Patientenmorde im Nationalsozialismus als Argument im Diskurs um (ärztlich) assistierten Suizid in Deutschland

Matthis Krischel

1. Einleitung

Durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Februar 2020 ist die Debatte um die »Sterbehilfe« in Deutschland erneut in Gang geraten. Auch wenn es in der aktuellen Diskussion primär um den assistierten Suizid geht und nicht um die Tötung auf Verlangen, die im internationalen Kontext häufig mit dem Terminus »Euthanasie« bezeichnet wird, spielen im deutschen bioethischen Diskurs bis heute die Medizinverbrechen des Nationalsozialismus eine wichtige Rolle.

»Das Wort ›Euthanasie‹ «, schreiben die Medizinethiker Andreas Frewer und Clemens Eickhoff in der Einleitung zu einem im Jahr 2000 erschienenen Band, »kann in Deutschland ganz offensichtlich nicht mehr von der Assoziation mit den Krankenmorden im Nationalsozialismus gelöst werden« (Frewer/Eickhoff 2000:13). Ausgehend von diesem Befund werden in diesem Beitrag Fragen nach dem Wert historischer Argumente im Kontext der Debatte um den (ärztlich) assistierten Suizid diskutiert (vgl. Leven 1998; vgl. Guckes 1997; vgl. Rubenfeld/Sulmasy 2020; vgl. Hohendorf 2016; vgl. Hohendorf 2011; vgl. Wunder 2014).

Im Anschluss an diese Einleitung (1) soll der Diskurs um (ärztlich) assistierten Suizid in Deutschland vom Ende des 19. Jahrhunderts bis vor 1933 rekonstruiert werden (2). Danach wird knapp die Geschichte der Patientenmorde im Nationalsozialismus mit ihren drei Phasen der Kinder-«Euthanasie«, der »Aktion T4« und der dezentralen Tötungen beschrieben (3). In einem historiographischen und metaethischen Abschnitt werden das Argument der schiefen Ebene (»slippery slope«) und das »Spielen der Nazi-Karte« in bioethischen Diskursen beleuchtet (4). Danach wird die Praxis des Einsatzes dieser Argumente in der ärztlich-berufspolitischen Praxis exemplarisch an einigen Beiträgen aus dem Deutschen Ärzteblatt nachvollzogen (5), bevor abschließend einige Punkte zur Frage, was wir aus der Geschichte lernen können, hervorgehoben werden (6).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

2. Vorgeschichte im Kaiserreich und in der Weimarer Republik

2.1 Adolf Jost: Das Recht auf den Tod

Die Frage nach dem »guten Tod« wird seit der Antike in Gesellschaft und Medizin diskutiert (vgl. Benzenhöfer 1999). In Deutschland geht die Diskussion um ein »Recht auf den Tod« auf eine erstmals 1895 veröffentlichte Schrift Adolf Josts (1874–1908) zurück, der zu diesem Zeitpunkt in Göttingen Philosophie, Mathematik und Physik studierte. In dem Buch geht es dem Autor zufolge »[i]n erster Linie [um] das Problem der körperlich und geistig unheilbar Kranken« und die Frage, ob es Fälle gebe, »in denen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswert« sei (Jost 1895: 1). Jost schreibt:

> »Der Wert eines Menschenlebens kann, einer rein natürlichen Betrachtungsweise nach, sich nur aus zwei Factoren zusammensetzen. Der erste Factor ist der Werth des Lebens für den betreffenden Menschen selbst, also die Summe von Freude und Schmerz, die er zu erleben hat. Der zweite Factor ist die Summe von Nutzen oder Schaden, die das Individuum für seine Mitmenschen darstellt. Die Fragestellung für das Recht auf den Tod ist jetzt identisch mit der Frage: ›Giebt es Fälle, in welchen beide Factoren negativ werden?'« (Ebd.: 13)

Wenn es solche Fälle gibt, schlussfolgert er, »dann müssen wir alle, nicht bloss aus Mitleid, sondern auch aus Egoismus das Recht auf den Tod anerkennen, dann giebt es auch ein solches Recht […]« (ebd.: 13f.). Hier benennt Jost mit Mitleid und Egoismus (einige Seiten später: »Egoismus der Gesellschaft«) die beiden Gründe, welche er für das Töten identifiziert. Zum Schaden, den ein unheilbar kranker Mensch der Gesellschaft zufügt, zählt Jost nicht nur den Ressourcenverbrauch etwa an »Nahrung und Arzneien« sowie den Pflegeaufwand, sondern auch die Belastung für dessen Umfeld.

Jost strebt die Etablierung einer »Möglichkeit zur gesetzlichen Tödtung unheilbar Kranker« an (ebd.: 39). Hierfür hält er es (zunächst) für zielführend, »die Erlaubtheit der Tödtung einerseits von der Diagnose eines oder einiger Ärzte abhängig zu machen [der oder die die Krankheit nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft als unheilbar einschätzen], anderseits von der Zustimmung des Patienten selbst«. Beides solle »vor einer amtlichen Person zum Ausdruck gelangen, um rechtskräftige Bedeutung zu haben« (ebd.: 40). Die Patientenautonomie spielt an dieser Stelle also durchaus (noch) eine Rolle:

> »Anerkennung des Todesrechts bei Geisteskranken [würde] erst in zweiter Linie in Betracht kommen, da hier naturgemäß die Zustimmung des Patienten zur Tödtung fehlen müßte, und dieser Umstand wenigstens zu Beginn der Reform, dieser leicht hinderlich sein könnte.« (Ebd.: 47)

Aus diesen Einlassungen wird jedoch klar, dass Jost die Einwilligung der erkrankten Person in ihre Tötung nur als Zugeständnis ansieht, welches seiner »Reform« breitere Zu-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

stimmung sichern sollte; zumindest für nicht einwilligungsfähige »Geisteskranke« kann er sich offensichtlich eine »gesetzliche Tötung« ohne ihre Zustimmung vorstellen.

