

Euthanasie – Der gute Tod

1 Teil

Eine Darstellung der Sterbehilfe von der Antike bis zur Gegenwart

Jutta Dammann

1 Prolog

Tod und Sterben, das unwiderrufliche Lebensende. Eigentlich ein natürlicher Prozess im Kreislauf von Leben und Tod. Häufig jedoch werden Tod und Sterben mit Angst, Trauer, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit verbunden. Der Jugendwahn in unserer Gesellschaft lässt die Endlichkeit des Lebens vergessen.

Eine öffentliche und auch notwendige Debatte über ein menschen(un)würdiges Sterben wird in den letzten Jahren verstärkt und kontrovers geführt. Besonders über Sterbehilfe, über das Sterbenlassen von Kranken, die den Tod wünschen, wird viel diskutiert.

Viele Fragen entstehen, die auf Antworten warten, und die vielleicht nie beantwortet werden können und die in jeder Generation neu gestellt werden müssten. Diese Fragen beschäftigen sich letztendlich mit den Wurzeln des Lebens, dem „Sinn des Lebens“.

Warum will oder soll ein Mensch nicht eines natürlichen Todes sterben?

Was ist der Mensch, ein biologisches Wesen oder ein Geschöpf Gottes?

Was macht einen Menschen aus, wann gilt er als tot?

Gibt es einen (Un-) Wert menschlichen Lebens?

Ab wann macht sich ein Mensch zum Herrscher über Leben und Tod?

Unsere Gesellschaft ist geprägt durch das Recht auf Selbstbestimmung. Konflikte entstehen, wenn die Selbstbestimmung nicht mehr wahr genommen werden kann. Denkbar ist der Fall, dass jemand unheilbar erkrankt, von Schmerzen gekennzeichnet ist und ihm aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Heilung gemacht werden kann. Das Leben könnte von dem Betroffenen nicht mehr als würdevoll empfunden werden. Es entwickelt sich ein Konflikt. Einerseits hat er das Recht auf Würde und auf Selbstbestimmung, andererseits befindet er sich in einer Abhängigkeit von jemanden, der den alles entscheidenden Schritt unternehmen soll oder muss.

Die folgenden Abschnitte sollen einen Einblick in das Thema Sterbehilfe bieten und unterschiedliche Positionen darstellen. Einen wesentlichen Schwerpunkt bildet die Geschichte der NS- Euthanasie. Im 2. Teil (siehe Sachanalyse Dammann) wird ein Einblick in den gesetzlichen Rahmen von Sterbehilfe gegeben.

Zunächst werden jedoch die Begriffe der Euthanasie und der Sterbehilfe näher erläutert.

2 Euthanasie und Sterbehilfe

2.1 Definition der Euthanasie

Euthanasie [aus gr. euthanasia] bedeutet in seiner genuinen Form laut Allert und Baitsch et al. (1997, S. 68 f): „ der gute Tod“ (eu = gut; thanatos = Tod). Ergänzend nach Meyers Lexikon meint der „gute Tod“ immer den „schnellen und schmerzlosen Tod, der ohne Eingreifen eines Arztes oder anderer Menschen in den Sterbeverlauf eintritt.“

Die Begriffsdefinition der Euthanasie hat im Verlauf der Geschichte einen deutlichen Wandel erfahren. Besonders sichtbar wird dieses in den Lexika und Enzyklopädiën des 19. Jahrhunderts. Euthanasie wurde mit Todeslinderung übersetzt. Im Mittelpunkt stand ebenso die Forderung nach Erleichterung und Linderung des Sterbens durch elementare ärztliche und pflegerische Maßnahmen (Baust 1992, S. 171).

Der Brockhaus von 1908 definierte Euthanasie folgendermaßen:

„Euthanasie (grch.) Todeslinderung: dasjenige Verfahren, durch welches der Arzt den als unvermeidlich erkannten Tod für den Sterbenden möglichst leicht und schmerzlos zu machen sucht (...) Linderung der Schmerzen durch anästhetische und narkotische Mittel (...)“ (Baust 1992, S.175).

Anhand dieser unterschiedlichen Definitionen wird schon die Entfremdung des Begriffes von seinem ursprünglichen Gedanken sichtbar. Die endgültige Wende erfuhr der Begriff der Euthanasie ab 1913. Euthanasie wurde erstmals im Sinne von Sterbehilfe gebraucht, ausgeweitet auf unheilbar Kranke und Behinderte (Stadler 1991, S. 14).

Diese Sterbehilfe ist jedoch nicht mit dem heutigen Verständnis der Sterbehilfe gleichzusetzen. Auch die heutige Definition des Begriffs Euthanasie weicht von seinem ursprünglichen Gedanken ab. Der Duden (1997) definiert Euthanasie als die „beabsichtigte Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Anwendung von Medikamenten (Med.)“. Auch die Übersetzung aus dem Griechischen ist hier eine andere. Euthanasie wird mit „leichter Tod“ übersetzt.

2.2 Definition der Sterbehilfe

Vergleicht man nun die geläufige Begriffsdefinition der Euthanasie und der Sterbehilfe, so wird eine Begriffsverschiebung bzw. Begriffsverwirrung (vgl. auch Kapitel 3.5) deutlich. Es liegt scheinbar auch in unserer Zeit eine nicht eindeutige Abgrenzung vor.

In der Gegenüberstellung der Definitionen wird dieses transparent.

