, sondern um wohl die erste systematische Mordaktion im Lagersystem, in Konzentrationslagern, also nicht Vernichtungslagern wie Auschwitz oder Majdanek oder Belzec, Sobibor, Treblinka. In den Konzentrationslagern fand jedenfalls die Selektion statt. Das wurde in Zusammenarbeit gemacht mit der T4-Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, indem T4-Gutachter eingesetzt wurden zur Selektion in den Lagern und drei der sechs Tötungsanstalten als Mordstätte für die Betroffenen der „Aktion 14f13“ dienten. In den Konzentrationslagern wurde eine Vorauswahl getroffen, anschließend nahmen die T4-Gutachter dort eine Begutachtung vor. Bei jüdischen Patienten reichte es aus, nach Aktenlage zu gehen, bei den anderen Patienten fand wohl eine rudimentäre Untersuchung statt. Anschließend wurden die Opfer nach Hartheim, Bernburg und Pirna-Sonnenstein transportiert.

Bei der „Kindereuthanasie“, die zu den zentral geplanten Aktionen gehört, waren es ebenfalls nicht nur Anstaltspatienten, sondern hier wurden Eltern unter Druck gesetzt, Kinder in Anstalten aufnehmen zu lassen. Weil manchmal hört man ja: „Die grauen Busse fuhren in den Orten vor“ oder so, da bilden sich manchmal eigenständige Narrative. Was stimmt, ist, dass Leute unter Druck gesetzt wurden, Kinder in solche Anstalten zu geben.

Schließlich nochmals zur „dezentralen Euthanasie“, früher „wilde Euthanasie“ genannt, was aber täuscht, da es doch teilweise organisiert, teilweise auch in Kooperation mit der T4-Zentrale vonstattenging. Georg Lilienthal hat dafür den Begriff „kooperative Euthanasie“ vorgeschlagen, um diese Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Instanzen stärker zu machen und dies nicht wie so ein planloses Mordgeschehen zu interpretieren. Es kam aber durchaus auf lokale Akteure an. Wichtig war neben anderen Faktoren

zum Beispiel, ob ein Anstaltsleiter als Befürworter der Morde galt oder nicht. Zugleich gab es auch in dieser zweiten Phase nach der „T4-Aktion“ einzelne Zentren, die als überregionale Tötungsanstalten funktioniert haben. Hadamar war auch in der dezentralen oder kooperativen „Euthanasie“ eine solche überregional bedeutsame Tötungsanstalt. Das gleiche gilt für Meseritz-Obrawalde, damals im Osten von Brandenburg, heute in Polen gelegen, und für Großschweidnitz in der Lausitz, wo etwa 5000 Patienten und Patientinnen verhungert oder mit Medikamenten getötet worden sind. Parallel dazu und auch schon zuvor stiegen ab Kriegsbeginn allgemein die Sterblichkeitszahlen in den Anstalten, nach dem Ende der „Aktion T4“ dann massiv. Zur „dezentralen Euthanasie“ würde ich auch die Überlegungen innerhalb der „Aktion Brandt“ zählen, infolge derer Patientinnen und Patienten, die aus luftgefährdeten Gebieten verlegt wurden in Anstalten, die ganz weit weg waren und völlig aus der Einflusssphäre ihrer Angehörigen gezogen wurden. Dezentrale Krankenmorde (und die „Kindereuthanasie“) liefern also viel länger als die „Aktion T4“ und forderten noch mehr Opfer, das hat schon Heinz Faulstich in seiner bahnbrechenden Studie von 1998 Hungersterben in der Psychiatrie dargestellt. Aber in der Forschungsliteratur liegt der Fokus auf der „Aktion T4“. Manchmal werden auch alle hier genannten Bereiche unter „T4“ subsummiert. Das unterschlägt jedoch, dass die Patientenmorde zum Teil zentral, zum Teil aber auch mit regionalen, lokalen Initiativen zusammenhing; ebenfalls erfasst dies auch nicht die Diversität der Opfergruppen.

CS: Danke für den fachkundigen und gleichzeitig prägnanten Überblick! So ein Geschehen, das aus der Distanz sehr konfus wirkt zu ordnen, nach Phasen und Typologien der Praxis zu differenzieren ist eine beeindruckende Leistung der Forschung.