Der Medizinhistoriker Udo Benzenhöfer hat darauf hingewiesen, dass Josts Schrift sowohl in Fachkreisen als auch in der Tagespresse diskutiert wurde. Auch auf Binding und Hoche hatte sie Einfluss (vgl. Benzenhöfer 1999: 95).

2.2 Karl Binding und Alfred Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens

Im Jahr 1920, unter dem Eindruck des von Deutschland verlorenen Ersten Weltkrieges sowie des materiellen Mangels der unmittelbaren Nachkriegszeit, legten der Jurist Karl Binding (1841–1920) und der Psychiater Alfred Hoche (1865–1943) ihre Schrift »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form« vor (Binding/Hoche 1920). Während Binding, der bis zu seiner Emeritierung 1913 Professor für Strafrecht in Leipzig gewesen war, die juristische Dimension der Frage darstellte, widmete sich Hoche, der seit 1902 Professor und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg war, der ärztlichen Dimension des Themenkomplexes. Beide Teile der Schrift fallen durch Radikalität in der Begriffswahl auf, besonders wirkmächtig sollten Kampfbegriffe wie »leere Menschenhülsen« und »Ballastexistenzen« werden.

Binding argumentiert, dass sowohl die Suizidbeihilfe als auch die Tötung auf Verlangen als »straffreie Erlösungstat« verstanden werden sollten, wenn sie bestimmte Gruppen von Personen betreffe, etwa diejenigen, die dies bei schwerer Krankheit (mutmaßlich) wünschten, sowie die »unheilbar Blödsinnigen«.

Auch im zweiten Teil des Buches, den von Alfred Hoche verfassten »Ärztliche[n] Bemerkungen«, spricht dieser sich deutlich für die »Euthanasie« aus. Insbesondere kommen dabei für ihn die »Frühverblödungen« in Frage, weil »deren Existenz am schwersten auf der Allgemeinheit lastet« (ebd.: 53).

Hoche stellt die Pflege von dauerhaft schwer kranken Personen in Frage:

> »Die Anstalten, die der Idiotenpflege dienen, werden anderen Zwecken entzogen; […] es ist eine peinliche Vorstellung, daß ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhülsen dahinaltern, von denen nicht wenige 70 Jahre und älter werden.« (Ebd.: 55)

Der Autor bemüht hier vor allem ein ökonomisches Argument, welches er im Anschluss noch einmal unterstreicht:

> »Die Frage, ob der für diese Kategorien von Ballastexistenzen notwendige Aufwand nach allen Richtungen hin gerechtfertigt sei, war in den verflossenen Zeiten des Wohlstandes nicht dringend; jetzt ist es anders geworden, und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen.« (Ebd.)

Die Schrift von Binding und Hoche wurde nach ihrem Erscheinen in Deutschland kontrovers diskutiert. Obwohl sich auch einige Stimmen für die »Euthanasie« aussprachen, war die große Mehrheit sowohl der Jurist*innen als auch der Mediziner*innen zu Be-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

ginn der 1920er Jahre doch deutlich dagegen. Auch der Deutsche Ärztetag lehnte 1921 in Karlsruhe einen »Antrag zur ›gesetzlichen Freigabe‹ der ›Vernichtung lebensunwerten Lebens‹ nahezu einstimmig« ab (Benzenhöfer 1999: 107).

3. Patientenmorde im Nationalsozialismus

Während andere biopolitische Maßnahmen der 1933 gewählten nationalsozialistischen Regierung bereits im Jahr der Machtübernahme begannen – darunter der Beschluss des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« und die rassistisch und politisch motivierte Entlassung von Personen aus dem öffentlichen Dienst im Rahmen des »Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums« – wurden die Patientenmorde erst 1939 angestoßen. Dabei sollten sie, im Gegensatz zu den anderen Maßnahmen, die in Rechtsform gegossen und offen durchgeführt wurden, geheim bleiben.

Die Patientenmorde können in drei Phasen eingeteilt werden: die »Kindereuthanasie« ab 1939, die »Aktion T4« in den Jahren 1940/1941 und die dezentralen Patientenmorde ab dem Stopp der »Aktion T4« im August 1941 (vgl. Fangerau/Noack 2006: 237ff.). Innerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches von 1933 fielen den Morden ca. 200.000 Menschen zum Opfer, unter Einbezug der Patientenmorde in den von Deutschland besetzen Gebieten und den Morden an KZ-Häftlingen in den »Euthanasie«-Tötungsanstalten erhöht sich die Zahl auf fast 300.000 (vgl. Schmuhl 2011: 214).

Bereits im August 1939 führte das Reichsinnenministerium eine Meldepflicht für Neugeborene und Kleinkinder mit Behinderungen ein.