Der Pschyrembel (1990) bezeichnet Sterbehilfe als „ein Handeln, das bestimmt und geeignet ist, den erleichterten und schmerzgelinderten Tod eines unheilbar schwerkranken Menschen zu ermöglichen.“

Die Definition des Dudens (s.o.) zur Euthanasie entspricht nicht mehr dem ursprünglichen Gedanken des „guten Todes“. Man könnte die o.g. genannte Definition der Euthanasie mit dem heutigen Verständnis der aktiven Sterbehilfe gleichsetzen.

Die Sterbehilfe lässt sich jedoch noch weiter differenzieren und die Bedeutungsvielfalt des Begriffs konstituiert sich.

2.3 Einteilung der Sterbehilfe

Die Bedeutungsvielfalt des Begriffes der Sterbehilfe lässt sich, nach Allert und Baitsch et al (1997) in vier Verständnismöglichkeiten gruppieren:

- Sterbehilfe als Sterbebeistand und Sterbebegleitung.
Durch palliative ärztliche wie pflegerische Versorgung und mitmenschliche Betreuung.
- Passive Sterbehilfe
Als Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen beim todkranken Patienten.
- Indirekte Sterbehilfe
Gabe schmerzlindernder Mittel unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung.
- Aktive Sterbehilfe
Tötung von unheilbaren Kranken als gezieltes und tätiges Herbeiführen des Todes.

Um die Diskussion über die Sterbehilfe verfolgen und die Brisanz des Themas verstehen zu können, ist es notwendig die Geschichte der Euthanasie darzulegen.

3 Die Geschichte der Euthanasie

3.1 Von der Antike bis zum dritten Reich

Schon in der Antike gab es unterschiedliche Denktraditionen und Denkrichtungen. Allert und Baitsch et al beschreiben, dass bereits das Leben in der hebräisch-jüdischen Tradition auch von gesellschaftlich unerwünschten Personen als geschützt und heilig galt. Aus Respekt vor der Heiligkeit des Lebens wurden kranke oder missgebildete Neugeborene nicht ausgesetzt oder getötet. Grundlage bildete u.a. die Aussage des zweiten Buch Moses (Kap. 20, Vers 13) des alten Testaments „Du sollst nicht töten.“

Die christliche Tradition hat das Leben ebenfalls als heilig betrachtet. Die Basis der christlichen Tradition ist die Lehre von Jesus, die besagt, dass alle Menschen Kinder eines liebenden Gottes sind. Deutlich wird diese Haltung u.a. im Gleichnis vom verlorenen Sohn im Evangelium nach Lukas (Kap 15, Vers 31) des Neuen Testaments. Dort erwidert der Vater des verlorenen, jüngeren Sohnes dem älteren Sohn: „(...) Kind, du bist immer bei mir, und all das Meine ist dein; freuen aber müssen wir uns und froh sein; denn dieser dein Bruder war tot und wurde wieder lebendig, war verloren und wurde gefunden.“

Die griechisch- römische Kultur stand konträr zu den Traditionen und Haltungen der hebräisch- jüdischen und christlichen Kultur. Es war nach Allert und Baitsch et al (1997) durchaus üblich, „unheilbar Kranke oder missgebildete Kinder aus der Gemeinschaft auszuschließen, auszusetzen oder gar zu töten.“

Der Eid des Hippokrates (460-370 v.Chr.) stellte eine Gegenströmung der damals vorherrschenden Meinung in der griechisch- römischen Welt dar.

Im vierten Gebot des Eid des Hippokrates lautet es: „Ich werde niemandem ein tödlich wirkendes Gift geben, selbst wenn er mich darum bittet; und ich werde auch nicht einen darauf abzielenden Rat erteilen“ (Baust 1992, S. 170 ff).

Baust (1992) weist im Zusammenhang mit dem vierten Gebot darauf hin, dass der Eid des Hippokrates „im Grunde genommen jegliche Verkürzung des Lebens eines leidenden Menschen sowie die Tötung eines unheilbaren Kranken durch einen Arzt aus ethischen Gründen ablehnt“.

Im Verlauf der Geschichte wurde das Verständnis von Euthanasie über 2 ½ Jahrtausende vom Gebot des hippokratischen Eides beeinflusst. Der Wandel der Weltanschauungen sowie philosophische, theologische, ökonomische und soziale Einflüsse beeinflussten die eigentliche Bedeutung des Begriffes der Euthanasie zunächst nur gering. Jedoch blieb die Euthanasie ein immer wieder neu diskutiertes Thema, bedingt durch die Veränderung und Entwicklung der Gesellschaft.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts gewann die Diskussion an Schärfe, und Begriffe wie „lebenswertes und lebensunwertes Leben“, „die Tötung missgebildeter Säuglinge“ wurden inhaltlich gefüllt. Eindeutige Höhepunkte dieser „Begriffskarriere“ bildeten die Tötungskriterien des Dritten Reiches.

Die Geschichte der Euthanasie weist schon anfängliche Tendenzen einer bestimmten Gedankenrichtung auf. In den Utopien von Platon (um 428 bis ca. 347 v. Chr.), Thomas Morus (1478- 1535) und Francis Bacon (1561- 1626) waren bereits gewisse Vorstufen erkennbar.

Platon warnte die Ärzte „(...) Menschen ein langes und elendes Dasein zu schaffen (...) Wer siech am Körper ist, den sollen sie sterben lassen, wer an der Seele missraten und unheilbar ist, den sollen sie sogar töten“ (zitiert nach Baust 1992, S.171).