MR: Ja, in der Tat. Es gibt dazu wirklich viel Forschung. Hans Walter Schmuhl, von dem schon die Rede war und der mit seiner Dissertation aus den späten 1980er-Jahren das bis heute wichtigste Standardwerk dazu vorgelegt hat, hat 2011 gesagt, dass die Forschung zu diesem Thema kaum noch zu überblicken ist. Das heißt aber nicht, dass wirklich schon alles erforscht ist. Das gilt wahrscheinlich sogar für die „Aktion T4“. In jüngerer Zeit werden zum Beispiel Netzwerke innerhalb der Täter stärker in den Vordergrund gestellt. Zugleich finde ich, sollte man Opfer- und Täterforschung nicht gegeneinander ausspielen. Bisweilen kann man die Position lesen, eine Opferforschung bringe wenig bei der Analyse von Strukturen, die wichtig sei, um mögliche zukünftig ähnlich verlaufende Entwicklungen zu verhindern. Jedoch sagt es sehr viel über Täter und Tatstrukturen aus, zu verstehen, wer Opfer von

zielgerichteten Verbrechen geworden ist. Ich denke, dass uns immer noch die Frage beschäftigt, wie es passieren konnte, dass so gut ausgebildete, meistens aus einem bildungsbürgerlichen Hintergrund kommende Ärzte und Ärztinnen sich in der Zeit des Nationalsozialismus an solchen Verbrechen beteiligt haben. Darauf gibt es immer noch keine befriedigende Antwort; die Frage treibt weiter die Forschung – sowohl mit Blick auf Opfer als auch auf Täter – an. Daher macht es auch Sinn, sich weiterhin mit Tätern zu befassen, beispielsweise genau herauszuarbeiten, an welcher biografischen Stelle etwas gekippt ist in ihrer Entwicklung. Welche Faktoren von außen haben dafür eine Rolle gespielt? Für ein solche Forschung sind daher individuelle als auch kollektive Biografien immer noch außerordentlich sinnvoll. Zur Rolle der Fachgesellschaft hat wiederum Hans-Walter Schmuohl 2016 ein außerordentlich wichtiges Buch geschrieben, *Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus*. Die Aufarbeitung der Fachgesellschaft zeigt, welche Potenziale in einer Netzwerkanalyse stecken.

Im Bereich der „dezentralen Euthanasie“ fehlt teilweise noch zu vielen Einrichtungen Forschung. Aktuell wird gerade von der Max-Plank-Gesellschaft ein wichtiges Projekt vorangetrieben, das bald zum Abschluss kommen wird: Hirnforschung im Nationalsozialismus mit dem Blick auf die Beteiligung der Hirnforscher in Berlin am Forschungsinstitut in Buch und der dem damaligen Kaiser-Wilhelm-Institut für Psychiatrie in München, aber auch der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München an Medizinverbrechen. Ebenfalls wird noch ein Gedenkbuch zu Oberbayern bald erscheinen, was das Münchener Gedenkbuch von Gerrit Hohendorf als Band zwei ergänzen soll. Hier könnten im Vergleich mit dem Münchener Gedenkbuch neue Erkenntnisse über Land-Stadt-Dynamiken ein Ergebnis sein. Im Vergleich wird man auch die Radikalisierungsspirale genauer beschreiben können. Zugleich geht es auch um die Identifikation von Opfern der „dezentralen Euthanasie“, wo auch noch Lücken bestehen.

Pflegegeschichte ist auch ein wichtiges Thema. Dazu hat Pierre Pfütsch 2024 einen Sammelband herausgegeben. Da geht es speziell um „dezentrale Euthanasie“, weil die Handlungsspielräume für Pflegende größer waren als bei der „Aktion T4“, wo sie „nur“ Transporte begleitet und die Patienten und Patientinnen vom Auskleideraum in die Gaskammer begleitet haben. Aber in der „dezentralen Euthanasie“ haben sie selber Medikamente gegeben, oder pflegerische Handlungen nicht mehr durchgeführt, was zum Tod durch Vernachlässigung geführt hat. In diesem Bereich gibt es zwar eine Herausforderung, was die Quellen betrifft, aber unbekannt ist hier noch viel, Forschung gleichzeitig notwendig und ergiebig. Um die Geschichte der Hebammen hat sich Wiebke Lisner verdient gemacht. Das bezieht sich auf die Meldepflicht

für Hebammen bei der „Kindereuthanasie“, aber auch auf Zwangssterilisation, was ein wichtiges Thema ist, worüber wir aber noch nicht gesprochen haben.