Auslöser der »Kindereuthanasie« war ein Brief, in dem die Familie eines Kleinkindes mit einer schweren Behinderung den Leipziger Professor für Kinderheilkunde Werner Catel (1894–1981) um die Tötung des Kindes gebeten hatte. Dieser wiederum hatte sich in der Folge an die Kanzlei des Führers gewandt, welche in einem auf den 1. September 1939 – den Tag des Kriegsbeginns – zurückdatierten Brief »die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte« so erweitern wollte, »dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann« (Hitler 1939). In der Folge wurden im Deutschen Reich mindestens 31 »Kinderfachabteilungen« (Tötungsabteilungen) in Heil- und Pflegeanstalten eingerichtet, in denen bis Kriegsende ca. 5.000 bis 10.000 Kinder ermordet wurden (vgl. Schmuhl 2011: 220ff.).

Die Haltung der Eltern umfasste ein breites Spektrum und reichte »von grundsätzlicher Ablehnung der ›Euthanasie‹ (insbesondere im katholischen Milieu und im ländlichen Raum) und aktiven Rettungsversuchen […] bis hin zur ausdrücklichen Befürwortung, ja offenen Einforderung der Kindstötung« (ebd.: 222). Die Morde erfolgten heimlich, in der Regel durch Überdosierung von Beruhigungsmitteln oder Nahrungsmittelentzug.

Ebenfalls im Sommer 1939 begann die Planung der zentralen Erwachsenen-»Euthanasie«, die unter dem Tarnnamen »Aktion T4« – benannt nach der Adresse des Gebäudes in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, in dem die Aktion geplant wurde – bekannt geworden ist. Ab Oktober 1939 wurden dazu vom Reichsinnenministerium Erfassungsbögen an die Heil- und Pflegeanstalten versandt, in welchen unter anderem die Art der Krankheit, die

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Dauer des Anstaltsaufenthalts und die Arbeitsfähigkeit der Patient*innen beschrieben werden sollte. Über den Zweck der Erfassung ließ man die Anstaltsdirektor*innen zunächst im Unklaren (vgl. Aly 1989: 11ff.).

Zum ärztlichen Leiter wurde der Würzburger Professor für Psychiatrie und Neurologie Werner Heyde (1902–1964) ernannt, der in der Folge mehr als 40 Ärzte – in der Regel Psychiater und Neurologen – als Gutachter gewann.

Die Patient*innen wurden aus den Heil- und Pflegeanstalten, ab 1941 oft über Zwischenanstalten, in eine von sechs zentralen Tötungsanstalten gebracht. Diese befanden sich in möglichst abgelegenen Heil- und Pflegeanstalten, um die »geheime Reichssache« so gut wie möglich verborgen zu halten. Dort angekommen, wurden die Patient*innen in großen Gruppen in als Duschräume getarnten Gaskammern mit Kohlenmonoxid ermordet, wobei das Öffnen des Gashahns eine ärztliche Aufgabe war. Die Leichen wurden vor Ort in Krematorien verbrannt (vgl. Wienau 1993: 168ff.).

Die Geheimhaltung der zentralen Patientenmorde gelang nicht. Im Gegensatz zu den meisten anderen biopolitischen Maßnahmen des Nationalsozialismus regte sich gegen die »Aktion T4« Widerstand. Einzelne als Gutachter*innen angefragte Ärzt*innen, zum Beispiel der Göttinger Professor für Psychiatrie Gottfried Ewald, lehnten eine Mitarbeit ab und protestierten gegen die geplanten Morde (vgl. Stobäus 2000). Als sie 1940 einer größeren Öffentlichkeit bekannt wurden, spielten die Kirchen eine wichtige Rolle als Keimzellen der Opposition, »anders als später im Holocaust« (Fangerau/Noack 2006: 240).

In einer Predigt, die er am 3. August 1941 in der Kirche St. Lamberti in Münster hielt, benannte und kritisierte Clemens August Graf von Galen (1878–1946), der Bischoff vom Münster, die Patientenmorde offen (Galen 1941). Er berichtete, er habe die Morde betreffend bei Staatsanwaltschaft und Polizei Anzeige erstattet und sprach sich gegen die Tötung von »unproduktiven« Menschen aus. Er formulierte die Angst, dass später auch weiteren Personen das Lebensrecht aberkannt werden könnte (vgl. Galen 1941).

Hiermit nahm Graf von Galen Argumente auf, die bereits in der Bevölkerung kursierten, denn seit Anfang 1941 hatten britische Radiosendungen und Flugblätter die Krankenmorde öffentlich gemacht und gleichzeitig kommuniziert, dass auch »nicht mehr arbeitsfähige Kriegsverletzte und alte Menschen getötet würden« (Fangerau/Noack 2006: 241). Unter dem so entstandenen öffentlichen Druck wurde die »Aktion T4« Ende August 1941 beendet. Insgesamt fielen ihr mehr als 70.000 Menschen zum Opfer.

Mit dem Ende der »Aktion T4« hörte das Morden in den Heil- und Pflegeanstalten jedoch nicht auf. An mehr als 30 Standorten lässt sich die anhaltende, aktive Beteiligung daran nachweisen (vgl. Fangerau/Noack 2006: 241f). Es muss davon ausgegangen werden, dass nach dem Ende der »Aktion T4« bis in die ersten Nachkriegsjahre noch einmal über 100.000 Patient*innen durch aktive Morde und zum Teil gezielte Vernachlässigung ums Leben kamen (vgl. Schmuhl 2011: 231ff.).