Morus griff in seiner Utopia ähnliche Vorstellungen auf:

„Wenn die Krankheit nicht nur unheilbar ist, sondern außerdem noch unaufhörliche Schmerzen verursacht, dann sollen Priester und Behörden den Kranken beeinflussen, daß er von sich aus beschließt, nicht mehr länger dieses schmerzhaftes Leiden zu ertragen (...) oder wenn er willig ist, sich durch andere befreien zu lassen, dann soll man ihm sagen, er handle weise, weil er durch seinen Tod nichts als seine Schmerzen verlieren wird. Er geht freiwillig aus dem Leben, ohne es überhaupt zu merken (sine mortis sensu)“.

Bacon befasste sich in seinem Werk „De augmentis scientiarum“ mit der aktiven Sterbehilfe.

Nach der Veröffentlichung von Darwins Evolutionstheorie „on the Origin of Species“, 1859, der biologischen Lehre von der Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl, wurde diese auf die Geschichte transferiert und missbraucht.

Der Zoologe und Philosoph Ernst Haeckel (1834- 1919) vereinfachte und radikalisierte das Gedankengut Darwins. Gegenstand seiner neuen theoretischen Position wurde nun der „Kampf ums Dasein“ und die Selektionstheorie bzw. die Entstehung der Arten durch natürliche Auslese. Haeckel veröffentlichte in der „Natürlichen Schöpfungsgeschichte“ die These:

„Es ist die natürliche Züchtigung im Kampf ums Dasein, aus der die Mannigfaltigkeit des natürlichen Lebens hervorgegangen ist und die auch die Völkergeschichte bestimmt; hinzu kam jedoch die künstliche Züchtigung etwa der Spartaner, die bereits die neugeborenen Kinder einer Auslese unterwarfen und alle schwächlichen töteten“ (zitiert nach Baust 1992, S. 173).

Die Rechtfertigung der Neugeborenentötungen geschah dadurch, dass ihr Seelenleben noch nicht entfaltet sei. Haeckel forderte, dass neben der naturnahen Selektion auch der künstlichen Züchtigung Platz eingeräumt werden sollte. Unter der künstlichen Züchtigung verstand er zum einen die medizinische Züchtigung, also eine positive Eugenik, zum anderen Eingriffe in die natürlichen Auslesevorgänge, die negative Eugenik (Stadler 1991, S.19 f).

Im Zusammenhang mit der künstlichen Züchtigung reihte Haeckel nicht nur die Bildung, sondern ebenso die Todesstrafe ein, „die es den Verbrechern unmöglich macht, ihre kriminellen Eigenschaften durch Vererbung weiter zu übertragen“ (zitiert nach Baust 1992, S.173).

Die Argumente die Haeckel anführte, gehörten zu den frühesten Forderungen nach natürlicher Auslese, mit denen die Euthanasie aus eugenischen Gründen befürwortet wurde. Haeckel setzte sich ebenso mit Praktiken des schmerzlosen Todes auseinander.

Nach seiner Meinung sei es geradezu widersinnig, die weit verbreitete Ansicht zu vertreten, dass der Arzt verpflichtet sei, das Leben eines Kranken um jeden Preis zu erhalten. Ihre „schmerzreiche Existenz“ sei nutzlos geworden und den Angehörigen lediglich eine Last. „Eine kleine Dosis Morphin oder Cyankalium würde nicht nur diese bedauernswerten Geschöpfe selbst, sondern auch ihre Angehörigen von der Last eines langjährigen, wertlosen und qualvollen Daseins befreien“ (zitiert nach Baust 1992, S. 173)

Die extremste Form der Ausprägung der negativen Eugenik war zweifellos die Tötung Kranker und Missgebildeter. Die Einschränkung der Vorsorge und Fürsorge bzw. die Zwangssterilisierung waren die einzigen Alternativen. Sie waren zwar „weniger radikal“, aber die Missachtung der Menschenwürde wurde auch bei diesen Maßnahmen kontinuierlich beschnitten, verletzt und sogar bis zur Tötung der Betroffenen vollzogen (Stadler 1991).

Die Idee der Einschränkung der Unterstützung geht auf A. Tille, Geschäftsführer des Zentralverbandes der Industriellen, zurück. Es sollten solche sozialen Zustände geschaffen werden, „in denen jeder auf seine natürliche Auslese angewiesen ist“. Das führe automatisch zu „sozialer Auslese und Ausscheidung“. Die tüchtigsten Arbeiter sollten überleben, „während die untüchtigsten womöglich schon vor dem Heiratsalter zugrunde gehen“. Tille weiter:

„Opfern wir unsere Krüppel und Ausgeseuchten und deren Nachkommen, damit Raum bleibe für die Söhne der Gesunden und Starken und keine Vermischung mit erblich Belasteten ihnen schleichendes Gift in die Adern trage. Opfern wir das Schwache dem Starken, das Häßliche dem Schönen, und seien wir uns bewußt, daß wir nur wissenschaftlich tun, was der Wettbewerb um die nötigen Daseinsmittel blind ebenfalls erreicht.“ (Tille 1893, zitiert nach Stadler 1991, S. 21)

Er plädierte, da die Schwachen, Unglücklichen und Überflüssigen nicht direkt ausgetilgt werden könnten, für ihre „indirekte Beseitigung“.