CS: Ist denn eine viele unterschiedliche Perspektivierungen (Patient*innen, Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, andere nicht-ärztliche Heilberufe) in konkreten Handlungskontexten integrierende Forschung die, die im Moment am Ehesten neue Erkenntnisse verspricht?

MR: Im Prinzip ja. Eine integrierte Perspektive finde ich sehr wichtig. Aber, zugleich müssen die großen Fragen im Blick behalten werden: Wie kam es dazu, dass Ärzte so etwas gemacht haben? Dass Leute, die Medizin studiert haben, direkt nach dem Studium angeworben wurden und es als ihre Aufgabe akzeptiert haben, ein Tötungsarzt zu sein und als Hauptaufgabe zu haben Gashähne aufzudrehen. Genauso darf der Zusammenhang, aber auch die Differenzen, von Eugenik und „Euthanasie“ nicht vergessen werden. Es gibt starke Unterschiede hinsichtlich der Opfergruppen wie der Motivation zwischen den beiden Medizinverbrechen. Wir sehen keine bruchlose Linie zwischen Eugenik und „Euthanasie“, sondern eher eine Radikalisierung mit Brüchen. Auch der Einfluss des Krieges darf nicht unterschätzt werden, genauso wenig, wie die zweckrationalen Motive, die nicht unbedingt in der Ideologie zu verankern sind. Zur Vernichtungsdynamik haben Erik Schulte von der Gedenkstätte Hadamar und das Fritz-Bauer-Institut in Frankfurt zwei Tagungsbände gemacht. Das sind wichtige Grundlinien, die bei aller Kleinteiligkeit von Mikrostudien, nicht vergessen werden dürfen, sondern den Rahmen bilden beispielsweise für Biografieforschung. Ebenfalls gilt es, genau zu differenzieren und beispielsweise sowohl die zweckrationalen Motive der „Aktion T4“ wie Ressourcenschonung und Arbeitskraft als auch die ideologischen zu sehen. Letztere drücken sich darin aus, dass jüdische Patienten eine Gruppe waren, die kaum eine Überlebenschance hatte. Es war völlig egal, wieviel sie gearbeitet haben, es galt ein anderes Kriterium: Entscheidend war der starke Antisemitismus, was auch heutzutage eine wichtige Herausforderung ist, Antisemitismus aufzugreifen. In der *Lancet Commission*, an der ich mitarbeiten durfte, haben wir diesen Punkt thematisiert. Es war ein sehr wichtiger Aspekt des historischen Geschehens, dass Medizinerinnen und Mediziner damals Menschen in Gruppen unterteilten und Juden unter den Patienten anders beurteilten. Kurzum, ich bin dafür, das Thema lokal bzw. regional anzugehen, aber diese großen Fragen nicht zu vernachlässigen.

CS: Vielen Dank für das Plädoyer. Gerne würde ich noch einen Blick auf die Vermittlung werfen: Wie kann man diesen fein ziselierten, ausdifferenzierten Wissensbestand in die Lehre bringen, die sich an unterschiedlichen Gruppen richtet und selten Personen erreicht, die fachwissenschaftlich, sprich geschichtswissenschaftlich, arbeiten werden bzw. dies im Studium lernen. Welche Herausforderungen und Chancen sehen Sie? Gibt es Vermittlungsweisen, die sich bewährt haben?

MR: Ob ich immer erfolgreich meine Ziele vermitteln konnte und kann, ist nicht leicht zu beantworten. Mir ist wichtig, rüberzubringen, dass das Thema nicht etwas ist, was einmal im Nationalsozialismus passiert ist und nichts mehr mit uns zu tun hat, sondern, was auch Volker Roelcke stark macht, dass es sich um eine Möglichkeit der modernen Medizin handelt. Das betrifft sehr stark Forschung am Menschen, aber auch die „Euthanasieverbrechen“, da diese auch als pervertierte Psychiatriereform angesehen werden können. Hans-Walter Schmuhl beschrieb dies als eine Möglichkeit der Modernisierung und das ist auch das Entscheidende: Es geht nicht darum die Medizinverbrechen als Taten einzelner, pathologischer Täter, schwarzer Schafe unter den Medizinern darzustellen. Folgt man nämlich diesem Narrativ, wird es schwer, bei den veränderten ethischen Standards heute, noch das Potenzial aufzuzeigen, was man lernen kann aus der Geschichte. Dem will ich entgegenwirken. Es geht ja um die problematischen Potentiale der modernen Medizin.