3.1 Nationalsozialistische Argumente für die »Euthanasie«

Zu den Argumenten des Nationalsozialismus für die »Euthanasie« gehören, im Anschluss an Jost, Binding und Hoche, ein von außen bestimmter Lebenswert für Menschen vor allem mit psychiatrischen Erkrankungen und schweren Behinderungen,

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Mitleid, die »Belästigung« Dritter durch die Kranken sowie ökonomische Gründe. Gerade diese Verteilung von Ressourcen zu Ungunsten der Kranken wurde mit einer kollektivistischen Ethik begründet. Der Psychiater und Neurologe Hermann Pfannmüller (1886–1961) nannte bereits 1939 die Kostenersparnis als ersten von zahlreichen Gründen, aus denen er die »Euthanasie« für geboten hielt (vgl. Pfannmüller 1939). Ebenfalls deutlich wird der ökonomische Aspekt in der nach dem Krieg aufgefundenen »Hartheimer Statistik«, welche die monetäre Ersparnis durch die Abwesenheit der 70.273 »desinfizierten Personen« (d.h. der in der »Aktion T4« ermordeten Personen) bis 1951 auf 885.439.800 Reichsmark schätzte (vgl. Bader 2018).

4. Historiographische und metaethische Reflexionen

4.1 Das Argument der schiefen Ebene und die »Nazi-Karte«

Die »Euthanasie«-Morde gehörten zu den Verbrechen, die im Nürnberger Ärzteprozess angeklagt waren. Im Anschluss an den Prozess, der häufiger im Kontext der Humanexperimente in den Konzentrationslagern und als Katalysator der Entwicklung der medizinischen Forschungsethik erinnert wird (vgl. Krischel 2021, vgl. Moll/Krischel 2023), formulierte der Arzt und beim Prozess als Sachverständiger beteiligte Leo Alexander (1905–1985):

> »Der Anfang war eine feine Verschiebung der Grundeinstellung der Ärzte. Es begann mit der Akzeptanz der Einstellung, dass es bestimmte Leben gibt, die nicht wert sind, gelebt zu werden. Diese Einstellung umfasste in ihrer frühen Ausprägung die ernsthaft und chronisch Kranken. Allmählich wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einbezogen wurden, ausgeweitet […].«
> (Alexander 1949, zitiert nach Wunder 2000: 257).

Hier prägt Alexander ein Argument der schiefen Ebene, indem er die »Euthanasie«-Morde nicht als »Ausrutscher der Medizin« oder »Pervertierung einer ansonsten guten Sache« versteht, sondern als Aspekt der »Janusköpfigkeit der Euthanasie-Idee« (Wunder 2000: 257), in welcher seit Jost, Binding und Hoche auch eine externe Zuschreibung von Lebenswert tradiert worden war.

Solche Argumente der schiefen Ebene werden in Philosophie und Bioethik häufig kritisch betrachtet. Der Bioethiker Tod Chambers etwa formulierte als eine Faustregel für die medizinische Ethik: »No Nazis, no space Aliens, no slippery slopes« (Chambers 1995). Vor dem Hintergrund, dass er sich in der selben Veröffentlichung jedoch auch gegen Faustregeln generell ausspricht und fordert, ethische Diskussionen müssten sich flexibel Themen und Diskutant*innen anpassen, ließe er sich vielleicht für die Debatte um assistierten Suizid in Deutschland vom Gegenteil überzeugen. Chambers Bedenken, dass durch die Inklusion von Nazis und Argumenten der schiefen Ebene die Aufmerksamkeit den zu diskutierenden Fällen entzogen würde (vgl. Chambers 1995:190), trifft hier gerade nicht zu. Vielmehr kann der Blick auf die Krankenmorde im Nationalsozialismus und ihrer Vorgeschichte seit dem Ende des 19. Jahrhunderts unsere Aufmerksam-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

keit für die historisch vorgebrachten Argumente sowie für potenzielle Entgrenzungsräume (vgl. Schütz 2021) schärfen.

Die Medizinethiker*innen und -historiker*innen Silke Schicktanz, Heiko Stoff und Susanne Michl unterscheiden eher im akademischen Diskurs eingesetzte Argumentationsmuster, zu denen sie das Schiefe-Ebene-Argument zählen, von eher politisch motivierten, worunter sie die »Nazi-Karte« als Totschlagargument einordnen (vgl. Schicktanz/Stoff/Michl 2021). Sie konstatieren, dass das historische Argument der NS-Medizinverbrechen durchaus geeignet ist, Praktiken, Gewohnheiten und Normen der spätmodernen Medizin herauszufordern. Auf dieser Basis fordern sie eine engere Kooperation zwischen Geschichte und Bioethik ein, um detaillierte und historiographisch anspruchsvollere Argumente zu entwickeln (vgl. ebd.: 506f). Argumente der schiefen Ebene halten sie als Warnungen (»cautionary argument«) durchaus für angemessen, um etwa auf potenzielle unerwünschte Folgen hinzuweisen. Gleichzeitig kann das Argument der schiefen Ebene im Kontext der NS-Medizin Fragen nach Ideologie, Kollektivethik und Paternalismus in den Fokus bringen (vgl. ebd.: 503) und so neben Parallelen auch Kontraste zwischen historischen Fallbeispielen und aktuell diskutierten Szenarien deutlich machen, welche sich unter divergierenden sozio-politisch Umständen entwickeln.