Im Laufe der sozialdarwinistisch- rassenhygienischen Theoriebildung löste man sich gedanklich von der Verwahrlosung und Verelendung, dafür rückte die Absonderung und Unfruchtbarmachung in den Vordergrund, was letztendlich einer Hinwendung zum Selektionsgedanken und damit zur Euthanasie gleichkam.

Die Veröffentlichung des 1920 erschienenen Buches „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form“ von den Professoren Dr. jur. et phil. Karl Binding und Dr. med. Alfred Hoche, ergab keinen Zweifel mehr über die geplante Entwicklung. Baust (1992) beschreibt die damalige Entwicklung sehr eindrucksvoll: „Das humanitäre Handeln des Arztes, sein Ethos der Bewahrung, der Fürsorge, der Heilung und des Schutzes menschlichen Lebens sollte nun mit der Tötung sogenannter „leerer Menschenhülsen“ und „Ballastexistenzen“ unter dem Deckmantel der Euthanasie erweitert werden.“ (S.178)

Diese Entwicklung fand ihren schmerzhaften und traurigen Höhepunkt in der „NS- Euthanasie“. Die Machtergreifung des nationalsozialistischen Regimes ermöglichte erst die Euthanasieaktionen in diesem Ausmaß, die in ihrer Gesamtheit mehr als 100.000 Menschen das Leben kosteten (Stadler 1991).

3.2 Die Vorläufer der „NS- Euthanasie“ 1933- 1938

Das Gesetz zur „Verhütung erbkranken Nachwuchses“, (GzVeN; Sterilisierung bei bestimmten Erbkrankheiten) wurde am 14. 7. 1933 erlassen. Das Euthanasieprogramm galt als letzte Konsequenz des Gesetzes, nachdem „unheilbar Kranken der Gnadentod gewährt werden kann“. Für die Durchführung der verbrecherischen Willkürakte (Tötung von 70.000 Menschen bis August 1941) waren auch „Arbeitsfähigkeit“ und „Rasse“ ausschlaggebend (dtv- Atlas Weltgeschichte 1998).

Das GzVeN bestimmte, dass Erbkrankte unfruchtbar gemacht werden konnten, „wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß ihre Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden“ (Stadler 1991, S. 43).

Als Erbkrankheiten im Sinne des Gesetzes galten:

- „Angeborener Schwachsinn“ (hierbei auch der sog. „Moralische Schwachsinn“)
- Schizophrenie
- Manisch-depressives „Irresein“
- Erbliche Fallsucht (Epilepsie)
- Erblicher Veitstanz (Chorea Huntington)
- Erbliche Blindheit oder andere erblich bedingte Einschränkungen des Sehvermögens
- Erbliche Taubheit oder erblich bedingte Schwerhörigkeit
- Schwere körperliche Mißbildungen erblicher Art (z.B. Osteoporose, Zwergwuchs, Klumpfuß, Hüftluxation)

In der Zeit des Nationalsozialismus fielen 96% der Sterilisierten unter die ersten vier Diagnosen. Die größte Gruppe bildeten die „Schwachsinnigen“. Zwischen Januar 1934 und Mai 1945 wurden ungefähr 400.000 Menschen zwangssterilisiert, drei Viertel davon allein in den Jahren 1934 bis 1939.

Das gesetzliche Abtreibungsverbot (§218 Strafgesetzbuch) wurde noch 1933 verschärft, konträr hierzu fand eine Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches aus eugenischer Indikation im März 1934 statt.

Mit der Einwilligung der Schwangeren durfte nun eine Abtreibung bis zum Ende des sechsten Lebensmonats vorgenommen werden. Die Voraussetzung war allerdings, dass von einem Erbgesundheitsgericht eine Entscheidung auf Sterilisierung vorlag. Die Einführung der eugenischen Indikation des Schwangerschaftsabbruches sollte nicht folgenlos bleiben. Die Weiche der Vernichtung "lebensunwerten Lebens", wenige Jahre später, in den Gaskammern war gestellt (Stadler 1991).

Weitere Vorläufer der "Euthanasie" stellten die Asylierungen von „Asozialen“ in den Konzentrationslagern zwischen den Jahren 1936 und 1938 dar. Dort mussten die KZ-Insassen schwerste Arbeit verrichten, was allerdings keine genuine Naziidee, sondern schon 1908 von Grotjahn¹ entwickelt worden war. Als „Asoziale“ bezeichnete die Regierung:

Bettler, Landstreicher, Zigeuner, Landfahrer, Arbeits scheue, Müßiggänger, Prostituierte, Querulanten, Gewohnheitstrinker, Raufbolde, Verkehrssünder, Psychopathen und Geistesranke.

Diese Menschen wurden durch die Gleichstellung von Kriminalität und „Asozialität“ diffamiert und verfolgt. Es war auch der erste Schritt in die Richtung der "Vernichtung durch Arbeit", denn sie litten und starben unter den inhumanen Bedingungen der harten Lagerarbeit.

3.3 Die „NS- Euthanasie“

In den Jahren von 1933- 1937 widersprachen sich die öffentlichen Stellungnahmen zur "Euthanasie". Einerseits vertraten die Euthanasiegegner die Auffassung, dass niemals erblich „Minderwertige“ getötet werden dürften, und andererseits gab es das Bekenntnis der SS in ihrer Zeitschrift „Das schwarze Korps“, dass „lebensunwertes Leben“ zu vernichten sei. Der „Gnadentod“ sei das gebotene Humanum für „idiotische Kinder“.