Dafür thematisiere ich auch einzelne Täter, aber als „ganz normale Männer“, wie dies Christopher Browning 1992 formuliert hat (allerdings gab es vor allem in der „Kindereuthanasie“ auch Frauen als Täterinnen). Das ist jedoch manchmal nicht so einfach. Beispielsweise kennen wir sehr detaillierte Aufzeichnungen des T4-Gutachters Friedrich Mennecke, in denen er in täglichen Briefen an seine Frau berichtet, wie viele Gutachten er gemacht hat, wo er in Heidelberg im Hotel zur Post sitzend, ein Glas Rotwein trinkt, und diese Gutachten ausfüllt. Oder er schreibt, wie viele Akten er abgearbeitet hat, wenn er im KZ unterwegs ist. Es ist in diesem Fall gar nicht so einfach zu vermitteln, dass es kein pathologischer Täter ist, weil Mennecke einen eigenartigen Briefstil hat, in dem die seltsam symbiotische Beziehung zu seiner Frau, die er immer als „Mutti“ anspricht, sehr deutlich ist. So muss man sich gut überlegen, was man in Lehrsituationen davon verwendet.

Es ist mir aber auch sehr wichtig, die Opferseite zu vermitteln. Ich denke, dass ich dazu auch etwas forschend beigetragen habe. Hier will ich einzelne Schicksale greifbar machen und Empathie fördern. Ich denke, das kann ein Baustein sein, dass Ärzte und Ärztinnen, Mediziner und Medizinerinnen,

Empathie für einzelne Opfer entwickeln. Mir ist es wichtig, dass dies im Studium vorkommt, egal in welche Bereiche man später geht, dass man sich einfühlen kann in die Opfer und dass das nicht total „verrückte“ Menschen sind, zu denen man keinen Zugang entwickeln kann.

Darüber hinaus halte ich die Vermittlung von Formen des Widerstands für wichtig. Danach fragen nämlich auch Medizinerinnen und Mediziner. Leider muss man ihnen dann antworten, dass es das nicht so häufig gab. Und mit Blick auf den Widerstand auf Seiten der Kirche zur „Aktion T4“: Wenn Protest nötig ist, und erfolgreich sein soll, kann es nur öffentlicher Protest sein. Das bekannte Beispiel ist hier Graf von Galen, Bischof von Münster, der den Patientenmord in einer Predigt 1941 ansprach und so erheblich dazu beitrug, die „Aktion T4“ zu stoppen. Gleichwohl, was war sein Argument? Es könnte uns alle betreffen, wenn wir alt und dement werden, als Soldat von der Front zurückkommen und vielleicht nicht mehr so funktioniert wie früher. Das gibt natürlich stark zu denken, wenn man an andere Gruppen denkt, die die Vernichtung im besonderen Maße getroffen hat wie Juden, wo man dieses Argument nicht verwenden konnte und wo diese Art des Protestes ausblieb. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, da ich vermitteln will, dass jedes Menschenleben für einen Arzt oder eine Ärztin gleich wichtig sein muss.

Die Vermittlung der Krankenmorde bringt also Herausforderungen mit sich, denen nicht ganz einfach zu begegnen ist. Eine differenzierende Reflexion tut hier Not, damit Kernbotschaften rüberkommen, damit nicht zum Beispiel der Eindruck übrigbleibt, dieser Mennecke sei ein total pathologischer Typ, wie er seiner Frau dreimal am Tag geschrieben und sie als Mutti bezeichnet hat, was ja am Ende eine Selbstdistanzierung vom Thema ermöglicht. Eine solche Exkulpationsstrategie sollte man nicht ermöglichen.

CS: Gehe ich recht in der Annahme, dass Sie bisher vorrangig über Lehre in kleinen Gruppen sprachen, in der es möglich ist, mit Studierenden ins Gespräch zu kommen und anhand von Quellenmaterial die beschriebenen Botschaften zu vermitteln? Wie gelingt es in diesem Format, die Herausforderung, die Mennekes Tagebuch stellt, zu meistern? Gibt es darüber hinaus auch andere Lehrformate als Seminar oder Vorlesung, die Sie als besonders bereichernd empfunden haben?

MR: Mennekes Tagebuch funktioniert einfach gut für die Demonstration der Alltäglichkeit der Mordbeteiligung, da ist mir keine ähnliche autobiografische Quelle bekannt. So wird es entscheidend, welche Aspekte man auswählt und in den Vordergrund rückt: Stelle ich in den Vordergrund, wie die Anrede ist – eher nicht. Oder arbeite ich stattdessen heraus, wie Mennecke

direkt übergeht zu anderen Themen, wie Essensmarken oder zusätzliche Urlaube, die er mit seiner Frau verbringen kann. Hieran kann man die kleinen Vorteile als Triebfeder thematisieren, die er sich durch seine Zugehörigkeit zu dieser Organisation opportunistisch verschafft. Zeigbar ist auch, wie nebensächlich das Begutachten für ihn eigentlich ist, dass es für ihn wichtiger ist, welchen Rotwein er trinkt, als dass er parallel 40 Todesurteile abzeichnet; oder wie seine Eitelkeit dadurch befriedigt wird, dass er mit so hochgestellten Persönlichkeiten wie mit dem Heidelberger Professor Carl Schneider zusammenarbeiten darf. Machen kann man mit Mennekes Tagebuch viel, man muss sich aber entscheiden, was man vermitteln möchte und auch darauf bestehen, das herauszuarbeiten und explizit zu nennen.

Zuletzt noch zu der Frage nach den besonderen Lehrformaten. Aus meiner Sicht ist es wichtig, in die Gedenkstätten zu fahren. Dort kann man sich tatsächlich auf eine andere Weise mit dem Thema beschäftigen. Wobei es nicht so einfach ist, zu bestimmen, was genau die zusätzliche Information ist. Der Ort ist nicht der historische Ort, der es damals war. Und was der historische Ort denn ist, ist auch nicht selbstverständlich: der, als die Gaskammer gerade eingebaut wurde oder der davor oder danach? Das bringt recht große Schwierigkeiten mit sich. Dennoch würde ich sagen, machen die emotionale Wirkung, vor dieser Gaskammer zu stehen, und die soziale Dimension der gemeinsamen Reisen den Besuch zu einem herausgehobenen Tag. Auch stellt eine Exkursion neue Fragen: Wie kann ich das vergangene Geschehen nachweisen? Was mache ich, wenn jemand das leugnet? Welche Quellen brauche ich zusätzlich? Was muss ich dafür wissen über den Ort, um dem entgegnen zu können? Aber auch der Zusammenhang nach dem damaligen Wissen um die Geschehnisse drängt sich stärker auf: Wie nah ist der Ort eigentlich an der Tötungsstätte gelegen? Was konnte man eigentlich sehen? In Hadamar versteht man aufgrund der Größe des Ortes sofort, wie nah das alles ist. Man kann sich vorstellen, wo der Schornstein war, wie das ausgesehen hat, wenn der schwarze Rauch aufgestiegen ist, wenn die Leichen verbrannt wurden. Man kann sich vorstellen, dass der Geruch den ganzen Ort beeinträchtigt hat, wie man gar nicht umhin konnte, das Geschehen mitzubekommen. Diese Fragen kann man tatsächlich in einer anderen Form aufgreifen, als wenn man irgendwo ganz anders in einem Seminarraum sagt: „Das ist ein kleiner Ort, so und so viele Meter sind es zur ehemaligen Tötungsanstalt“. Das ist viel abstrakter. Wenn man vor Ort sich mit Schicksalen von Menschen beschäftigt, die dort ein- und ausgegangen sind, kommt das näher an einen heran. Ich finde das sehr wichtig, sich vor Ort mit Täter- und Opferschicksalen zu beschäftigen. Am besten auch auf Basis von Krankenakten als authentischen Quellen aus dem damaligen Medizinsystem.

Das ist auch für Medizinstudentinnen und -studenten oft ganz erstaunlich, weil heutige Akten zwar elektronisch sind, aber die Aktenführung im Prinzip nach ähnlichen Kriterien erfolgte. Medizingeschichte erweist sich dann Instrument, das Eigene, Heutige im Kontrast besser zu verstehen.

CS: Liebe Maike Rotzoll, herzlichen Dank für diesen kundigen und prägnanten Überblick!

Prof. Dr. Maike Rotzoll
Institut für Geschichte der Pharmazie und Medizin
Philipps Universität Marburg
Roter Graben 10
35032 Marburg
E-Mail: rotzoll@uni-marburg.de