Der Bioethiker Arthur Caplan regt an, aus den nationalsozialistischen Medizinverbrechen Lehren für die Nachgeborenen zu ziehen. Er hält es aber für angezeigt, detailliert danach zu fragen, welche Szenarien miteinander verglichen werden, und nur dann NS-Analogien zu verwenden, wenn diese vorsichtig konstruiert und gerechtfertigt werden. Im Fokus stehen für Caplan dabei die Begründungsansätze der handelnden Personen (vgl. Caplan 1992).

4.2 Geschichte als Argument

Der Historiker Sascha Topp hat gezeigt, dass Geschichte als Argument in medizinethischen Debatten im Nachkriegsdeutschland regelmäßig in Stellung gebracht wurde. Er stellt fest, dass die »über Jahrzehnte prinzipiell nebeneinander bestehenden Bereiche von Vergangenheitsbewältigung und Medizinethik […] von einzelnen historischen Akteuren und Gruppen stärker als zuvor in Beziehung zueinander gesetzt« (Topp 2013: 326) wurden. Noch 2013 hielt Topp es für »evident«, dass die prinzipielle »Ablehnung einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den beiden deutschen Staaten […] als internalisierte Konsequenz aus der NS-Euthanasievergangenheit verstanden werden kann« (ebd.). Gleichzeitig müssen Erinnerungskultur sowie Geschichtsbewusstsein und historische Verantwortung, die daraus erwachsen, von jeder Generation neu bestimmt werden (vgl. Krischel/Halling 2020; vgl. Krischel/Fangerau/Söhner 2021). Somit ändert sich mit jeder Generation auch das Gewicht, das Geschichte als Argument hat.

5. Praxis der Argumente im ärztlich-berufspolitischen Kontext

Für die Zeit bis 2010 konnte Christina Gentner zeigen, dass im Deutschen Ärzteblatt regelmäßig Beiträge und Leserbriefe erschienen, welche den Komplex der Sterbehilfe thematisierten (Gentner 2015). Zu den wichtigen Artikeln im Deutschen Ärzteblatt, welche

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

die Frage nach einer Kontinuität zwischen »Euthanasie gestern« und »Sterbehilfe heute« stellten, gehörte laut Gentner ein Beitrag des Psychiaters Klaus Dörner (1933–2022), der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung – 1987 – die Psychiatrie in Gütersloh leitete und einen Lehrstuhl an der Universität Witten/Herdecke innehatte (vgl. Gentner 2015: 99). Dörner lehnt darin eine von der deutschen Geschichte losgelöste Sterbehilfedebatte – die sich zu diesem Zeitpunktvor allem an Julius Hackethal (1921–1997) abarbeitete – ab. Stattdessen fordert er einen stärkeren Lebensschutz, der sich auch aus der »Pflicht zu lernen« ableite, welche die Deutschen durch ihre nationalsozialistische Geschichte hätten (vgl. Dörner 1987). Zwar erkennt Dörner an, dass in der Debatte um die Liberalisierung der Sterbehilfe der 1980er Jahre zunehmend mit der Selbstbestimmung von Menschen über ihr eigenes Leben und Sterben argumentiert wurde. Dem stellt er entgegen, dass es durch eine Akzeptanz der Sterbehilfe zu einer »soziale[n] Erwartungshaltung in der Bevölkerung [kommen könnte], wonach alle behinderten, unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich von den medizinischen Vertretern der Wissenschaft den Tod geben zu lassen.« Dörner spitzt zu: »Es entstehen ungeahnte Möglichkeiten, soziale Kosten einzusparen« (ebd.: A-3289). Damit benennt er die »Gefahr einer Ökonomisierung der Gesundheit oder sogar des Lebens« (Gentner 2015: 102f), wie sie argumentativ bereits bei Jost, Binding und Hoche angelegt war und bei den Patientenmorden im Nationalsozialismus ein entscheidender Faktor wurde.

Nicht nur in dem von Gentner untersuchten Zeitraum bis 2010 werden im Deutschen Ärzteblatt Dammbruch- und historische Argumente gegen die Liberalisierung des (ärztlich) assistierten Suizids formuliert. Auch in Beiträgen und Leserbriefen, die auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 reagieren, die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe nicht mehr unter Strafe zu stellen, sowie nach der Entscheidung der Delegierten des Deutschen Ärztetages im Jahr darauf, das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aus dem ärztlichen Standesrecht zu streichen (vgl. Haserück/Richter/Kuhlmann 2021), finden sich Dammbruchargumente und Rekurse auf den Nationalsozialismus.

So wird in einem Beitrag aus dem Februar 2020 Kirsten Kappert-Gonther, Sprecherin für Gesundheitsförderung der Grünen im Bundestag zitiert:

> »›Das Urteil ist ein Dammbruch. […] Menschen sollen sich nicht wegen der Sorge, anderen zur Last zu fallen, oder gar aus finanzieller Not zum Suizid gedrängt fühlen‹, erklärte sie. Beides werde aber als Motiv genannt. ›Wir dürfen nicht zulassen, dass der Erwartungsdruck gerade auf Menschen in vulnerablen Situationen, diesen vermeintlichen ›Ausweg‹ zu nehmen, steigt.‹« (ER 2020).