Der Reichsärztführer Wagner forderte von Hitler auf dem Reichsparteitag 1935 eine „Führerentscheidung“ zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

Hitler zeigte jedoch keinerlei Reaktion. Diese Frage sollte an einem Zeitpunkt beantwortet werden, wo Krieg geführt werde, damit die Menschen von der Grausamkeit der Maßnahme abgelenkt seien und die Akzeptanzbereitschaft durch die allgemeine „Entwertung eines Menschenlebens“ (durch die Kriegstoten) erhöht sei.

Damit fiel also bis 1938 keine Entscheidung.

3.3.1 Die „Kindereuthanasie“

Die Angehörigen von unheilbar kranken Kindern sandten 1938/39 eine Reihe von Bittbriefen in die Kanzlei des Führers. Sie äußerten die Bitte, man möge ihren

¹ **Grotjahn** (Autor des damaligen gesundheitspolitischen Programmes der SPD; lehrte Rassenhygiene an der Universität) vermutete 1908 auf etwa 100.000 Einwohner des Deutschen Reiches 1.200 „Geistesranke, Idioten, Epileptiker, Alkoholiker, Blinde, Taubstumme, Krüppel und Invaliden“, die einschließlich „krimineller Psychopathen und Vagabunden“ zu asylieren seien. (Stadler 1991, S. 22)

Kindern den „Gnadentod“ gewähren. Kinder, die nicht in Anstalten untergebracht waren, waren Mittelpunkt der „Kindereuthanasie.“ Für die Durchführung dieser Aktion mussten nun die Gesundheitsämter eingeschaltet werden. Das Reichsministerium des Inneren wies durch einen Erlass alle mit der Geburt von Kindern betrauten Personen an, den örtlichen Gesundheitsämtern die Geburt von Kindern zu melden, die an „Idiotie“, „Mongolismus“, Microcephalie, Hydrocephalus, körperlichen Missbildungen aller Art und Lähmungen litten (Stadler 1991, S. 47 ff).

Es gab jedoch auch Eltern, die sich weigerten, ihre Kinder in Anstalten zu geben, weil sie von Gerüchten der Kindertötungen gehört hatten. Diese Eltern erfuhren Zwangsmaßnahmen, z.B. in Form des Sorgerechtsentzuges.

Die Kindertötungen vollzogen sich in circa dreißig Heil- und Pflegeanstalten. Die Tötungen waren von einigen der dort beschäftigten Ärzte und Krankenschwestern bzw. Pfleger abgelehnt worden, oder man wollte zumindest eine persönliche Beteiligung ausschließen, was auch gestattet wurde. Sie waren nur zum Stillschweigen verpflichtet.

Die Kinder wurden durch mehrfach verabreichte Überdosen an Luminal getötet. Später brachte man die Kinder in die Gaskammern, die für die „Erwachseneneuthanasie“ vorgesehen waren, und tötete sie dort. Die Gabe von Medikamenten war in der Frühphase nur ein Mittel, die Kinder zu töten. Das Aushungern der Kinder wurde im Herbst 1939 eingeführt. Stellvertretend für diese Grausamkeit steht die Anstalt Egelfing- Haar unter dem Leiter Hermann Pfannmüller. Die systematische Vernichtung durch Aushungern begann 1942. Jegliche ärztliche Behandlung wurde in den Kinderfachabteilungen eingestellt. Ursache hierfür war eine Fürsorgerechtsverordnung vom November 1942.

Misstrauische und besorgte Eltern wurden solange hingehalten, bis ihre Kinder entweder sterbenskrank oder schon tot waren.

Im Rahmen der „Kindereuthanasie“ zwischen 1939 und 1945 wurden nach Schätzungen mindestens 5.000 Kinder getötet. Genaue Zahlen liegen aber bisher nicht vor. Ein Historiker stieß erst 1989 in der ehemaligen Heilanstalt Dortmund-Aplerbeck auf alte Klinikunterlagen, die auf eine große Zahl getöteter Kinder hinwiesen. Die Vergangenheit ist noch nicht aufgeklärt.

3.3.2 Die „Aktion T4“

Die „Aktion T4“ wurde benannt nach der Adresse Tiergartenstraße 4. Die Steuerung der Aktion geschah von der Kanzlei des Führers aus, dort gebrauchte man verschiedene Tarnfirmen: „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“, „Gemeinnützige Krankentransport GmbH“, usw. (Leven 1998, S.10).

Zu Beginn der „Euthanasieaktion T4“ wurden Rechnungen aufgemacht, die zwanzig Prozent aller Heilanstaltsinsassen als Opfer vorsahen; d.h. es sollten ca. 70.000 Menschen getötet werden.

Die Geheimhaltung der geplanten Krankenmorde erfolgte durch einen Führererlass, nicht durch ein offizielles Gesetz. Man befürchtete Widerstand von verschiedenen Seiten, unter anderem von der Kirche (Stadler 1991, S. 52).