In einem Leserbrief mit Titel »Sterbehilfe: Dammbruch« aus dem Juni 2021 als Reaktion auf einen anderen Beitrag zu Sterbewünschen bei Patient*innen beziehen sich Erla und Christian Vogler ausdrücklich auf die »›Aktion T4‹ im Nationalsozialismus« und fragen: »Sind wir jetzt wieder so weit?« Ihrer Ansicht nach setze die Gesellschaft »[h]ilfsbedürftige Menschen und Alte […] unterschwellig unter Druck, ihrem ›nutzlosen‹ und ›kostenaufwendigen‹ Leben mit dem bereitgestellten Giftbecher selbst ein Ende zu setzen, ›Gnadentod‹ eben.« (Vogler/Vogler 2021)

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Sowohl die Sozial- und Gesundheitspolitikerin Kappert-Gonther (selbst Fachärztin für Psychiatrie) als auch die Ärzt*innen Erla und Christian Vogler warnen also in der aktuellen Debatte mit dem Dammbruchargument und dem Rekurs auf die Patientenmorde im Nationalsozialismus davor, die (ärztliche) Suizidassistenz heute auszuweiten.

6. Was können wir aus der Geschichte lernen?

Nur wer die Geschichte kennt, kann aus ihr lernen. Aus diesem Grund muss das Wissen über die Patientenmorde im Nationalsozialismus, über ihre Vorgeschichte und über die Argumente, die für die »Euthanasie« angeführt wurden, gefördert werden. Mahn- und Gedenkstätten, wie sie in den ehemaligen »T4«-Tötungsanstalten eingerichtet wurden, Gedenk- und Informationsorte wie am historischen Ort Tiergartenstraße 4 in Berlin sowie Unterricht im Rahmen des Medizinstudiums sind hier zielführend. Auf Basis des historischen Wissens können und müssen dann die Teilnehmer*innen am heutigen Diskurs über (ärztliche) Suizidassistenz entscheiden, welchen Wert Geschichte als Argument für sie hat.

Bis heute werden – dies zeigt etwa der Blick ins Deutsche Ärzteblatt – Argumente der schiefen Ebene (bzw. Dammbruchargumente) gegen eine Liberalisierung der Suizidassistenz vorgebracht. Viele Umstände, welche die Patientenmorde im Nationalsozialismus ermöglichten, bestehen heute nicht mehr. Jedoch lassen sich aus der historischen Betrachtung drei zentrale Problemkomplexe identifizieren, die bis heute Relevanz haben: (1) Achtung der Autonomie, (2) Vorsicht vor ökonomischen Argumenten und (3) Vermeidung von Ermöglichungsräumen für Missbrauch.

6.1 Achtung der Autonomie

Der medizinethische Diskurs seit den 1980er Jahren ist deutlich geprägt von einer Betonung der Patientenautonomie, und auch das Bundesverfassungsgericht betonte im Jahr 2020, das Recht, das eigene Leben selbst zu beenden sowie um Hilfe dabei zu ersuchen, gelte unabhängig von Leiden oder Krankheit. Es zielte mit der Entscheidung also nicht auf Mitleid, sondern auf Autonomie ab. Der Medizinhistoriker und Psychiater Gerrit Hohendorf warnt jedoch, die Selbstbestimmung von Patient*innen habe historisch »keine stabile Grenze« gebildet:

> »Vielmehr zeigt sich eine dem Euthanasiediskurs inhärente Tendenz, von der Tötung auf ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen zur ›Erlösung‹ auch derjenigen Menschen fortzuschreiten, die ihren Willen nicht mehr äußern können oder die als willensunfähig angesehen werden.« (Hohendorf 2011: 219)

Vor dem Hintergrund dieser Erwägungen scheint Suizidassistenz deutlich besser durch Autonomie als durch Mitleid begründbar. Ein Problemkomplex bleibt jedoch bei sterbewilligen Personen mit eingeschränkter Autonomie bestehen, wie sie etwa bei psychiatrischen Erkrankungen oder kognitiven Einschränkungen gegeben sein kann, aber nicht gegeben sein muss (vgl. Pollmächer 2023).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

6.2 Vorsicht vor ökonomischen Argumenten

Klar herausgestellt wurde, dass ökonomische Argumente für die Patientenmorde vorgebracht wurden. »Ökonomische Nützlichkeit« entschied auch in der Praxis über Leben und Tod von Patient*innen. Doch besteht auch in der aktuellen Debatte um Suizidassistenz die »Gefahr einer Fremdbestimmung des Wertes des menschlichen Lebens nach gesellschaftlichen Nützlichkeitserwägungen« (Hohendorf 2016: 224)?

Der Sozialwissenschaftler Ullrich Bauer bezeichnet mit dem Begriff »Salutokapitalismus« die »Verbindung kapitalistischer Strukturen mit denen des Gesundheitswesens« (Bauer 2007: 114). Als dessen Merkmale identifiziert er neben einer Rationalisierung und Rationierung von Leistungen auch eine verstärkte Polarisierung: Eingespart werden Ressourcen eher bei Personen mit wenig ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital, mit der Folge von ungleichen Teilhabechancen. Gleichzeitig konstatiert er eine »abnehmende Pflegebereitschaft in den ressourcenstarken Milieus« (ebd.: 108).

Wenn nun in der neoliberalen Gesellschaftsordnung die Gefahr besteht, dass sowohl Patient*innen als auch Mitarbeitende im Gesundheitswesen Ideen von Wirtschaftlichkeit internalisieren, wie Bauer befürchtet, können daraus Entsolidarisierung mit pflegebedürftigen Personen, zunehmende soziale Kälte und im Extremfall Druck hin zu einem »sozialverträglichen Frühableben« (Karsten Vilmar) entstehen.

6.3 Ermöglichungsräume für Missbrauch vermeiden

Die »T4«-Tötungsabteilungen wurden absichtlich an abgelegenen Orten eingerichtet, Kinder wurden in »Kinderfachabteilungen« abseits ihrer Heimat getötet, damit Familienbesuche ausgeschlossen werden konnten. Wie auch bei den Humanexperimenten ohne Einwilligung der Versuchspersonen, die in Konzentrationslagern stattfanden, wurden durch den Ausschluss der Öffentlichkeit Ermöglichungsräume für Missbrauch geschaffen, die als Räume der Gewalt verstanden werden können (vgl. Schütz 2021).

Die Medizinhistorikerin Stefanie Westermann hat herausgestellt, dass sowohl die Nichtbeachtung der Krankenmorde während der frühen 1940er Jahre durch Angehörige, die davon hätten wissen können, als auch die Tabuisierung und die lange Zeit begrenzte Erinnerungskultur als »verweigerte[r] Blick in den Spiegel« verstanden werden können. Zwar seien die Patientenmorde durchaus juristisch geahndet worden, jedoch hätten »in kaum einem anderen Bereich der nationalsozialistischen Verbrechen die Täter auf derart viel Verständnis und Integrationswillen hoffen [können] wie in diesem« (Westermann 2011: 234f). Westermann stellt die These auf, dass es weiten Teilen der Nachkriegsgesellschaft leichter fiel, sich »mit dem Verweis auf vermeintliches Mitleid, Befehlsnotstand oder Ressourcenknappheit« eher mit den Täter*innen als mit den Opfern der »Euthanasie« und ihren Angehörigen zu identifizieren.

Bis heute bleiben Leiden, Einsamkeit und Armut im Alter sowie Sterben und Tod tabuisierte Themen. Im Hier und Jetzt müssen diese Themen breit diskutiert, der Blick auf davon betroffene Personen – und gleichsam »in den Spiegel« – gewagt werden, um sie nicht auszugrenzen und einen gesellschaftlichen Druck zu Suizid und Inanspruchnahme von Suizidassistenz zu vermeiden. Nur durch ein Hinschauen kann vermieden wer-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

den, dass etwa in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe Ermöglichungsräume für einen solchen Druck entstehen.

Literatur

Alexander, Leo (1949), zitiert nach Wunder, Michael: »Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund«, in Frewer/Eickhoff, Euthanasie (2000), S. 250–275.

Aly, Götz: »›Aktion T4‹ – Modell des Massenmordes«, in: Götz Aly (Hg.), Aktion T4 1939–1945. Die ›Euthanasie‹-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, 2., erw. Aufl., Berlin: Hentrich 1989, S. 11–21.

Baader, Gerhard: »Psychiatrie im NS zwischen ökonomischer Rationalität und Patientenmord«, in: Gerhard Baader/Jürgen Peter (Hg.), Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag 2018, S. 184–218.

Bauer, Ulrich (2007): »Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld«, in: Michael Esser (Hg.), Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen (Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 44), Hamburg: Argument Verlag, S. 98–119.

Benzenhöfer, Udo: Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München: Beck 1999.

Binding, Alfred/Hoche, Karl: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form, Leipzig: Meiner 1920.

Caplan, Arthur L.: »The Doctors' Trial an Analogies to the Holocaust in Contemporary Bioethical Debates«, in: George J. Annas/Michael A. Grodin (Hg.), The Nazi Doctors and the Nuremberg Code, New York, NY: Oxford University Press Inc. 1992, S. 258–275.

Chambers, Tod S.: »No Nazis, no space aliens, no slippery slopes and other rules of thumb for clinical ethics teaching«, in: Journal of Medical Humanities 16 (1995), S. 189–200.

Dörner, Klaus: »Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?«, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), A-3286-A3290.

ER (2020) »Gekipptes Sterbehilfeverbot löst heftige Reaktionen aus«, https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=109662&s=Dammbruch, abgerufen am 26. Juli 2023.

Fangerau, Heiner/Noack, Thorsten: »Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus«, in: Stefan Schulz et al.(Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2006, S. 224–248.

Frewer, Andreas/Eickhoff Clemens (Hg.): »Euthanasie« und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/New York: Campus Verlag 2000.

Galen, Clemens August von (1941): Euthanasiepredigt, https://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/texte/599.html, abgerufen am 26. Juli 2023.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Gentner, Christina Julia: Die Sterbehilfe Diskussion im Deutschen Ärzteblatt. Eine inhaltsanalytische Auswertung der Artikel von 1949 bis 2010. Dissertation, Tübingen 2015, https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/63592, abgerufen am 26. Juli 2023.

Guckes, Barbara: »Das ›Faschismus-Argument‹ in der Diskussion um die Legalisierung von Sterbehilfe«, in: Richard Toellner/Urban Wiesing (Hg.), Geschichte und Ethik in der Medizin, Stuttgart: Fischer 1997, S. 131–154.