Die einzige Grundlage für diese Aktion war der Erlass Hitlers auf privatem Briefpapier von Ende Oktober 1939 (rückdatiert auf den 1. September 1939, Kriegsbeginn). Der Brief lautete: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. (Karl) Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbaren Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ (Bundesarchiv Koblenz, R 22/ 4209) (Mitscherlich und Mielke 1995, S. 238, zitiert nach Leven 1998, S. 10)

Die ersten Opfer stammten aus Polen, Pommern und Westpreußen. Sie starben zunächst durch Injektion oder Erschießung, vollzogen von SS- Kommandos. Um das Soll von ca. 70.000 zu tötenden Personen zu erfüllen, ging man ab Oktober 1939 zur Vergasung über (Stadler 1991).

Ausdrücklich den Ärzten war die Vergasung in den Anstalten vorbehalten. In die als Duschräume getarnten Gaskammern ließen sie zwanzig Minuten lang Kohlenmonoxid (CO) ein.

Zwischen Januar 1940 und dem 24. August 1941 geschahen diese Krankenmorde in den Anstalten Grafenbeck bei Reutlingen, Brandenburg/ Havel, Bernburg an der Saale, Hartheim bei Linz an der Donau, Sonnenstein in Sachsen, Hadamar bei Limburg (vier Anstalten waren jeweils gleichzeitig in Betrieb) (Leven 1998).

Die „Schizophrenen“ bildeten dabei den größten Anteil der Mordopfer, gefolgt von „Schwachsinnigen“ und „Epileptikern“. Weitere entscheidende Selektionskriterien waren auch die Arbeitsleistung, „Rassenzugehörigkeit“, „Asozialität“ und „Kriminalität“ (Stadler 1991).

Eine absolute Geheimhaltung gelang allerdings nicht. Das öffentliche Bekannt werden der „Aktion T4“, löste Proteste in der Bevölkerung aus, u.a. durch Graf von Galen im August 1941. Der Bischof Graf von Galen (1878-1946, Münster) stellte am 28.7.41 Strafantrag gegen den Mord an Geisteskranke. In seiner Predigt am 3.8.1941 verlas er den Strafantrag. „Da ein derartiges Vorgehen... als Mord nach §211 des Reichsstrafgesetzbuches mit dem Tode zu bestrafen ist, erstatte ich... pflichtgemäß Anzeige.“ Seine außerordentliche Beliebtheit bewahrte den Bischof vor Verhaftung und Todesurteil. Daraufhin wurde diese Aktion gestoppt und inoffiziell als „Wilde Euthanasie“ von November 1941 bis Juni 1943 fortgesetzt (hiervon sind keine genauen Zahlen bekannt, Schätzungen sprechen wohl aber von einigen tausend Opfern) (Leven 1998, S. 10).

3.3.3 Die „wilde Euthanasie“ 1941- Juni 1943

Die Morde der wilden Euthanasie erfolgten durch Überdosierungen von Barbituraten, intravenösen Injektionen von Luft und Morphium- Skopolamin. Für die durch Unterernährung geschwächten Menschen reichten schon geringe Dosen aus. Teilweise tagelang zog sich der Tod, begleitet von Lähmungs- und Erstickungserscheinungen, hin. Die Einführung der „Entzugskost“, für die besonders die Namen Pfannmüller (Leiter der Anstalt Egelfing- Haar) und Valentin Falthausen (Leiter der Anstalt Kaufbeuren- Irsee) standen, machte einerseits die Sparmaßnahmen, aber auch den Willen zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ deutlich (Stadler 1991,S. 62).

Die Euthanasietechnokraten waren gegenüber diesen „Aushungerern“ noch geradezu „Humanisten“, da die Zentraldienststelle die Tötung durch Aushungern ablehnte, sofern sie nicht mit überdosierten Medikamenten verbunden war.

3.3.4 Die „Aktion 14 f 13“

Die „Aktion 14 f 13“ wurde benannt nach einem Aktenzeichen des Inspektors der Konzentrationslager beim Reichsführer- SS (Mitscherlich u. Mielke, 1995).

Die Opfer dieser Aktion waren mindestens 20.000 KZ- Insassen, die nicht bedingt durch Krankheit selektiert wurden, sondern unter politisch- rassistischen Gesichtspunkten. Von April 1941 bis Dezember 1944 wurden sie in den Gaskammern der Tötungsanstalten Sonnenstein, Bernburg und Hartheim umgebracht (Leven 1998). Mennecke, ein Selektionsarzt, benutzte unter anderem folgende „Diagnosen“:

„Fanatischer Deutschenhasser, asozialer Psychopath, triebhafter, haltloser Psychopath, deutschfeindliche Gesinnung, eingefleischter Kommunist, schwerer Hetzer und Wühler“ (Stadler 1991, S.60).

Es wird deutlich, dass es sich weniger um medizinische oder psychiatrische Indikationen handelte. Im Vordergrund stand eindeutig die soziale und politische Selektion.

3.3.5 Die „Aktion Brandt“

Im Oktober 1941 wurde Ministerialrat Linden von Hitler zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ernannt. Das Reichsministerium des Inneren hatte somit die Organisation für die Vernichtung übernommen. Nachdem 1943 der Luftkrieg über Deutschland verstärkt von den Alliierten geführt wurde, stieg die Nachfrage nach Krankenhausbetten.

Linden und Brandt, Führerbevollmächtigter der „Kinder- und Erwachsenen euthanasie“, waren in dieser Zeit mit der Vermittlung zwischen militärischem und zivilem Sanitäts- und Gesundheitswesen betraut.

Die Grundlage einer neuen „Euthanasie“ wurde, entwickelt von Brandt und Linden, im September 1942 gelegt. Die Verlagerung der Geisteskranken in andere Anstalten und Regionen wurde angeordnet. Die Anstaltsbetten in den umkämpften Regionen mussten als Lazarettbetten freigemacht werden. Während dieser Verlegungen nahm man die Krankenmorde unauffällig wieder auf.

Der betroffene Personenkreis wurde immer mehr ausgedehnt. Frauen, die nach einem Bombenangriff einen Nervenzusammenbruch erlitten hatten, sowie ältere, bettlägerige Menschen und Soldaten mit Zitteranfällen, die sog. „Kriegshysteriker“, die therapieresistent waren, gehörten zu den weiteren Opfern. Ebenfalls fielen in diesem Zeitraum auch die Morde an geisteskranken und tuberkulösen Zwangsarbeitern im Rahmen der „Euthanasie“.

Genauere Angaben über die Anzahl der Opfer sind nicht bekannt. Die Menschen, die durch die Grausamkeiten der „Aktion T4“, die „wilde Euthanasie“ und die „Aktion Brandt“, ermordet wurden, wird auf über 100.000 geschätzt (Stadler 1991).

3.4 Die Rolle der Pflegenden

An allen Umsetzungsphasen der systematischen Vernichtung war die Pflege beteiligt. Sie war ausführendes Organ. Die Anzahl der beteiligten Personen ist jedoch bis heute unbekannt (Steppe 1989).

Steppe (1989) unterscheidet die Aufgabenbereiche des Pflegepersonals in zwei verschiedene Mordphasen, zum einem die Tötung durch Gas in den sechs Mordanstalten, zum anderem die „wilde Euthanasie“, in der Medikamente und Nahrungsentzug die Mordinstrumente darstellten.

3.4.1 Die „erste Mordphase“

Das Pflegepersonal war hier nachweislich an folgenden Phasen beteiligt (Steppe 1989):

- Vorbereitung zum Abtransport, Richten und Auflisten der persönlichen Gegenstände, Kennzeichnung der PatientInnen mittels Pflasterklebestreifen oder direkt auf die Haut, wobei mit Tintenstift zwischen die Schulterblätter Angaben zur Person geschrieben wurden, Entkleiden der Patienten bzw. Hilfestellung beim Ankleiden,
- Begleitung der Transporte zur Zwischen- oder Tötungsanstalt, während der Fahrt wurden unruhige Patienten mit Medikamenten oder Fesseln „beruhigt“,
- Begleitung der PatientInnen in die Tötungsanstalten, Hilfe beim Entkleiden und der Vorführung beim Arzt,
- Begleitung der PatientInnen bis zur Gaskammer,
- Entgegennehmen der persönlichen bzw. anstaltseigenen Sachen der PatientInnen nach der Ermordung.

Unbekannt ist der Umgang des Pflegepersonals mit den Patienten. Relativ kurz war der Kontakt des „T4“- Personals mit den einzelnen Patienten im Vergleich zum Pflegepersonal in den Anstalten der „wilden Euthanasie“. Der Kontakt beschränkte sich auf die Hilfestellung beim Auskleiden, Begleitung und Ruhigstellung.

In der ersten Mordphase versuchten Krankenschwestern und Krankenpfleger, die in den Heimateanstalten der PatientInnen arbeiteten, die teilweise jahrelang betreuten PatientInnen zu retten. Sie versteckten einzelne Personen oder gaben eine falsche Auskunft über ihre Arbeitsfähigkeit.

Die Angehörigen wurden ebenfalls von einigen Pflegekräften benachrichtigt. Sie sollten ihre kranken Familienmitglieder möglichst schnell aus der Klinik nach Hause holen. Die ÄrztInnen in einigen wenigen Anstalten versuchten Meldebögen zu fälschen oder gar nicht auszufüllen. In dieser Hinsicht unbekannt ist jedoch das Verhalten des Personals, welches in den Tötungsanstalten selbst beschäftigt war.

3.4.2 Die „zweite Mordphase“

Die „wilde Euthanasie“, unterschied sich schon alleine durch die Organisation erheblich von der ersten. Dezentral wurde nun die Auswahl der zu tötenden PatientInnen getroffen. In der Anstalt selbst, meist während der Visite, wurden die Namen der PatientInnen von der Oberschwester bzw. dem Oberpfleger vermerkt.

Die PatientInnen wurden in ein speziell für die Morde vorgesehenes Zimmer verlegt und mit Medikamenten getötet.

Parallel zu dieser Hinrichtung wurde die langsame Ermordung durch Unterernährung und Nahrungsentzug durchgeführt. Sie betraf eine noch größere Anzahl an Opfern. Etwas besseres Essen gestattete man den noch arbeitsfähigen PatientInnen. Kennzeichnend für diese Phase war die ausgeprägte „Selbständigkeit“ des Pflegepersonals. In der Regel trafen die ÄrztInnen die Auswahl der PatientInnen, aber man vermutet heute, dass es möglich gewesen war, diese Auswahl mitzubestimmen.

„Das Personal hat... aus eigenen Stücken die Tötungsaufträge gleich ausgeführt oder damit gezögert. Es war wohl so, daß diese Patienten, solange sie vom Personal gebraucht waren oder` lieb Kind `waren, bei der Arbeit geholfen haben oder sonst von Nutzen waren und sich der Geneigtheit beim Personal erfreuten, am Leben gelassen wurden, und auch dem Dr. Niedermoser bei den Visiten entzogen wurden, damit er sie nicht sieht und an die Tötungsaufträge erinnert würde. Wenn diese Person aus irgendeinem Grunde lästig wurden und ihre Beliebtheit beim Personal verloren, dann wurde die Tötung durchgeführt und zwar sofort“ (Klee 1983, zitiert nach Steppe 1989, S.150).

Während der Visite nahm das Pflegepersonal ärztliche Anweisungen entgegen. Selbständig führten sie dann sowohl die Verlegung in das „Sterbezimmer“, als auch die Durchführung der Tötung aus. Die Vorbereitung, Verabreichung der entsprechenden Medikamente und die Beobachtung der PatientInnen bis zum Eintreten des Todes gehörte in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals.

3.5 „Euthanasie“- ein Euphemismus

Die wesentlichen Kennzeichen dieser Mordaktionen des dritten Reiches, die man unter dem Sammelbegriff „NS- Euthanasie“ zusammenfasst, sind die einschlägigen Tarnnamen. Hitler sprach im Oktober 1939 von „Gnadentod“. Dienstlich gebräuchlich waren die Begriffe „Sonderbehandlung“ oder „Aktion“. Der Ausdruck „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (Karl Binding und Alfred E. Hoche (1920)) war ebenfalls geläufig. Intern benutzte man jedoch den Ausdruck der „Euthanasie“ (Leven 1991, S.12 f).

„Tatsächlich ist „Euthanasie“ als Terminus technicus für die NS- Krankenmorde ein Euphemismus und von der Sache her falsch.“ (Burleigh 1991, zitiert nach Leven 1991, S.12). Die ursprüngliche Bedeutung des Begriffes Euthanasie „guter Tod“ wurde durch das nationalsozialistische Regime geradezu pervertiert. Bedingt durch den Nürnberger Ärzteprozess schliff sich dieser Sprachgebrauch ein. Die Schilderung der NS- Krankenmorde geschah unter der Verwendung des Begriffes der „Euthanasie“, sowohl von Seiten der Anklage als auch von den Angeklagten und Zeugen.

Die Bedeutungsverschiebung bzw. Begriffsverwirrung, wonach Euthanasie mit dem NS- Krankenmord gleichgesetzt wird, ist zwar bei der Verurteilung dieser Verbrechen nicht eingetreten, aber fixiert worden.

Bis in die Gegenwart ist jedoch die Begriffsverwirrung, besonders in Deutschland, wirksam. „Euthanasie“ wird fast nur noch in Anführungszeichen verwendet, zusätzlich mit einem erklärenden, entschuldigenden Zusatz.

Leven (1991) bemerkt weiter, dass der heute bevorzugte Begriff „Sterbehilfe“ Ironie der Geschichte ist. Die Vordenker der Vernichtung lehnten diesen Begriff ab. Karl Binding und Alfred E. Hoche bemerkten 1920 in einer gemeinsamen Schrift: „Keiner besonderen Freigabe bedarf die reine Bewirkung der Euthanasie in richtiger Begrenzung“; hiermit meinte er das, was heute Sterbehilfe genannt wird. Binding kritisierte, „der in der neueren Literatur aufgetauchte unschöne Name der „Sterbehilfe“ ist zweideutig“ (Binding und Hoche 1920, zitiert nach Leven 1991, S.13).

4 Die Gegenwart

Mit dem Untergang und der Kapitulation des Dritten Reiches übernahmen die Alliierten am 5. Juni 1945 die oberste Regierungsgewalt der Besatzungszonen. Es folgte die Zeit der Entnazifizierung und der Nürnberger Prozesse. Der Schutz der Menschenwürde erhält, mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland im Mai 1949 und der Verkündung des Grundgesetzes, oberste Priorität in der jungen Republik, als einen demokratischen und sozialen Rechtsstaat (Art.20 GG).

Kontaktadresse:

Jutta Dammann
Hahlerstr. 26
32427 Minden

Literaturverzeichnis

- Allert, G., Baitsch, H. et al (1997). Ethisch entscheiden und handeln. In A. Schäffler, N. Menche, U. Bazlen, T. Kommerell (Hrsg.), Pflege Heute (S. 62- 74). München: Urban & Fischer.
- Baust, G. (1992). Sterben und Tod- medizinische Aspekte (1. Auflage). Berlin: Ullstein Mosby.
- Duden (1997). Fremdwörterbuch. Mannheim: Dudenverlag.
- dtv- Atlas Weltgeschichte (1998). Band 2 Von der Französischen Revolution bis zur Gegenwart (32. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Leven, K.-H. (1998). Die "NS- Euthanasie" und die gegenwärtige Debatte um die aktive Sterbehilfe. In F.J. Illhardt, H.W. Heiss, M. Dornberg (Hrsg.), Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen? (S.9- 23). Stuttgart: Schattauer.
- Meyers Lexikon (1997). Lexi Rom 3. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus.
- Mitscherlich A. u. Mielke F. (1995). Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses (Neuauf.). Frankfurt/ M: Fischer.
- Pschyrembel (1990). Klinisches Wörterbuch (256. Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Stadler, Ch. (1991). Sterbehilfe- gestern und heute. Bonn: Psychiatrie- Verlag.
- Steppe, H. (1989). " Mit Tränen in den Augen zogen wir dann die Spritzen auf ...". In: Steppe H. (Hrsg.) Krankenpflege im Nationalsozialismus (S. 125- 165). Frankfurt/ M.: Mabuse.