Haserück, André/Richter-Kuhlmann, Eva: »Ärztliche Suizidassistenz: Berufsrechtliches Verbot entfällt«, in: Deutsches Ärzteblatt 118 (2021), A-969.

Hitler, Adolf: »Auftrag Hitlers an Reichsleiter Bouhler und Dr. Brandt« 1939, https://ghdi.ghi-dc.org/sub_document.cfm?document_id=1528&language=german, abgerufen am 26. Juli 2023.

Hohendorf, Gerrit: »Die nationalsozialistischen Krankenmorde zwischen Tabu und Argument- Was lässt sich aus der Geschichte der NS-Euthanasie für die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe lernen?«, in: Westermann/Kühl/Ohnhäuser, NS-«Euthanasie« (2011), S. 211–230.

Hohendorf, Gerrit: »Zwischen Tabu und Argument – Zur Bedeutung der nationalsozialistischen ›Euthanasie‹ für die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe«, in: Oliver Rauprich/Ralf J. Jox/Georg Marckmann (Hg.), Vom Konflikt zur Lösung. Ethische Entscheidungswege in der Biomedizin, Münster: mentis 2016, S. 221–236.

Jost, Adolf: Das Recht auf den Tod, Göttingen: Dietrich 1895.

Krischel, Matthis: »The Institutionalization of Research Ethics Committees in Germany – International Integration or in the Shadow of Nuremberg?«, in: European Journal for the History of Medicine and Health 78 (2021), S. 353–376.

Krischel, Matthis/Fangerau, Heiner/Söhner, Felicitas: »Geschichtsbewusstsein und historische Verantwortung in der deutschen Humangenetik«, in: Medizinische Genetik 33 (2021), S. 189–195.

Krischel, Matthis/Halling, Thorsten: »Erinnerungsorte und Erinnerungskultur – Zur Karriere der ›Memory Studies‹ in der Medizingeschichte«, in: Medizinhistorisches Journal 55 (2020), S. 219–231.

Leven, Karl-Heinz: »Die ›NS-Euthanasie‹ und die gegenwärtige Debatte um aktive Sterbehilfe«, in: Franz Josef Illhardt et al. (Hg.), Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen?, Stuttgart: Schattauer 1998, S. 9–23.

Moll, Friedrich H./Krischel, Matthis: »Die Genese des Informed Consent im Kontext der medizinischen Forschungsethik 1900–1931«, in: Die Urologie 62 (2023), S. 261–270.

Pfannmüller, Hermann (1939), zitiert nach Katzur, Julia: Die »Kinderfachabteilung« in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und die nationalsozialistische »Kindereuthanasie« zwischen 1940–1945. Dissertation, München 2017, https://mediatum.ub.tum.de/1375884.

Pollmächer, Thomas: »Der assistierte Suizid aus psychiatrischer Sicht«, in: Der Nervenarzt 94 (2023), S. 619–624.

Roelcke, Volker (Hg.): Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics, Göttingen: V&R unipress 2014.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Rubenfeld, Sheldon/Sulmasy, Daniel P. (Hg.): Physician-assisted suicide and Euthanasia. Before, during and after the Holocaust, Lanham, Maryland: Lexington Books 2020.

Schicktanz, Silke/Stoff, Heiko/Michl, Susanne: »Bioethics and the argumentative legacy of atrocities in medical history: Reflections on a complex relationship«, in: Bioethics 35 (2021), S. 499–507.

Schmuhl, Hans-Walter: »›Euthanasie‹ und Krankenmord«, in: Robert Jütte et al. (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen: Wallstein-Verlag 2011, S. 213–255.

Schütz, Mathias: »Memory Unbound, Unfounded Memory? On Medicine, the Holocaust, and Bioethical Reflection«, in: European Journal for the History of Medicine and Health 78 (2021), S. 74–95.

Stobäus, Ricarda: »›Euthanasie‹ im Nationalsozialismus – Gottfried Ewald und der Protest gegen die ›Aktion T4'«, in: Frewer/Eickhoff, Euthanasie, S. 177–192.

Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin: Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie, Göttingen: V&R unipress 2013.

Vogler, Erla/Vogler, Christian: »Sterbehilfe: Dammbruch«, in: Deutsches Ärzteblatt 118 (2021): A-1224.

Westermann, Stefanie: »Der verweigerte Blick in den Spiegel – NS-«Euthanasie«-Opfer und Wir«, in: Westermann/Kühl/Ohnhäuser, NS-«Euthanasie« (2011), S. 231–244.

Westermann, Stefanie/Kühl, Richard/Ohnhäuser, Tim (Hg.): NS-«Euthanasie« und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven, Berlin (u.a.): Lit Verlag 2011.

Wienau, Rolf: »Die Freigabe der Vernichtung ›lebensunwerten Lebens'«, in: Johanna Bleker, Gerhard Baader (Hg.), Medizin im »Dritten Reich«, Köln: Deutscher Ärzteverlag 1993, S. 162–174.

Wunder, Michael: »Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund«, in Frewer/Eickhoff, Euthanasie (2000), S. 250–275.

Wunder, Michael: »Learning with History: Nazi Medical Crimes and Today's Debates on Euthanasia in Germany«, in: Roelcke, Silence, Scapegoats, Self-reflection (2014), S. 301–314.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.14361/9783839467923-024 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY