

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Lernen aus der Geschichte? Die Bedeutung der
nationalsozialistischen Kindereuthanasie für die gegenwärtige
Debatte um Sterbehilfe bei behinderten Neugeborenen.

Sarah Lorenz-Stromp

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Lernen aus der Geschichte? Die Bedeutung der
nationalsozialistischen Kindereuthanasie für die gegenwärtige
Debatte um Sterbehilfe bei behinderten Neugeborenen.

Sarah Lorenz-Stromp

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der
Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier
Prüfer der Dissertation: 1. Priv.-Doz. Dr. G. H. K. Hohendorf
2. Univ.-Prof. Dr. D. von Engelhardt

Die Dissertation wurde am 09.03.2010 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin
am 22.09.2010 angenommen.

Für Zoé

ICH MÖCHTE DICH INSTÄNDIG BITTEN

Ich möchte dich inständig bitten
So sehr ich kann
All dem gegenüber,
was in deinem Herzen ungelöst ist,
geduldig zu sein und zu versuchen
die Fragen an sich zu lieben,
wie verschlossene Räume,
wie Bücher, die in einer sehr
fremden Sprache geschrieben sind.
Suche jetzt nicht nach den Antworten,
Die dir jetzt nicht gegeben werden können,
weil du noch nicht fähig wärst
sie zu leben.
Und es geht darum alles zu leben
Jetzt lebe die Fragen!
Vielleicht wirst du allmählich,
ohne es zu bemerken
eines fernen Tages
in die Antwort hineinwachsen.

R. M. Rilke

INHALT

1	Einleitung	7
2	Stand der Forschung	11
3	Quellen und Methoden	15
4	Kindereuthanasie in der NS-Zeit im Spiegel der historischen Forschung	18
4.1	Vorgeschichte und Propaganda	18
4.1.1	Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Eugenik	18
4.1.2	Der Euthanasiediskurs	22
4.1.3	Lebensbewertung und die Vorbereitung zur Euthanasie in der nationalsozialistischen Propaganda	30
4.2	Das Reichsausschussverfahren / Die Kinderfachabteilungen	39
4.3	Beispiele für Kinderfachabteilungen – Stätten der Euthanasie und Forschung	53
4.4	Die Haltung der Angehörigen sowie der Umgang mit ihnen am Beispiel Heidelberg	78
4.5	Der Einfluss der Kirche – zwischen Anpassung und Widerstand	85
4.6	Die Nachkriegszeit – Was wird aus den Tätern?	100
5	Wo stehen wir heute? Gesellschaft, klinische Praxis und moralphilosophischer Diskurs in der Reflexion	109
5.1	Der Umgang mit Behinderung im gesellschaftlichen Kontext – 1945 bis heute	109
5.2	Entscheidungskonflikte am Lebensbeginn	124
5.2.1	Die Einbecker Empfehlungen	124
5.2.2	Die Behandlungspraxis in Kliniken – Auswertung einer empirischen Untersuchung von Mirjam Zimmermann	128
5.3	Ethische Positionen	137
5.3.1	Die Position Singers – Jeder Mensch ist ersetzbar	137
5.3.2	Die Position Hoersters – Die Geburt als Grenze für das Recht auf Leben	141

5.3.3	Die Position Merkels – Die Entscheidung zwischen Leben und Tod als Interessensabwägung	145
6	Lernen aus der Geschichte? - Ethische Grundfragen und das Geschichtsargument in der Debatte um Früheuthanasie und selektive Abtreibung	149
6.1	Catel und Singer – Beklemmende Parallelitäten	149
6.2	Wer entscheidet?	153
6.3	Töten als ärztliche Handlung	158
6.4	Die Ambivalenz der Eltern	162
6.5	Die grundsätzliche Entscheidung über Lebenswert	164
6.6	Tödliches Mitleid – Die emotionale Komponente der Entscheidung	174
6.7	Das Slippery-Slope-Argument – Auf der schiefen Bahn von der Fragestellung des Lebensrechtes zur Praxis des Krankenmordes	179
6.8	Die Verschärfung der ökonomischen Situation	192
7	Die Heiligkeit des menschlichen Lebens – Sterbehilfe als Sterbebeistand	196
8	Diskussion	202
9	Zusammenfassung	209
10	Anhang – Persönliche Betroffenheit	220
11	Referenzen	223
11.1	Literaturverzeichnis	223
11.2	Einbecker Empfehlungen, revidierte Fassung 1992	243
11.3	§218 StGB Schwangerschaftsabbruch	246
11.4	§218 a StGB Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs	246
12	Lebenslauf	247
13	Danksagung	248

1 Einleitung

Der Umgang mit schwerstem Leid und Tod gehört zu den schwierigsten Kapiteln im menschlichen Leben. Der Wunsch, dem Elend schwer Leidender und Sterbender ein Ende zu setzen, die Reaktionen und Gefühle der Umstehenden, die es nicht länger mit ansehen können, sind so alt wie die Menschheit. Neu hingegen ist der gesellschaftliche und medizinische Kontext, in welchem dieselben Fragen heute im Rahmen der Diskussion um Euthanasie oder Sterbehilfe gestellt werden. Die gegenwärtige Auseinandersetzung ist einerseits gekennzeichnet vom hohen technischen Fortschritt mit seinen Verfahren der Lebensverlängerung, der modernen Apparatemedizin und andererseits vom gleichzeitig stattfindenden Auflösungsprozess festgefügtter Wertesysteme wie beispielsweise die Eingebundenheit in einen religiösen Glauben¹.

Insbesondere am Lebensbeginn, im Umgang mit schwerstbehinderten Neugeborenen, stellen sich diese Fragen mit besonderer Brisanz: Wann ist es sinnvoll, eine Behandlung abubrechen? Bei welchen Neugeborenen mit Behinderung führt man eine lebensrettende Maßnahme wie eine Operation durch und bei welchen nicht? Wie ist eine Schmerztherapie sinnvoll zu dosieren? Wer entscheidet und übernimmt damit die Verantwortung für Handlungen und Unterlassungen und ihre oft weitreichende Konsequenz? Darf man ein Kind mit einer schwersten Behinderung ohne Aussicht auf Besserung aus Mitleid unter Umständen auch töten?

In dieser Arbeit soll die ethische Debatte um den Umgang mit schwerstbehinderten Neugeborenen vor dem Hintergrund der Geschichte der nationalsozialistischen Kindereuthanasie beleuchtet werden.

„Es ist die Frage, ob wir aus der Geschichte zu lernen verstehen“,

sagte Alexander Mitscherlich (1908-1982) bereits 1947 als eines der Mitglieder der deutschen Ärztekommision, die im Auftrag der deutschen Ärztekammern den Nürnberger Prozess beobachtet hat.

¹ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus (1997): Euthanasie, S. 13.

„Ich glaube, daß wir einer solchen Aufgabe nicht Herr werden können, wenn wir uns allein moralisch [...] distanzieren. Dies ist gewiß ein Leichtes. Aber es ist nutzlos für uns, sobald wir an die dunkle Zukunft unseres Jahrhunderts denken, in dem sich vielleicht erneut Situationen ergeben könnten, die eine ähnliche Kälte und Achtlosigkeit gegenüber dem Lebensrecht im Augenblick schwächerer oder mißachteter Menschen mit sich brächten.“²

Mitscherlich betont in der Auseinandersetzung mit der Geschichte die Bedeutung der Involvierung der eigenen Person. Gelingt es nicht, uns in echter, persönlicher Weise mit diesen Fragen auseinanderzusetzen, ist die Gefahr einer Wiederholung jederzeit gegeben.

Lehrreich war in diesem Zusammenhang die Debatte um den australischen Philosophen Peter Singer (geb. 1946), die Ende der 1980er Jahre entbrannte und leider Beispiel gelten muss, wie die Aufarbeitung der Geschichte nicht geschehen sollte.

Singer wurde als Vertreter der aktiven Sterbehilfe bei schwerstbehinderten Neugeborenen aufgrund seiner Anschauungen heftig kritisiert. Aufgrund massiver Proteste der Behindertenverbände musste er bei Tagungen wieder ausgeladen werden und wurde zum Teil sogar tätlich angegriffen³.

Peter Singer wehrte sich publizistisch. Er gestand den Deutschen aufgrund ihrer Vergangenheit zwar eine besondere Empfindlichkeit zu, allerdings warnte er innerhalb der deutschen Euthanasiedebatte vor einem „ausgeprägten Fanatismus“, der in seiner Radikalität „der Geisteshaltung zu ähneln beginnt, die den Nationalsozialismus ermöglichte“⁴. Singer schob damit die ihm und seiner Philosophie zur Last gelegten Nazi-Analogie wiederum den Deutschen in die Schuhe – nicht unbedingt die bessere Antwort.

Dass die Geschehnisse in Deutschland aber auch bei Singer nicht ganz ohne Wirkung geblieben sind, lässt die Tatsache vermuten, dass in der 2. Auflage seiner Schrift „Praktische Ethik“, die 1994 veröffentlicht wurde, folgender Absatz nicht mehr erschien:

² Beide Zitate aus: Mitscherlich, Alexander (1947): Bericht über Nürnberger Ärzteprozeß, S. 52.

³ Vgl. Christoph, Franz (1989): (K)ein Diskurs über „lebensunwertes Leben“, S. 240-242.

⁴ Singer, Peter (1994): Wie man in Deutschland mundtot gemacht wird, S. 444.

„Die Nazis haben fürchterliche Verbrechen begangen; aber das bedeutet nicht, daß *alles*, was die Nazis taten, fürchterlich war. Wir können die Euthanasie nicht nur deshalb verdammen, weil die Nazis sie durchgeführt haben, ebensowenig wie wir den Bau von neuen Straßen aus diesem Grund verdammen könnten.“⁵

Zu hoffen bleibt, dass die Singer-Kontroverse dennoch zumindest den Effekt gehabt hat, dass das Reden über das Tabu der Euthanasie zu einem Reden über die Euthanasie selbst führte. Peter Singer stellte auch fest, dass der Versuch ihn „mundtot“ zu machen, seine „Praktische Ethik“ in Deutschland wesentlich populärer machte, als es akademische Vorträge jemals vermocht hätten⁶.

Wie man an diesem Beispiel sieht, erschöpft sich die Auseinandersetzung mit der Geschichte allzu leicht in der Suche nach den Schuldigen, nach Einzelpersonen, die für alles Übel verantwortlich gemacht werden können. Ungleich wichtiger ist es für die heutige Diskussion jedoch, zu untersuchen, inwieweit die Medizin als Wissenschaft und therapeutische Praxis in der damaligen Zeit lediglich instrumentalisiert wurde, oder ob es in den Traditionen des medizinischen Denkens und Handelns nicht vielleicht Aspekte - und insbesondere auch Wertsetzungen - gibt, die weit über die Zeitgrenzen 1933 und 1945 hinausreichen und die in irgendeiner Weise den grausamen Verbrechen an kranken Kindern, welche innerhalb dieser Zeitspanne geschehen sind, Vorschub geleistet haben.

Sollte es solche Aspekte geben, so ist es unsere Aufgabe sowohl als Medizinhistoriker, ganz besonders aber als praktizierende Mediziner, diese möglichst genau zu identifizieren, um eine möglichst hohe Sensibilität und Wachsamkeit für ethisch schwerwiegende Entscheidungsprozesse zu entwickeln.

Aus einer solchen historischen Analyse lassen sich keine direkten Handlungsanweisungen ableiten, sie kann aber auf Denk- und Handlungsmöglichkeiten, auf explizite und implizite Normen verweisen und so die zweifellos unentbehrliche, moralische Auseinandersetzung anregen und vertiefen⁷.

⁵ Singer, Peter (1984): Praktische Ethik, S. 210.

⁶ Singer, Peter (1991): Bioethik und akademische Freiheit, S. 319. Vgl. des Weiteren Leven, Karl-Heinz (1998): Die „NS-Euthanasie“, S. 17-21.

⁷ Vgl. Roelcke, Volker; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2000): Psychiatrische Forschung, S. 193f.

Zum Begriff Euthanasie

Der Begriff „Euthanasie“ findet sich bereits in der Antike, damals stand Euthanasie für einen leichten, schmerzlosen Tod. Seitdem wurde in den verschiedenen Epochen in unterschiedlichster Weise über Euthanasie gesprochen. Verständnis und Bewertung der Euthanasie waren in der Vergangenheit wie in der Gegenwart kontrovers. Seitdem im Dritten Reich Euthanasie als Synonym für schmerzlose Tötung unheilbar Kranker gebraucht und in schrecklicher Weise missbraucht wurde, wird im deutschsprachigen Raum für den Verzicht auf das Wort Euthanasie plädiert oder es wird zumindest in Anführungszeichen gesetzt. Ich werde in dieser Arbeit auf die Anführungszeichen verzichten, da der Euthanasiegedanke sich einerseits seit der Antike kontinuierlich fortentwickelt und sich nicht isoliert für den Nationalsozialismus betrachten lässt, andererseits das Wort Euthanasie sich nicht aus dem medizinischen und allgemeinen Sprachgebrauch entfernen lassen wird, international findet der Begriff breite Verwendung, auch in positiver Bedeutung⁸.

⁸ Vgl. Engelhardt, Dietrich von (1993): Euthanasie in historischer Perspektive, S. 16. Sowie Engelhardt, Dietrich von (2000): Euthanasie zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand, S. 3. Sowie Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 15-22. Vgl. außerdem Eibach, Ulrich (1976): Die Untauglichkeit des Begriffs Euthanasie, S. 267-270.

2 Stand der Forschung

Nach dem Untergang des NS-Regimes wurde der Neurologe Alexander Mitscherlich 1946 von den Ärztekammern der drei Westzonen mit der Leitung einer Kommission zur Beobachtung der „NS-Ärzteprozesse“ in Nürnberg beauftragt, „alles zu tun, um den Begriff der Kollektivschuld von der Ärzteschaft in der Presse und in der Öffentlichkeit abzuwenden“⁹. Im März 1947 erschien Mitscherlichs erste Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses „Das Diktat der Menschenverachtung: Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Quellen“, in der er allerdings, erschüttert von den Grausamkeiten, von denen er in den Prozessen erfahren hatte, über die Verbrechen deutscher Mediziner in den Konzentrationslagern berichtete¹⁰.

Nichtsdestotrotz haben sich über Jahrzehnte weder Ärzteschaft noch Öffentlichkeit in Deutschland dem Aufarbeiten und Befragen der Geschichte gestellt, sie verschlossen sich vielmehr gegen diesen mühsamen Lernprozess. Nicht nur die Berichterstattung der deutschen Ärztekommision stieß im Nachkriegsdeutschland auf wachsendes Desinteresse und Ablehnung seitens der Ärzte, beinahe die Hälfte der deutschen Ärzte waren Mitglieder der NSDAP gewesen und arbeiteten nach 1945 in ihrer überwiegenden Zahl nach nur kurzer Unterbrechung in ihrem Beruf weiter. Es ist deshalb auch nicht überraschend, dass es weder die Organisationen der Ärzte noch die universitären medizinhistorischen Institute waren, die die neue Hinwendung zur Geschichte ab Anfang der 1980er Jahre betrieben. Vielmehr waren es die Söhne und Enkel der Täter- und Mittätergeneration, die in den Krankenhäusern, in den psychiatrischen Anstalten und den Heimen für Behinderte arbeiteten und begannen, die Fragen aufzuwerfen, was hier, an dem Ort, wo sie heute arbeiteten, 40 oder 50 Jahre zuvor passiert war – ohne eigene Verstrickung und ohne Schuldzuweisung an die Väter und Mütter, aber mit weitreichenden Folgen für die heutige Debatte um Medizinethik.

⁹ Worte des Geschäftsführers der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Karl Haedenkamp. Vgl. Gerst, Thomas (1994): Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs, S. 1037.

¹⁰ Vgl. Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred (1947): Das Diktat der Menschenverachtung.

1983 schlossen sich erstmals in der Bundesrepublik haupt- und nebenamtliche Forscher zusammen, um die Geschichte der Zwangssterilisation und Euthanasie im Nationalsozialismus aufzuarbeiten, darunter Krankenpfleger, Ärzte, Theologen, Juristen, Pädagogen, Psychologen, Soziologen, Fachjournalisten und einige Historiker. Der von ihnen gegründete „Arbeitskreis zur Erforschung der Geschichte der Euthanasie und der Zwangssterilisation“ verstand sich als eine Art historiographische Selbsthilfegruppe, beschäftigte sich die universitäre zeitgeschichtliche Forschung zu diesem Zeitpunkt doch kaum mit der Rekonstruktion dieser Themen. Ein wesentliches Verdienst der seither eingesetzten breiten Erforschung der Medizin im Nationalsozialismus ist die Präsenz des Geschichtsarguments in der aktuellen medizinethischen Debatte. Diskussionen über Euthanasie, über medizinische Forschung ohne Einwilligung der Betroffenen und über Eingriffe in die Keimbahn des Menschen, sind nach Auschwitz und Hadamar besonders in Deutschland nicht mehr ohne Bezug auf die Geschichte möglich. Der Debatte um die Euthanasie kommt hierbei eine zentrale Rolle zu, nicht nur, weil sie derzeit weltweit eine Renaissance erlebt, sondern auch, weil in ihr die Frage nach dem Wert des menschlichen Lebens am radikalsten gestellt wird¹¹.

Zur Frage der Euthanasie im Allgemeinen und bei schwerstgeschädigten Kindern und Neugeborenen im Besonderen gibt es viele Veröffentlichungen. Hierbei seien aus der Fülle der Literatur insbesondere folgende erwähnt:

Als Stellungnahme unmittelbar nach dem Krieg sei hier stellvertretend der Aufsatz von Alice Platen-Hallermund „Die Wurzeln des Euthanasiegedankens“¹² erwähnt. Die Abhandlung von Karl-Heinz Leven „Die ‘NS-Euthanasie’ und die gegenwärtige Debatte um aktive Sterbehilfe“¹³ als auch der Sammelband von John Michalczyk „Medicine, Ethics, and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues“¹⁴ diskutieren die Gültigkeit des Nazi-Analogie-Vorwurfs in der gegenwärtigen Sterbehilfediskussion. Eine fundierte Darstellung zur Nazi-Analogie bietet auch der

¹¹ Vgl. Wunder, Michael (2000): Medizin und Gewissen, S. 250f.

¹² Platen-Hallermund, Alice (1948): Die Wurzeln des Euthanasiegedankens in Deutschland.

¹³ Leven, Karl-Heinz (1998): Die „NS-Euthanasie“ und die gegenwärtige Debatte um aktive Sterbehilfe, S. 9-23.

¹⁴ Michalczyk, John, J. (1994): Medicine, ethics, and the third Reich: historical and contemporary issues.

Aufsatz „Die Nazianalogie und die Debatten um Euthanasie“ von Michael Burleigh¹⁵, der das Geschichtsargument aber letztlich ablehnt.

Einen guten Überblick zur Entwicklung der neuen Euthanasiediskussion in Deutschland, USA und den Niederlanden gibt Michael Wunder in „Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund“¹⁶. In seinem Aufsatz „Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen“ verweist Wunder auf die Gemeinsamkeiten der nationalsozialistischen Euthanasiebewegung mit der heutigen Debatte um Euthanasie. Besonders die Sterbehilfe bei nichteinwilligungsfähigen Patienten sieht Wunder als äußerst problematisch¹⁷.

Klaus Dörner setzt sich in seinem Buch „Tödliches Mitleid“ auf sehr persönliche Weise mit den sozialgeschichtlichen Bedingungen der NS-Verbrechen auseinander¹⁸. Gemeinsam mit Ute Daub berichtet Dörner in „Tödliches Mitleid und bioethisches Kalkül“ über Ergebnisse ihres „Arbeitskreises zur Erforschung der Geschichte der Euthanasie und der Zwangsterilisation“. Besonders betonen die Autoren unsere Verantwortung, mit den neuen - uns weglauenden - technischen Errungenschaften einen angemessenen moralischen Umgang zu finden¹⁹.

Theo R. Payks Streitschrift „Töten aus Mitleid“ ist gegen die Freigabe der aktiven Sterbehilfe gerichtet. Payk plädiert vielmehr für die Entwicklung der palliativen, sterbebegleitenden Heil- und Pflegekunde und für eine Ausweitung der Hospizbewegung²⁰.

Aus theologisch-ethischer Sicht ist das Buch „Euthanasie“ von Markus Zimmermann-Acklin als umfassende Darstellung zur Euthanasie zu erwähnen²¹.

Von Bedeutung ist außerdem das Buch von Barbara Guckes zur „Slippery-Slope-Argumentation“, das eine sehr gute Darstellung der Problematik um Früheuthanasie bietet²².

¹⁵ Burleigh, Michael (2000): Die Nazianalogie und die Debatten zur Euthanasie, S. 408-423.

¹⁶ Wunder Michael (2000): Medizin und Gewissen, S. 250-275.

¹⁷ Wunder, Michael (1994): Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen, S. 26-34.

¹⁸ Dörner, Klaus (1988) Tödliches Mitleid.

¹⁹ Dörner, Klaus; Daub, Ute (1994): Tödliches Mitleid und bioethisches Kalkül, S. 35-50.

²⁰ Payk, Theo R. (2004): Töten aus Mitleid? Über das Recht und die Pflicht zu sterben.

²¹ Zimmermann-Acklin, Markus (1997): Euthanasie, Eine theologisch-ethische Untersuchung.

In der aktuell verfügbaren Literatur, die durch ihre Fülle kaum zu überschauen ist, wird das Thema der Euthanasie aus philosophisch-ethischer, aus juristischer oder aus medizinischer Sicht behandelt. Das „Geschichtsargument“, das heißt, die Bedeutung unserer nationalsozialistischen Vergangenheit für die aktuelle Debatte um Sterbehilfe wird zwar regelmäßig erwähnt, jedoch in keiner der Arbeiten detailliert untersucht. Sehr häufig geschieht der Bezug auf das „Dritte Reich“ in ganz unspezifischer Form, wobei der Nationalsozialismus lediglich als Signum des „absolut Bösen“ ins Spiel gebracht wird. Die Verfechter der Lockerung gesetzlicher Restriktionen im Bereich der Medizinethik, die sich z. B. für die Freigabe von Sterbehilfe und Früheuthanasie, medizinisch indizierter Abtreibung oder fremdnütziger Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten einsetzen, befassen sich nur am Rande mit der Medizin im Nationalsozialismus²³.

Wir wissen heute, dass kaum eine Berufsgruppe die nationalsozialistische Genozidpolitik so tief geprägt hat wie die Ärzte. In den meisten Bereichen der Verfolgung und Vernichtung - bei den Massenmorden an psychisch Kranken und geistig Behinderten, Juden, Sinti und Roma – nahmen Mediziner geradezu eine Schlüsselstellung ein. Vor allem im Hinblick auf die NS-Euthanasie ist hier besonders erstaunlich, dass alle daran beteiligten Ärzte freiwillig, die meisten sogar begeistert, mitwirkten und zwar nicht trotz, sondern wegen ihres ärztlichen Berufsethos. Die Schwerpunktverlagerung von der kurativen hin zu einer eugenisch orientierten, prophylaktischen Medizin, wie sie sich schon lange vor Beginn des Dritten Reiches abzeichnete, führte dazu, dass Heilen und Vernichten im Selbstverständnis der am Krankenmord beteiligten Ärzte zu Kehrseiten ein und derselben Medaille wurden²⁴.

²² Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene.

²³ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (2000): Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs, S. 388.

²⁴ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (2000): A. a. O., S. 389f.

3 Quellen und Methoden

Die vorliegende Arbeit „Lernen aus der Geschichte? Die Bedeutung der nationalsozialistischen Kindereuthanasie für die gegenwärtige Debatte um Sterbehilfe bei behinderten Neugeborenen“ folgt einem interdisziplinären Ansatz und verbindet somit Geschichtswissenschaften und Ethik.

Zunächst widmet sich die Arbeit der Rezeption des aktuellen historischen Forschungsstandes zur Kindereuthanasie im Nationalsozialismus unter Herausarbeitung ethisch relevanter Aspekte.

Bei der verwendeten geschichtlichen Literatur handelt es sich zum einen Teil um historische Primärquellen, wie zum Beispiel die Schrift zur Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens von Binding und Hoche oder die Propagandahefte „Volk und Rasse“ aus den 1930er Jahren²⁵. Auch die Abhandlung von Ewald Meltzer aus dem Jahre 1925 ist in diesem Zusammenhang für die Kindereuthanasie als besonders bedeutend zu nennen²⁶.

Zum anderen Teil wird historische Sekundärliteratur, wie die Forschungsarbeiten zur Kindereuthanasie von Udo Benzenhöfer oder Thomas Beddies, verwendet²⁷.

Mittels systematischer Recherche über die entsprechenden Fachkataloge der Bayerischen Staatsbibliothek und der Universitätsbibliothek der Ludwigs-Maximilians-Universität München wird von weiterer spezieller Fachliteratur Gebrauch gemacht.

Außerdem wird mit Bibliographien gearbeitet, hier sei insbesondere die Bibliographie zu Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung lebensunwerten Lebens von Christoph Beck²⁸ erwähnt.

Im zweiten Schritt wird die gegenwärtige Argumentation der Debatte um Neugeborenenethanasie in Deutschland erarbeitet.

²⁵ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, „Volk u. Rasse“, Oktober 1933, 8. Jahrgang, Heft 2 bzw. Heft 6.

²⁶ Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens.

²⁷ Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hg.) (2004): Kinder in der NS-Psychiatrie.

²⁸ Beck, Christoph (1995): „Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung lebensunwerten Lebens“ – Eine Bibliographie.

Hierzu werden empirische Arbeiten wie die Studie zum Umgang mit schwerstgeschädigten Neugeborenen in deutschen Kliniken von Mirjam Zimmermann²⁹ und verschiedene sozialwissenschaftliche Studien zur Einstellung der Gesellschaft zu Behinderten heute³⁰ berücksichtigt.

Zum Anderen werden ethische Arbeiten von drei wichtigen Autoren zur Frage der Früheuthanasie dargestellt. Peter Singer, Norbert Hoerster und Reinhard Merkel vertreten unterschiedliche ethisch-philosophische sowie juristische Positionen und Argumentationsmodelle zur Frage der „Früheuthanasie“³¹.

Anhand der vorliegenden geschichtlichen und ethischen Literatur werden schließlich innerhalb des aktuellen ethischen Diskurses Argumente herausgearbeitet, die sich aus der Geschichte der Kindereuthanasie ableiten lassen und die es ermöglichen, am Beispiel der Geschichte, für die heutigen Fragestellungen um Sterbehilfe am Lebensbeginn zu lernen.

Hierbei wird auf Arbeiten, die sich innerhalb des aktuellen ethischen Diskurses mit dem Geschichtsargument beschäftigen, wie der Sammelband von Andreas Frewer und Clemens Eickhoff³², sowie die Arbeiten von Michael Wunder, Klaus Dörner und Ute Daub³³, eingegangen.

Des Weiteren wird die Bedeutung des Slippery-Slope-Arguments – des Arguments der Schiefen Ebene – für die heutige Debatte um Früheuthanasie, insbesondere in der Auseinandersetzung mit der Arbeit von Barbara Guckes³⁴, eingehend behandelt.

Besonderer Wert wird auf die differenzierte Formulierung des Geschichtsarguments anhand epochenübergreifender Strukturmomente gelegt. Die damaligen Gegebenheiten, die der NS-Kindereuthanasie den Weg bereiteten und diese schließlich ermöglichten, werden mit unserem heutigen gesellschaftlichen Kontext

²⁹ Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe?.

³⁰ Z. B. Fries, Alfred (2005): Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen, Jansen, Gerd W. (1972): Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten.

³¹ Peter, Singer (1994): Praktische Ethik, Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene und das Recht auf Leben, Merkel, Reinhard (2001): Früheuthanasie.

³² Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (2000): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte.

³³ Daub, Ute; Wunder, Michael (1994): Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde, Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid.

³⁴ Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene.

und der wieder aufkommenden Debatte um Früheuthanasie verglichen und auf strukturelle Übereinstimmungen detailliert untersucht.

Auf der Basis dieser Gegenüberstellung werden Argumente entwickelt, die für einen bedachten und wachsamem Umgang mit heutigen Entscheidungen bezüglich der Legitimation der Früheuthanasie lehrreich sein können.

4 Kindereuthanasie in der NS-Zeit im Spiegel der historischen Forschung

4.1 Vorgeschichte und Propaganda

4.1.1 Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Eugenik

Der Sozialdarwinismus gründet ursprünglich auf der Lehre des Naturforschers Charles Darwin (1809-1882), der 1859 sein epochales Werk „On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life“ („Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe ums Dasein“) veröffentlichte³⁵. Darwin untersuchte die Entwicklungsmechanismen von einfachsten Lebewesen bis hin zum Menschen und entwickelte so seine Abstammungslehre von Lebewesen, den Darwinismus. Er beobachtete, dass sich einzelne Individuen einer Rasse oder Art aufgrund besserer Anpassung an die Umwelt vermehrt durchsetzen. Diesen Vorgang beschrieb Darwin als struggle for life (dt.: Kampf ums Dasein). Die Lebewesen, die sich den Anforderungen des Kampfes ums Dasein am besten anpassen können, gelangen aufgrund ihrer körperlichen Überlegenheit vermehrt zur Fortpflanzung und allmählich entsteht so eine neue Spezies. Darwin steht somit für das Prinzip Evolution durch Selektion.

Der Begriff des Sozialdarwinismus wurde Mitte des 19. Jahrhunderts vom bedeutenden Zoologen Ernst Haeckel (1834-1919) begründet. Er übertrug die aus der Evolutionslehre Darwins gewonnenen Erkenntnisse auf die Entwicklung der menschlichen Gesellschaft. Haeckel postulierte die universale Gültigkeit der Naturgesetze sowohl im Hinblick auf den Menschen als auch auf die Gesellschaft. In

³⁵ Vgl. Darwin, Charles (1859): On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of the favoured races in the struggle of life. - Dt. Ausgabe: Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe um's Dasein. Vgl. Schallmayer, Wilhelm (1918): Vererbung und Auslese. Aus der Fülle der Sekundärliteratur seien genannt: Hedwig Conrad-Martius (1955): Utopien der Menschengzucht, Zmarzlik, Hans-Günther (1963): Der Sozialdarwinismus in Deutschland als geschichtliches Problem, S. 246-273. Baader, Gerhard (1980): Zur Ideologie des Sozialdarwinismus, S. 102-112. Weingart, Peter; Kroll, Jürgen; Bayertz, Kurt (1988): Rasse, Blut und Gene, Weindling, Paul (1989): Health, race and German politics between national unification and nazism, 1870-1945.

seinen Werken „Natürliche Schöpfungsgeschichte“³⁶ (1868) und „Welträtsel“³⁷ (1908) erreichte Haeckel durch dutzende Auflagen große Aufmerksamkeit und machte seine Erkenntnisse in der breiten Öffentlichkeit bekannt.

In der zweiten Auflage der „Natürlichen Schöpfungsgeschichte“ von 1870 fügte Haeckel in die Neuausgabe eine längere Passage ein, in der er feststellte, dass die „künstliche Züchtung“ des Menschen durchaus positive Folgen haben könne. Er verwies auf die Tötung behinderter Kinder im antiken Sparta und bei den Indianern Nordamerikas:

„Ein ausgezeichnetes Beispiel von der künstlichen Züchtung der Menschen in großem Maßstab liefern die alten Spartaner, bei denen auf Grund eines besonderen Gesetzes schon die neugeborenen Kinder einer sorgfältigen Musterung und Auslese unterworfen werden mußten. Alle schwächlichen, kränklichen oder mit irgendeinem körperlichen Gebrechen behafteten Kinder wurden getötet. Nur die vollkommen gesunden und kräftigen Kinder durften am Leben bleiben, und sie allein gelangten später zur Fortpflanzung. Dadurch wurde die spartanische Rasse nicht allein beständig in auserlesener Kraft und Tüchtigkeit erhalten, sondern mit jeder Generation wurde ihre körperliche Vollkommenheit gesteigert [...] Auch manche Stämme unter den rothen Indianern Nordamerika's, die gegenwärtig im Kampfe um's Dasein den übermächtigen Eindringlingen der weißen Rasse trotz heldenmüthigster Gegenwehr erliegen, verdanken ihren besonderen Grad von Körperstärke und kriegerischer Tapferkeit einer ähnlichen sorgfältigen Auslese der neugeborenen Kinder.“³⁸

Ob Haeckel diese historischen Beispiele für direkt übertragbar auf die moderne Gesellschaft hielt, beantwortete er nicht direkt, eine Tendenz lässt sich jedoch erkennen, denn Haeckel mokierte sich geradezu darüber, mit welchem „Schrei der Entrüstung“ die moderne Zivilisation einem eventuellen Vorschlag zur Tötung neugeborener behinderter Kinder begegnen würde³⁹. Er beurteilte das Modell der Tötung „schwacher“ bzw. behinderter Kinder bereits 1870 als durchaus positiv, doch vermied er zu diesem Zeitpunkt noch eine eindeutige Festlegung. Später wurde Haeckel in seinem Buch „Die Lebenswunder“ dann wesentlich deutlicher und trat explizit für die Kindereuthanasie ein⁴⁰.

³⁶ Haeckel, Ernst (1868): Natürliche Schöpfungsgeschichte.

³⁷ Haeckel, Ernst (1908): Die Welträtsel.

³⁸ Haeckel, Ernst (1868): Natürliche Schöpfungsgeschichte, S. 152f.

³⁹ Haeckel, Ernst (1868): A. a. O., S. 155.

⁴⁰ Haeckel, Ernst (1904): Die Lebenswunder, S 23. Vgl. Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 82.

Innerhalb der Theorie des Sozialdarwinismus entstand Ende des 19. Jahrhunderts die Idee der Eugenik.

Die Eugenik ist eine Wissenschaft, deren Ziel es ist, durch gute „Zucht“ den Anteil positiv bewerteter Erbanlagen in einer Gesellschaft zu vergrößern, die „Ausscheidung der Schwachen“ war ein diskutierter Weg zu diesem Ziel.

Der eugenische Gedanke wurde in England bereits in den 1860er Jahren von W. Greg (1809-1881), A. R. Wallace (1823-1913) und F. Galton (1822-1911) vorgeformt. Vor allem Francis Galton, ein Vetter Darwins, entwickelte seit Mitte der 1860er Jahre die Grundzüge einer neuen Lehre, deren Ziel es war, die angeborenen Eigenschaften einer Rasse zu verbessern und zur Vollkommenheit zu entwickeln.

In seinem 1883 veröffentlichten Werk „Inquiries into Human Faculty and Its Development“⁴¹ entfaltete Galton eine wenig konkrete Programmatik, die als negative Elemente etwa die Absonderung von Gewohnheitsverbrechern oder die Einschränkung der Fortpflanzung von Geistesschwachen und -kranken enthielt⁴².

In der Diskussion um Eugenik wurde eine direkte Aufforderung zur Tötung oder „Ausscheidung“ zwar meist vermieden, jedoch schuf eine verbreitete Rede von Rassenverfall, Degeneration, Entartung, Minderwertigkeit und Schwäche ein geistiges Umfeld, in dem Gedanken an die Vernichtung lebensunwerten Lebens gut gedeihen konnten⁴³.

Für die philosophische Debatte um Eugenik bedeutend war vor allem Friedrich Nietzsche (1844-1900), der sich im Zuge seiner philosophischen „Umwertung aller Werte“ auch mehrmals zur Problematik des „besten Todes“ und der „Ausscheidung der Schwachen“ äußerte. In seinem Buch „Fröhliche Wissenschaft“ von 1882 hat ein Abschnitt mit der Überschrift „Heilige Grausamkeit“ die Tötung missgestalteter Kinder zum Thema:

„Zu einem Heiligen trat ein Mann, der ein eben geborenes Kind in den Händen hielt. 'Was soll ich mit dem Kinde machen?' fragte er, 'es ist elend, missgestaltet und hat nicht genug Leben, um zu sterben.' 'Töde es, rief der Heilige mit schrecklicher Stimme, tödte es und halte es dann drei Tage und drei Nächte lang in deinen Armen,

⁴¹ Galton, Francis (1873): *Inquiries into human faculty and its development*, vgl. des Weiteren: Galton, Francis (1862): *Hereditary genius. An inquiry into its laws and consequences*.

⁴² Schmuhl, Hans-Walter (1987): *Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie*, S. 30.

⁴³ Benzenhöfer, Udo (1999): *Der gute Tod?*, S. 85.

auf dass du dir ein Gedächtnis machest: - so wirst du nie wieder ein Kind zeugen, wenn es nicht an der Zeit für dich ist, zu zeugen.' – Als der Mann diess gehört hatte, gieng er enttäuscht davon; und Viele tadelten den Heiligen, weil er zu einer Grausamkeit gerathen hatte, denn er hatte gerathen, das Kind zu tödten. 'Aber ist es nicht grausamer, es leben zu lassen?' sagte der Heilige."⁴⁴

Lässt man die erzählerische Mystifizierung außer acht, bleibt die Kernaussage in Bezug auf missgestaltete Kinder: Sie können und dürfen – mit voller Billigung der Gesellschaft - von ihren Eltern getötet werden. Nietzsches Philosophie war also die Kategorie „lebensunwertes Leben“ nicht fremd⁴⁵.

Mit dem Erscheinen des Buches „Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen“ von Alfred Ploetz (1860-1940) im Jahre 1895 wurde die bis dahin rein ethisch-philosophisch geführte Diskussion um Rassenhygiene in Deutschland mit einem Mal auch eine medizinische.

als einflussreichster Autor auf diesem Gebiet prägte der Mediziner Alfred Ploetz den Begriff der „Rassenhygiene“ als deutsches Synonym für Eugenik.

Er entwarf in seinem Buch das Bild einer Gesellschaft, in der eugenische Ideen zur Anwendung kommen. So werden Heiratsmöglichkeiten und Kinderzahl eines Paares abhängig von moralischen und intellektuellen Fähigkeiten. Kranke und Schwache, Zwillinge und Kinder, deren Eltern nach Ploetz` Ansicht zu alt oder zu jung sind, werden „ausgemerzt“.

Als ein Element des „idealen Rassenprozesses“ sah Ploetz auch die Tötung missgebildeter und schwacher Kinder an und formulierte so erstmals die direkte Forderung zur Kindereuthanasie:

„Stellt es sich [...] heraus, daß das Neugeborene ein schwächliches oder mißgestaltetes Kind ist, so wird ihm von dem Aezte [sic] - Collegium, das über den Bürgerbrief der Gesellschaft entscheidet, ein sanfter Tod bereitet, sagen wir durch eine kleine Dose Morphium.“⁴⁶

⁴⁴ Nietzsche, Friedrich (1882): Fröhliche Wissenschaft, S. 430.

⁴⁵ Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 89.

⁴⁶ Ploetz, Alfred (1895): Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, S. 144.

4.1.2 Der Euthanasiediskurs

Ebenfalls im Jahr 1895 veröffentlichte Adolf Jost⁴⁷, Student der Philosophie, Mathematik und Physik, die Streitschrift „Das Recht auf den Tod“. Jost, der zum Zeitpunkt der Publikation gerade Anfang zwanzig war, fühlte sich als moralischer Erneuerer in einem Bereich, den er für gesellschaftlich äußerst relevant hielt⁴⁸. Die zentrale Frage, die ihn beschäftigte, lautete:

„Giebt es Fälle, in welchen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswerth ist?“⁴⁹

In erster Linie ging es Jost um das Problem der „unheilbar geistig oder körperlich Kranken“. Zentral für seine Argumentation war hierbei der „Wert des Lebens“. Der Wert eines Menschenlebens setze sich aus zwei Faktoren zusammen:

„Der erste Faktor ist der Werth des Lebens für den betreffenden Menschen selbst, also für die Summe von Freud und Schmerz, die er zu erleben hat. Der zweite Faktor ist die Summe von Nutzen oder Schaden, die das Individuum für seine Mitmenschen darstellt.“⁵⁰

Jost argumentierte nach utilitaristischer Sicht, indem er den Wert eines Menschenlebens für den Betroffenen selbst nach seiner Schmerz-Lust-Bilanz beurteilte. Aus Mitleid wollte Jost den Kranken, in dessen Leben der Schmerz eindeutig überwiege, dann von seinem Leid erlösen. Der Geisteskranke führe in Tausenden von Fällen, „überhaupt in der Regel, nicht nur ein nutzloses, sondern auch ein höchst qualvolles Leben“⁵¹, von daher habe er auch ein „Recht auf den Tod“, behauptete er. Jost betonte des Weiteren den materiellen Schaden, den die Pflege eines Kranken der Gesellschaft zufüge. Zwar dürfe dieses materielle Motiv nicht ausschlaggebend sein für die Tötung eines Kranken, im Falle eines unheilbar

⁴⁷ Lebensdaten unbekannt.

⁴⁸ Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 93.

⁴⁹ Jost, Adolf (1895): Das Recht auf den Tod, S. 1.

⁵⁰ Jost, Adolf (1895): A. a. O., S. 13.

⁵¹ Jost, Adolf (1895): A. a. O., S. 16.

Kranken treffe jedoch beides zusammen, argumentierte er, das Mitleid und das Interesse der Gesellschaft fordern den Tod⁵².

Josts Stimme äußerte sich aus einer zunehmend kritischen Stimmung gegenüber dem Sozialstaat. Das ausgehende 19. Jahrhundert, eine Zeit des gesellschaftlichen Wandlungsprozesses vom Agrar- zum Industriestaat und ein damit einhergehender gesellschaftlicher Wertewandel, war ein fruchtbarer Boden für massive Kritik am groß angelegten Ausbau der Heil- und Pflegeanstalten und die Zunahme der dort untergebrachten Kranken. Auch materielle Verteilungskonflikte kamen zunehmend zur Sprache. Insgesamt blieb zur Zeit der Jahrhundertwende das finanzielle Motiv jedoch am Rande der Diskussion und das Mitleidsmotiv wurde gezielt in den Vordergrund gestellt.

Sowohl die Einführung des äußerst problematischen Begriffs des Rechts auf den Tod als auch der Hinweis auf die horrenden Kosten, die unheilbar Kranke der Gesellschaft verursachen würden, waren für die folgende Diskussion wichtig und machten Josts Streitschrift sehr bedeutend für die Entwicklung des Euthanasie-Diskurses.

Wie bereits erwähnt äußerte sich Ernst Haeckel 1868 in der zweiten Ausgabe seiner „Natürlichen Schöpfungsgeschichte“ noch relativ vorsichtig zur Kindereuthanasie, in seinem vielgelesenen Werk „Die Lebenswunder“, das 1904 erschien, gab er diesbezüglich jede Zurückhaltung auf. Er lobte nun ausdrücklich die Praxis der Tötung behinderter Kinder in der Antike und wollte die Kindereuthanasie von vornherein aus dem juristischen Bereich der Tötungsdelikte „hinausdefinieren“⁵³, denn das Gehirn eines Neugeborenen sei seiner Ansicht nach so wenig entwickelt, dass man hier nicht von einem „menschlichen Geiste“ sprechen könne:

„Es kann daher auch die Tötung von neugeborenen verkrüppelten Kindern [...] vernünftiger Weise gar nicht unter den Begriff des Mordes fallen, wie es noch in unseren modernen Gesetzbüchern geschieht. Vielmehr müssen wir dieselbe als eine zweckmäßige, sowohl für die Beteiligten wie für die Gesellschaft nützliche Maßregel billigen.“⁵⁴

⁵² Jost, Adolf (1895): A. a. O., S. 18.

⁵³ Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 96.

⁵⁴ Haeckel, Ernst (1904): Die Lebenswunder, S 23.

Auch zur Tötung auf Verlangen und der Vernichtung lebensunwerten Lebens äußerte sich Haeckel bejahend.

Durch die sehr hohen Auflagen und die breit angelegte Leserschaft, die Haeckel mit den „Lebenswundern“ erreichte, wurde er, wie Benzenhöfer es formuliert, zum Propagandisten der Freigabe der Kindereuthanasie, der Tötung auf Verlangen und der Vernichtung lebensunwerten Lebens⁵⁵. 1906 gründete Haeckel den „Deutschen Monistenbund“. Dieser vor allem aus Akademikern bestehende Bund umfasste bald 6000 Mitglieder. Die Zeitschrift des Bundes erschien seit 1912 unter dem Titel „Das monistische Jahrhundert“. Den Ausgangspunkt der monistischen Euthanasie-Debatte bildete eine Veröffentlichung in dieser Zeitschrift vom 17.5.1913. Es handelte sich um einen Brief von Roland Gerkan, einem schwer lungenkranken jungen Mann, in dem dieser einen Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe zur Diskussion stellte und leidenschaftlich für die Freigabe der Tötung auf Verlangen bei unheilbar kranken Menschen eintrat.

„Es ist psychologisch leicht zu erklären, daß gesunde und rüstige Menschen der Euthanasie-Frage ursprünglich nur lau und gleichgültig gegenüberstehen. Erst wenn sie einen nahestehenden Menschen hoffnungslos leiden sehen oder gar selber in die Lage kommen, sich den Tod als Erlöser ersehnen zu müssen, - erst durch solche Erfahrung und Gefühlsbetonung offenbart sich das Problem in seiner ganzen Wucht, seiner erschütternden Lebendigkeit und Tragik. [...] doch [...] als zunehmende Schwäche und Atemnot mich vor bald drei Jahren endgültig auf das Krankenbett niederzwangen, begann ich intensiv unter dem Gedanken zu leiden, daß Gesetz und Sitte die Euthanasie verpönen [...] nebenan in der Apotheke ist für wenige Pfennige das Mittel zu haben, das mir Ruhe und Erlösung schaffen könnte. Doch nein, das ist nichts für mich: ich bin doch kein Haustier! Ich bin Mensch und muß ausharren bis zuletzt, weil das so üblich ist.“⁵⁶

Die aus einem individuellen Schicksal heraus geradezu anrührenden Worte Gerkans erregen Mitleid: Der lebensüberdrüssige, unheilbar kranke Mensch wird von einer überkommenen Rechtsordnung daran gehindert, von seinem Leben erlöst zu werden. Grausamer als ein Tier lasse die Gesellschaft ihn leiden. Doch bedeutend sind die Worte, die er unmittelbar anschließt. Sie enthüllen den Zeitgeist, der entscheidend dazu beigetragen haben muss, dass Gerkan sich eine Beendigung seines Lebens wünschte:

⁵⁵ Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 97.

⁵⁶ Gerkan, Roland (1913): Euthanasie, S. 172f.

„Zu all dem gesellt sich noch das peinigende Bewusstsein, dass ich meinen Angehörigen schwer zur Last falle. Wenn auch die Opfer an Zeit, Arbeitskraft und Geld mir gern und mit liebevoller Hingebung gebracht worden – ein schädlicher Schmarotzer bleibe ich darum doch. Welch eine herzerreißende und dabei doch groteske Energievergeudung, wenn man Aufwand und Erfolg gegeneinander abwägt!“⁵⁷

Nur der arbeitsfähige und gesunde Mensch hat ein uneingeschränktes Recht auf Leben. Schwäche, Krankheit, Verlust der Arbeitskraft und Abhängigkeit von der Zuwendung anderer gelten als Faktoren, die ein menschliches Leben wertlos werden lassen⁵⁸.

Die Veröffentlichung Gerkans Briefes löste eine rege Diskussion aus, sowohl in juristischen Kreisen als auch unter Medizinern. Dabei gab es sowohl Zustimmung als auch Kritik.

Neben dieser Euthanasie-Debatte im Umfeld des Monismus entstand nach der Jahrhundertwende auch eine fachjuristische Diskussion um die Freigabe der Tötung auf Verlangen, jedoch ohne Ergebnis. Der §216 des RStGB von 1871, der die Tötung auf Verlangen strafrechtlich verbietet, blieb erhalten⁵⁹.

In den 1920er Jahren erfuhr die Debatte um die Euthanasie dann vor allem eine inhaltliche Schwerpunktverschiebung: Die Diskussion um die Tötung auf Verlangen verlagerte sich immer stärker auf die Vernichtung lebensunwerten Lebens⁶⁰, was eine Verschiebung von der freiwilligen zur unfreiwilligen Euthanasie bedeutet.

Nicht mehr das Recht des Individuums zur Selbstverfügung über das eigene Leben stand im Vordergrund, sondern das etwaige Recht der Gesellschaft - wie bereits von Jost vorgedacht - über als sinn- und wertlos definiertes Leben zu verfügen⁶¹.

Diese Schwerpunktverschiebung wurde maßgeblich durch die Schrift „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ des Juristen Karl Binding (1841-1920) und des Psychiaters Alfred Hoche (1865-1943) beeinflusst. Mit der Stellungnahme dieser

⁵⁷ Gerkan, Roland (1913): A. a. O., S. 173.

⁵⁸ Wilmanns, Juliane C.; Hohendorf, Gerrit (2007): Der Verlust des Mitgefühls in der Psychiatrie, S. 195f.

⁵⁹ Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod?, S. 98-100. Vgl. auch: Große-Vehne, Vera (2005): Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), 'Euthanasie' und Sterbehilfe.

⁶⁰ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, S. 114.

⁶¹ Kaminsky, Uwe (1995): Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, S. 295.

beiden angesehenen Experten im Jahre 1920 wurde die Thematik durch die Stellungnahme zunehmend öffentlich diskutiert. Das Buch bildete die Legitimationsquelle für weitere Diskussionen und daran anknüpfende politische Vorstöße. Roelcke bezeichnete dieses Buch als „Katalysator“ für Programm und letztendliche Praxis der nationalsozialistischen Krankentötungen⁶².

Im ersten Teil der Schrift äußerte sich Karl Binding zur Sterbehilfe, die er mit dem Begriff Euthanasie bezeichnet wissen wollte. Binding verstand unter dem Begriff der reinen Euthanasie folgendes:

„dem innerlich Kranken oder dem Verwundeten steht der Tod von der Krankheit oder der Wunde, die ihn quält, sicher und zwar alsbald bevor, so daß der Zeitunterschied zwischen dem infolge der Krankheit vorauszusehenden und dem durch das unterschobene Mittel verursachten Tode nicht in Betracht fällt [...]“⁶³

Binding forderte die Legitimation der aktiven Sterbehilfe für Schwerkranke und Kriegsverwundete durch die Gabe von Morphium. Dass die Sterbephase durch Tötung seitens des Arztes abgekürzt werde, sah Binding erstaunlicherweise gar nicht als juristisches Problem. Er nannte die „Tötungshandlung“, die man einem ohnehin dem Tod Geweihten zukommen lassen müsse, „in Wahrheit eine reine Heilhandlung“⁶⁴, bei der es auf die Einwilligung des Patienten gar nicht ankomme⁶⁵.

Die Kernfrage Bindings lautete jedoch:

„Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaften des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?“⁶⁶

Binding beantwortete diese Frage für drei Personengruppen positiv: Erstens für die „zufolge Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen, die im vollen Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen“, zweitens die „unheilbar Blödsinnigen“, die „weder den Willen zu leben, noch zu sterben“ haben; und drittens die „geistig gesunden Persönlichkeiten, die durch irgendein Ereignis [...] bewusstlos

⁶² Roelcke, Volker (2004): „Lebensunwertes Leben“ und Rechtfertigung zum Töten, S. 14f.

⁶³ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 17.

⁶⁴ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): A. a. O., S. 18.

⁶⁵ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): A. a. O., S. 19.

⁶⁶ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): A. a. O., S. 27.

geworden sind, und die, wenn sie aus ihrer Bewusstlosigkeit noch einmal erwachen sollten, zu einem namenlosen Elend erwachen würden“⁶⁷.

An anderer Stelle stellte Binding das tausendfache Sterben lebensstarker Jugend an der Front oder fleißiger Arbeiter in den Bergwerken neben die sorgfältige Pflege „negativ zu wertender Existenzen“ der „Idioteninstitute“⁶⁸.

Dieser Rentabilitätsgedanke wurde später in der nationalsozialistischen Propaganda mit Vorliebe aufgegriffen: Menschenleben, die der Gesellschaft durch notwendige Pflege finanziell zur Last fielen, wurden gegen Menschenleben aufgewogen, die dem Staat von Nutzen waren. Auch der Begriff des „lebensunwerten“ Lebens stammte ursprünglich von Binding und Hoche und wurde in das Vokabular des Nationalsozialismus integriert.

Im zweiten Teil der „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ fügte Alfred Hoche als Psychiater und Neuropathologe „Ärztliche Bemerkungen“ an. Hoche erstellte einen Katalog, der festlegte, welche Kranken zu den „unheilbar Blödsinnigen“ gehörten. Hierunter fielen einerseits demenzielle Veränderung des Gehirns im Jugend- und Erwachsenenalter, andererseits angeborene Missbildungen des kindlichen Gehirns.

Hoche prägte Begriffe wie „Ballastexistenzen“ und „geistig Tote“, die später im Nationalsozialismus gerne aufgegriffen wurden⁶⁹. „Geistig tot“ nennt Hoche Menschen mit angeborenen oder erworbenen Hirnmissbildungen, die zu geistiger Beeinträchtigung führen. Diese Menschen können im Gefüge der menschlichen Gesellschaft keine produktive Leistung bringen, seien auf Versorgung durch Dritte angewiesen und ihre Existenz laste somit, vor allem finanziell, auf der Allgemeinheit⁷⁰. Durch das Fehlen eines Selbstbewusstseins, stehe ein „geistig Toter“ auf einer Stufe mit einem Tier und habe daher subjektiv keinen Anspruch auf Leben⁷¹.

⁶⁷ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): A. a. O., S. 29-33.

⁶⁸ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): A. a. O., S. 27.

⁶⁹ Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 25.

⁷⁰ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 51f., S. 57.

⁷¹ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): A. a. O., S. 57f.

Die später praktizierte Kindereuthanasie findet hier ihren ideologischen Ursprung, wurde von Hoche jedoch nicht explizit legitimiert. Wie bedeutend das Werk Hoches und Bindings für die nachfolgende Entwicklung der Euthanasie war, macht die Tatsache deutlich, dass sich später praktisch alle Ausführenden im Euthanasieprogramm auf die Schrift Bindings und Hoches beriefen⁷².

Für die Diskussion nicht unbedeutend ist auch die Stimme der Sozialdemokratin Oda Olberg-Lerda, da sie eine der wenigen affirmativen Stellungnahmen der sozialdemokratischen Seite darstellt. Mitte der zwanziger Jahre bezog Olberg öffentlich Stellung gegen die Pflege unheilbar Geisteskranker und brachte die Euthanasie als verantwortungsvolle Lösung in die Diskussion:

„Wenn wir sicher wären, daß die Achtung vor dem wirklichen Menschenleben tief und fest in uns wurzelte, dann würden wir den Mut der Verantwortung in uns fühlen, dem missgestalteten Neugeborenen das Dasein zu ersparen, dem das Ende herbeisehnenden Krebskranken sein Sehnen zu erfüllen, dem Irren den langen qualvollen Weg zur Ruhe abzukürzen.“⁷³

Gleichwohl Stimmen wie jene Olbergs für die veröffentlichte Meinung der Sozialdemokraten keineswegs repräsentativ waren, zeugt die Stellungnahme Olbergs doch von einem breiteren gesellschaftlichen Spektrum, dem der Euthanasiegedanke annehmbar erschien. Gerade innerhalb der Arbeiterbewegung wurde die Vernichtung unwerten Lebens vereinzelt angedacht⁷⁴.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Umfrage von Ewald Meltzer (1869-1940)⁷⁵. Der Direktor des Katharinenhofs, einer Einrichtung für geistig behinderte Kinder in Sachsen, war ein Gegner der Euthanasie – obwohl er die Tötung auf Verlangen befürwortete - und wollte mit seiner Umfrage im Jahre 1920 die Zustimmungsbereitschaft der Eltern zu einer Freigabe der Euthanasie ihrer behinderten Kinder eruieren. Er verschickte 200 Fragebögen an die Eltern seiner im Heim lebenden „idiotischen“ Kinder, mit der Frage wie sie zur schmerzlosen Beseitigung ihrer Kinder stünden. Von 162 Eltern, die antworteten, äußerten sich nur

⁷² Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 20.

⁷³ Olberg, Oda (1926): Die Entartung in ihrer Kulturbedingtheit, S. 40, Anmerkung 2.

⁷⁴ Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“ –Debatten, S. 637.

⁷⁵ Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 85-101.

19 ganz eindeutig *gegen* die Tötung ihrer Kinder. Das hatte selbst Meltzer nicht erwartet.

Die Meltzer-Umfrage fand in interessierten Kreisen starke Beachtung und beeinflusste sogar in Hitlers Umfeld die Überlegungen zur Durchführung der Euthanasie. Angedacht wurde eine Erlösung der Kinder ohne direkte Beteiligung der Eltern.

Das Ergebnis Meltzers muss ebenfalls als ein Hinweis dafür verstanden werden, dass die damalige Stimmung in der Gesellschaft und vor allem die Notsituation nach dem 1. Weltkrieg wesentlich dazu beitrugen, Fragen wie die der Euthanasie aufkommen zu lassen.

Mehrheitlich akzeptabel und politikfähig wurden die Forderungen Bindings und Hoches zur Zeit der Weimarer Republik jedoch noch nicht. Befürworter der Euthanasie im Sinne einer Lebensvernichtung waren hier klar in der Minderheit. Die damals dominierenden Kräfte in den Parlamenten und Parteien vertraten ihre Ablehnung solcher Vorstellungen deutlich und verhinderten so eine Realisierung des Euthanasiegedankens⁷⁶.

Die Errichtung der NS-Diktatur 1933 stellt insofern eine bedeutende politische Zäsur dar. Gerade für die Euthanasie-Diskussion bedeutete dieser Regimewechsel einen nicht zu unterschätzenden Bruch im Sinne einer „Enthemmung“⁷⁷.

Die fortgesetzte Euthanasie-Debatte blieb nach 1933 ebenfalls differenziert und ließ – zumindest bis Kriegsbeginn – für grundsätzlichen Widerspruch immer noch Raum. Es gab zwar keine explizite Propaganda für die Vernichtung lebensunwerten Lebens, die affirmativen Positionen wurden jedoch zunehmend lauter und traten offener hervor, während die kritischen oder ablehnenden Stimmen verhaltener und nicht selten taktischer wurden⁷⁸.

⁷⁶ Die weltanschaulichen Prinzipien der Weimarer Republik waren eher theologischer, individuell - liberaler oder sozialistischer Natur. Vgl. Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“-Debatten, S. 621.

⁷⁷ Schwartz, Michael (1998): A. a. O., S. 621. Vgl. entsprechend den „Radikalisierungsprozeß“ bei Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, S. 360.

⁷⁸ Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“-Debatten, S. 622.

4.1.3 Lebensbewertung und die Vorbereitung zur Euthanasie in der nationalsozialistischen Propaganda

Eine massive Propagandakampagne bereitete in den 1930er-Jahren den Nährboden für die Durchführung von Sterilisierung⁷⁹. Die nationalsozialistische Propaganda hatte dabei einerseits zum Ziel, die Zwangssterilisationen zu rechtfertigen, andererseits eine ideologische Legitimation für den Krankenmord zu schaffen. Die Euthanasie-Botschaft blieb in den 30er-Jahren jedoch eine versteckte und indirekte, von der Vernichtung lebensunwerten Lebens war in der rassenhygienischen Propaganda kaum einmal die Rede. Dies war auch kein Zufall, wurde es doch durch Ministerialerlass untersagt, die Euthanasieproblematik in der Propaganda zu thematisieren⁸⁰.

Die gezielte Propaganda gegen minderwertige Familien, lässt sich an den Monatsschriften „Volk und Rasse“ dieser Jahre sehr gut nachvollziehen.

Schon auf der Titelseite der Aprilausgabe 1933 war zum Beispiel die nachstehende Tabelle abgebildet, die die Geburtenrate unterschiedlicher Bevölkerungsschichten verglich.

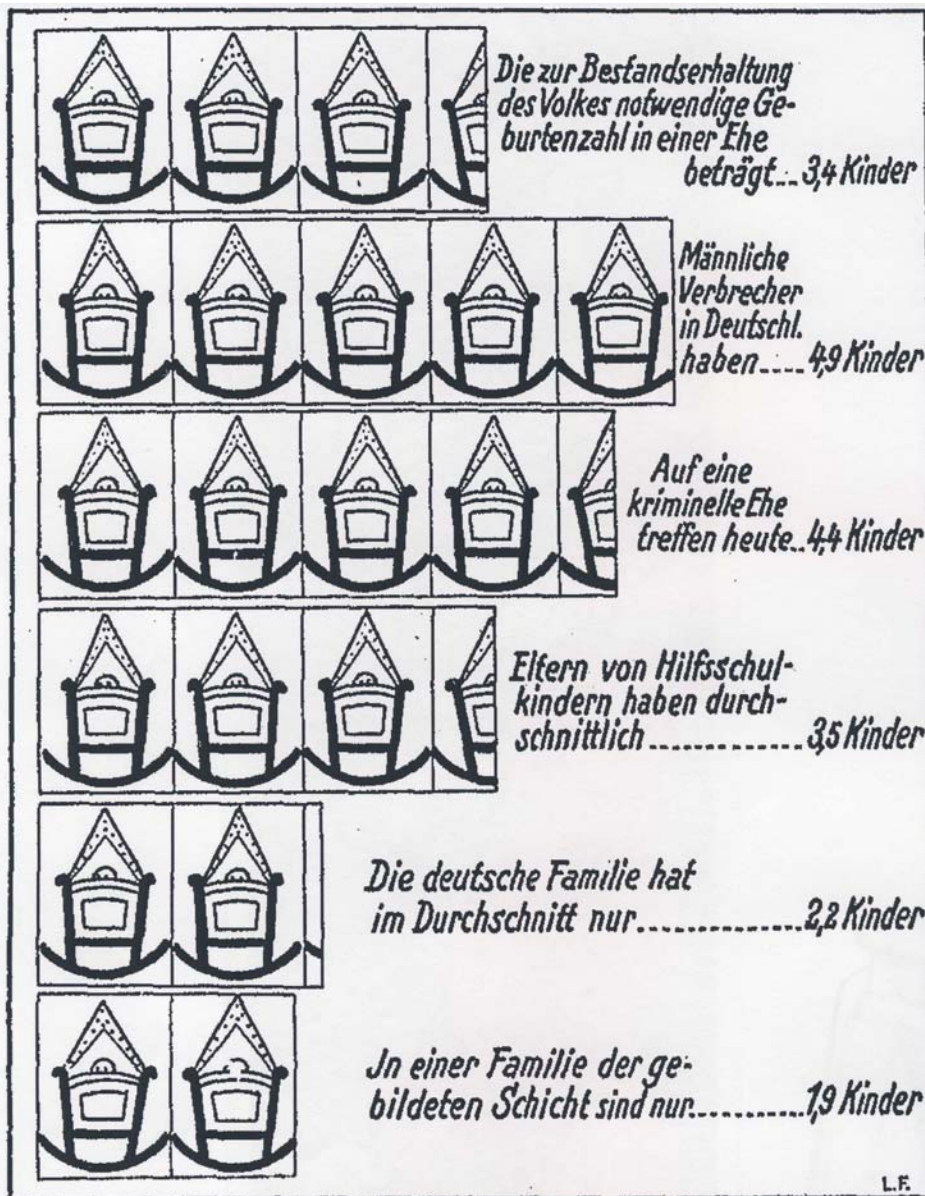
Männliche Verbrecher, kriminelle Ehen und Eltern von Hilfsschulkindern werden als die fortpflanzungsfreudigen Bevölkerungsschichten dargestellt, während der Durchschnitt der deutschen Familie und vor allem die gebildeten Familien zu wenig Nachwuchs erbringen.

„Wer pflanzte sich im deutschen Volke bisher hinreichend fort?! Soll das unsere Zukunft sein?!“ lautet die provokative Titelfrage des Monatshefts⁸¹.

⁷⁹ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 173. Vgl. Makowski, Christine Charlotte (1996): Eugenik, Sterilisationspolitik, „Euthanasie“.

⁸⁰ Winau, Rolf: Euthanasie und Sterilisation, S. 71, zitiert nach Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 177.

⁸¹ Titelseite, „Volk u. Rasse“, April 1933, 8. Jahrgang, Heft 2.

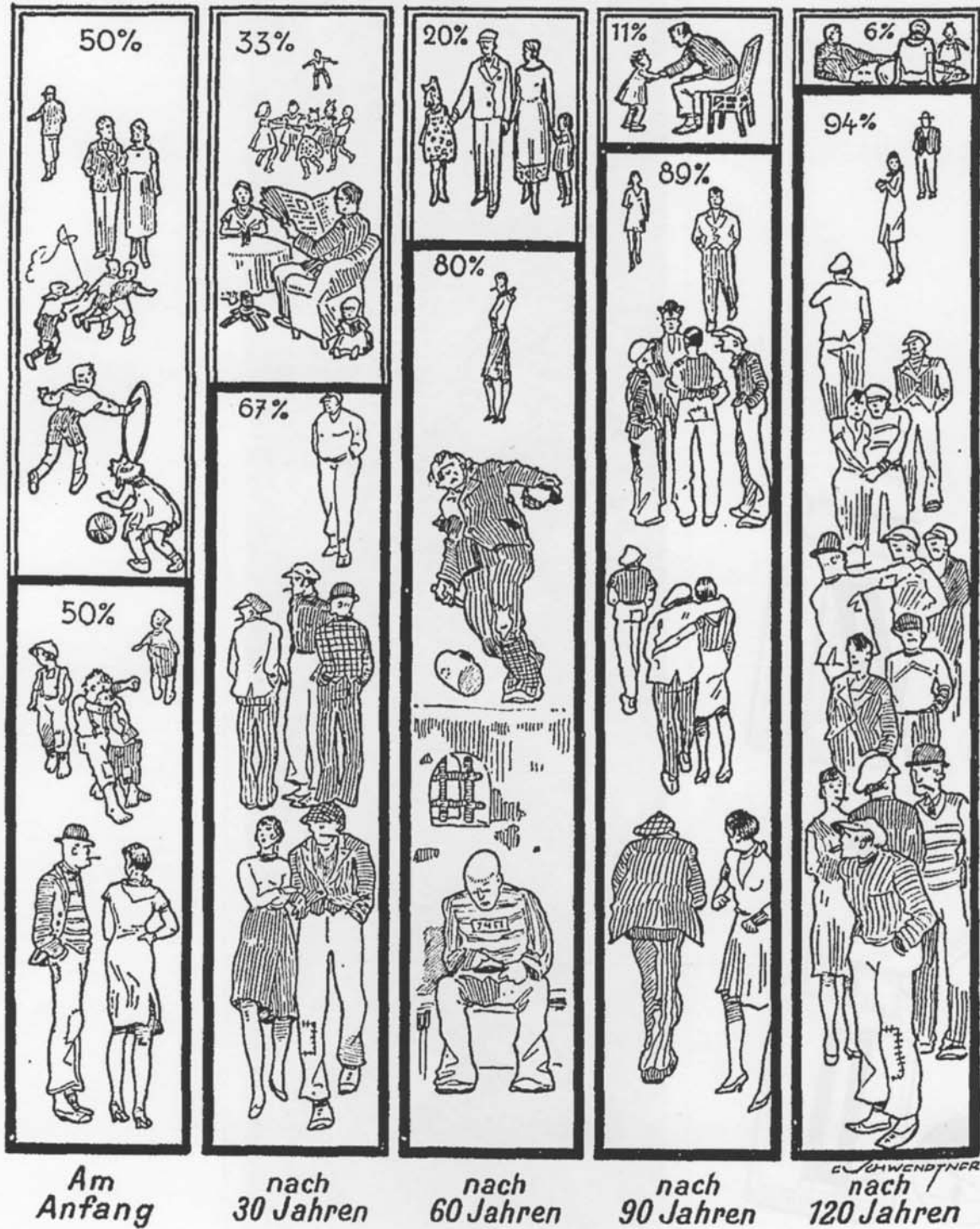


**Wer pflanzte sich im deutschen Volke bisher hinreichend fort?!
Soll das unsere Zukunft sein?!**

Im Oktober des gleichen Jahres wird ein Artikel mit dem Titel „Rückgang der Vollwertigen, Zunahme der Minderwertigen“ veröffentlicht, in dem eine ausladende Tabelle mit der Überschrift „Verschlechterung der Bevölkerung bei zu schwacher Fortpflanzung der wertvollen Familien“ die prozentuale Zunahme der kriminellen Bevölkerungsschichten von Generation zu Generation darstellt.

Verschlechterung der Bevölkerung bei zu schwacher Fortpflanzung der wertvollen Familien.

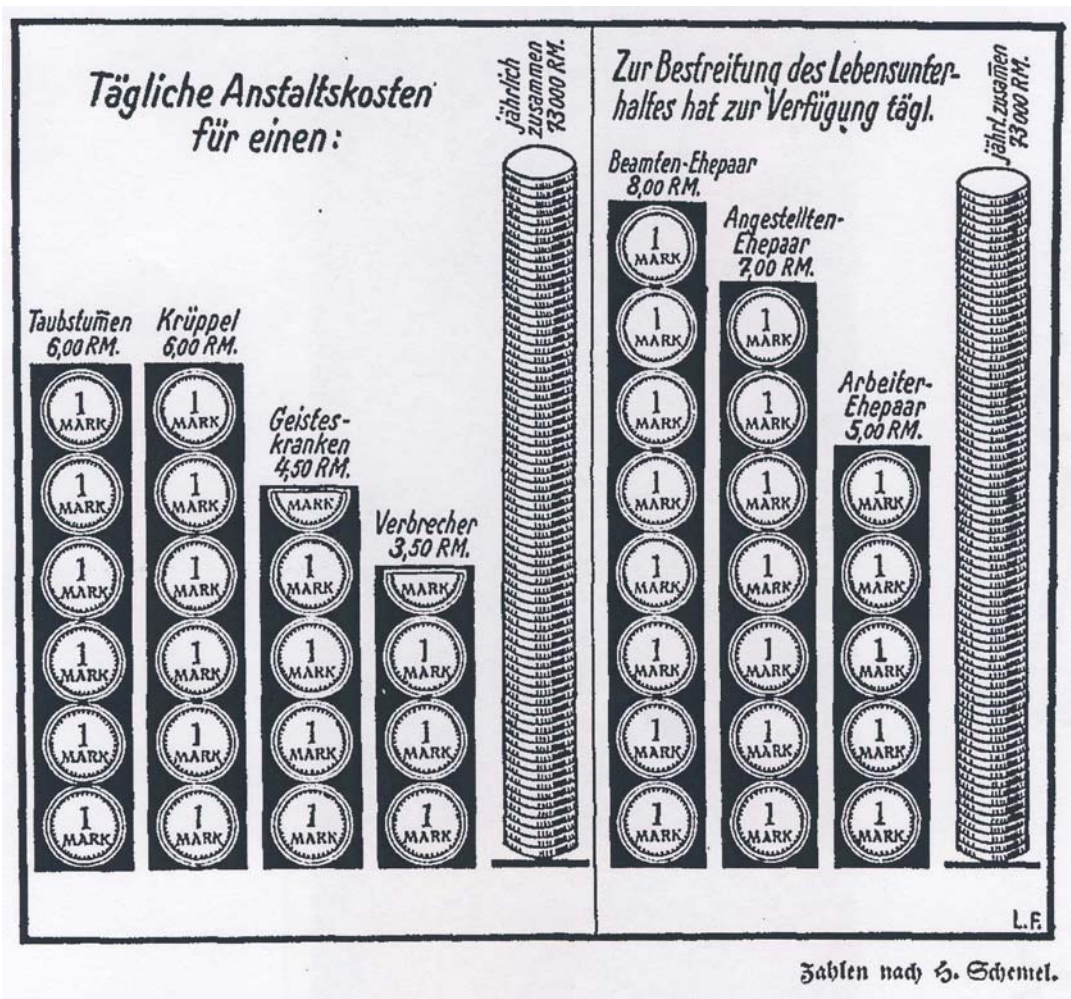
— = Vollwertige (2 Kinder je Ehe)
 ■ = Kriminelle (4 Kinder je Ehe)



Schon in der 5. Generation, heißt es, würden die Ururenkel der „Vollwertigen“ nur noch 6%, jene der Verbrecher dagegen 94% der Gesamtbevölkerung einnehmen.

Vor dieser Gefahr bewahre das deutsche Volk bis zu einem gewissen Grade das von der neuen Regierung erlassene Sterilisierungsgesetz, gänzlich schützen vor einer „Überwucherung“ minderwertigerer Bevölkerungsanteile könne es sich aber nur, indem die „Vollwertigen“ für eine ausreichende Zahl „wertvoller“ Nachkommen sorgen, warnen die Verfasser.

Gleich auf der nächsten Seite des Heftes werden die Anstaltskosten für Verbrecher, Geisteskranke, Krüppel und Taubstumme gegen die Kosten aufgerechnet, die ein Beamten-, Arbeiter- oder Angestelltenephepaar zum täglichen Lebensunterhalt benötigt⁸². Die Aufmachung ist so plakativ, dass auch der einfachste Bürger die Botschaft sofort verstehen kann.



Der „guten deutschen Familie“ als Quelle von „wertvollem“ Nachwuchs wurde in der nationalsozialistischen Propaganda sehr große Bedeutung beigemessen. Das Ziel

⁸² „Volk u. Rasse“, Oktober 1933, 8. Jahrgang, Heft 6.

der Ehe wurde klar umrissen und im Wesentlichen auf das Kinderkriegen reduziert⁸³. Die Rolle der Frau wurde in erster Linie darin gesehen, Mutter zu werden. Auf einem Vortrag im Juni 1933 bezeichnete Thimm den zunehmenden Geburtenrückgang als eine Volksgefahr:

„Die deutschen Frauen haben die Aufgabe, die ihnen von der Natur aus zugewiesen ist, den Bestand und das Wachstum des Volkes durch eine genügende Zahl tüchtiger und gesunder Kinder zu sichern, nicht mehr erfüllt.“⁸⁴

Doch nicht nur in öffentlichen Zeitschriften und auf Vorträgen war diese Propaganda zu finden, sogar in Schulbüchern stellte man ganz ungeniert Rechenaufgaben wie:

„Der Bau einer Irrenanstalt erfordert 6 Mill. RM. Wie viele Siedlungshäuser zu je 15.000 RM hätte man dafür erbauen können?“⁸⁵

In den 1930er Jahren ist es üblich geworden, Besucher durch psychiatrische Kliniken zu führen, um am lebenden Patienten die Notwendigkeit von Erbhygiene und Euthanasie zu demonstrieren. So wurden zum Beispiel in der bayrischen Anstalt Eglfing-Haar Lehrgänge für Gauamtsleiter und Kreisleiter durchgeführt. Auch in der Heilanstalt Emmendingen wurden Kranke vorgeführt. Hier besichtigten die oberen Klassen der höheren Schulen Freiburgs jene „Kreaturen“, die zuvor im Rassenunterricht (Biologie) abgehandelt worden waren⁸⁶. Auf Bitte eines Anstaltsarztes ließ der Direktor der Freiburger Ludendorffschule nach einem Besuch in Emmendingen einen Aufsatz zum Thema „Besuch einer Heil- und Pflegeanstalt“ schreiben. 35 von 42 Abiturienten sprachen sich dafür aus, „daß bald unser Volk befreit sein wird von derartig üblen Anhängseln“, wie sie als „Ausstellungsstücke“ in der Anstalt zu besichtigen waren⁸⁷.

⁸³ Makowski, Christine, Charlotte (1996): Eugenik, Sterilisationspolitik, „Euthanasie“, S. 264.

⁸⁴ Thimm, N.N. (1933): Der Geburtenrückgang, eine Volksgefahr. Vortrag, gehalten auf der Tagung der Gau-Frauenschaftsleiterinnen, Völkischer Beobachter vom 5. Juni 1933, Die deutsche Frau, zitiert nach Makowski, Christine, Charlotte (1996): Eugenik, Sterilisationspolitik, „Euthanasie“, S. 260.

⁸⁵ Dorner, Adolf (1935): Mathematik im Dienste der nationalpolitischen Erziehung, S. 42.

⁸⁶ Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 76.

⁸⁷ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 175.

Im Jahre 1942, kurz nachdem die Aktion T4 offiziell abgebrochen worden war, wurde der Propagandafilm „Ich klage an“ öffentlich ausgestrahlt, der der Bevölkerung auf subtile Weise den Euthanasiegedanken nahe bringen sollte. Seit Anfang 1934 war dem Spielfilm, der von der Zentraldienststelle der „Euthanasieaktion“ lanciert wurde, eine wachsende Zahl von „Aufklärungsfilmern“ mit Titeln wie „Die Sünde wider Blut und Rasse“, „Erbkrank“ oder „Paläste für Geisteskranke“ vorausgegangen⁸⁸. Die Ausstrahlung des Films „Ich klage an“ 1942 war strategisch zu einem Zeitpunkt gewählt, als die Frage der Euthanasie zunehmender Kritik ausgesetzt war⁸⁹.

Ursprünglich war der Film stark darauf ausgerichtet, neben der Hauptgeschichte einer Tötung auf Verlangen auch Zustimmung zu Formen der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zu erzielen. Angesichts der seit August 1941 mit der Predigt des Bischofs von Galen eskalierenden öffentlichen Auseinandersetzungen um die T4-Mordaktionen des NS-Regimes wurden jedoch allzu deutliche Befürwortungen gezielter Lebensvernichtung auf suggestive Andeutungen zurückgestuft⁹⁰.

Der Film besteht aus zwei Haupthandlungen: In der ersten Haupthandlung wird der Fall einer Tötung auf Verlangen konstruiert, der im zweiten Hauptteil zum Anlass einer Beurteilung und einer allgemeinen Diskussion um Euthanasie wird⁹¹.

Der erste Teil des Films umfasst die Darstellung der glücklichen Ehe von Hanna und Thomas Heyt, über die die tragische Krankheit Hannas hereinbricht. Der Spannungsbogen zieht sich von der Visualisierung bürgerlichen Liebesglücks über die Dramatisierung der Krankheit Hannas bis hin zu ihrer Sterbeszene. Dramatisiert wird der Krankheitsverlauf durch eine Nebenhandlung, in der der Ehemann und Arzt Prof. Heyt sein Labor völlig in den Dienst der Erforschung von Hannas Krankheit stellt und so zu einem Wettlauf mit dem Tode ansetzt.

Als deutlich wird, dass für Hanna keine Heilung möglich wird, – ihre Krankheit schreitet unerbittlich fort und die Forschungen ihres Mannes bleiben erfolglos – bittet sie ihren Arzt Dr. Bernhard Lang für den Fall, dass sie „überhaupt kein Mensch mehr

⁸⁸ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): A. a. O., S. 176f.

⁸⁹ Rost, Karl, Ludwig (1987): Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“, S. 151ff. Vgl. auch Hachmeister, Sylke (1992): Kinopropaganda gegen Kranke.

⁹⁰ Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“- Debatten in Deutschland (1895-1945), S. 641f.

⁹¹ Folgende Zitate aus Rost, Karl, Ludwig (1987): Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“, S. 191-202.

– nur noch ein Fleischklumpen – und Thomas [ihrem Mann] eine Qual“ sei, um Euthanasie. Dr. Lang lehnt entschieden ab, weil er als Arzt „Diener des Lebens“ sein müsse und deshalb ihr Leben um jeden Preis zu erhalten habe.

So richtet Hanna ihre Bitte – diesmal mit Erfolg – an ihren Ehemann:

„Du musst mir helfen, dass ich Deine Hanna bleiben kann bis zum Ende – und nicht irgend etwas anderes werde – taub und blind und idiotisch [...] Versprich mir, Thomas, dass Du mich vorher erlöst.“

Kurz vor ihrem Tode wird Hanna in einem Gespräch mit Pastor Görner voller Hoffnung gezeigt:

„und meine Schmerzen sind nur halb so schlimm, seitdem ich weiß, daß ich davon befreit werde.“

Die Tötung selbst wird dezent durch drei Detailaufnahmen angedeutet: Das Herausholen des Arsenfläschchen aus Heyts Jackettasche, das Eingießen des Inhalts in ein Wasserglas und das Wegstellen des geleerten Glases durch Heyt. Arm in Arm sieht man dann das Paar auf dem Bett sitzen, in den wenigen Worten des Dialogs bringt Hanna ihr Glücksgefühl zum Ausdruck:

„Ich fühl mich – so leicht – so glücklich – wie noch nie. – Ich wünschte – es wäre der Tod.“

Das Eintreten Langs zerstört die süßlich-sentimentale Stimmung der Sterbeszene. Langs Frage, ob er Hanna getötet habe, beantwortet Heyt: „Erlöst, Bernhard“. Denn ihr Leiden sei unmenschlich gewesen, fügt er später hinzu.

Der nun vorgeführte dramatische Streit zwischen Lang und Heyt, der zum völligen Bruch führt, eröffnet den zweiten Spannungsbogen des Films. Lang erhebt seinen Vorwurf gegen Heyt, er sei ein Mörder und als Arzt nun ehrlos geworden.

Neben der Haupthandlung wird die Geschichte eines Kindes erzählt, das durch eine Gehirnhautentzündung behindert geworden ist, und um dessen Leben Lang, ähnlich wie Heyt, kämpft. Lang gibt schließlich unter dem Eindruck dieses idiotischen Kindes seine ablehnende Haltung zur Euthanasie auf.

In der Gerichtsverhandlung wird nun die Euthanasie zur allgemeinen Frage erhoben, Heyt wird zum Fürsprecher der Euthanasie gemacht. Sogar Pastor Görner billigt

sowohl den eigentlich unchristlichen Wunsch Hannas nach ihrer Tötung als auch deren Vollzug durch Heyt: „Vernunft und Liebe sprechen für ihn“ sind seine Worte. Die Geschichte des behinderten Kindes wird auf unaufdringliche Weise zum dramaturgischen Angelpunkt für den Ausgang des Films, denn Lang billigt – beeindruckt durch das Leid des Kindes – nachträglich die Tötung Hannas durch Heyt.

Mit der Versöhnung der Freunde Heyt und Lang wird zwar der Spannungsbogen geschlossen, das Filmpublikum jedoch noch nicht entlassen, denn nicht das Gericht im Film, sondern der Zuschauer hat ein Urteil über Heyt und die bestehende Rechtslage zu fällen.

Der Film endet mit den Worten Heyts: „Und nun – fällen Sie ihr Urteil.“⁹²

Der Film „Ich klage an“ muss – vor allem durch seine gelungene Ästhetisierung des Tötens – als behutsame Vorbereitung der Bevölkerung auf das geplante Euthanasie-Gesetz, das zur Legalisierung der Vernichtung lebensunwerten Lebens geschaffen werden sollte, gesehen werden⁹³.

Die nationalsozialistische Propaganda traf auf eine Bevölkerung, die nach dem umfassenden gesellschaftlichen Wandel in den 1920er-Jahren, angesichts der prekären wirtschaftlichen Lage und den Hypotheken des verlorenen Krieges, von einer tief greifenden Verunsicherung gezeichnet war. Eine Rationalisierung der Produktion mit der damit einhergehenden Arbeitsplatzunsicherheit, Verwerfungen in der traditionellen sozialen Schichtung mit dem Aufstieg der neuen Mittelschichten, sowie Veränderungen im kulturellen und politischen Leben waren in knappster Zeit zusammengedrängt gewesen. Die Schrecken des ersten Weltkrieges waren noch nah, fast in jeder Familie hatte es Verluste gegeben⁹⁴.

Diese gesellschaftliche Krise bot den Nährboden für eine neue Bewegung, die sich die Empfänglichkeit der Menschen nach einem gemeinsamen Identitätsgefühl, die Sehnsucht nach einem einheitlichen Werteverständnis und somit einer neuen Zusammengehörigkeit zu Nutze machte. Die nationalsozialistische Propaganda

⁹² Vgl. Rost, Karl, Ludwig (1987): Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“, S. 191-202.

⁹³ Rost, Karl, Ludwig (1987): A. a. O., S.205.

⁹⁴ Vgl. Peukert, Detlev (1982): Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde, S. 42ff.

verkörperte mit ihrer strengen Werteordnung eine neue Sicherheit und Orientierung, gemeinsame Feindbilder boten Raum zur Artikulation von Aggressivität.

Ein starkes Denken in Stigmatisierungen, das die Bevölkerung in dieser Zeit bis in ihre privatesten Lebensentscheidungen hinein beeinflusste, war die Folge dieser massiven Propaganda. So war die Frage, wer heiratet wen, auf einmal von entscheidender Bedeutung. Die Angst vor Minderwertigkeit, Behinderung und abweichendem Sozialverhalten war ungleich größer als in unserer heutigen Zeit. Zwangssterilisation und die Sorge um die „Belastung des Volkskörpers“ durch Arbeitsunfähigkeit oder gar Pflegebedürftigkeit verschärften die Situation in höchstem Maße.

Die Erziehung eines behinderten Kindes stand zu den damaligen Bedingungen sicherlich unter einem doppelten Druck: Einerseits verursacht die Belastung durch eine Behinderung an sich größte Schwierigkeiten für die Angehörigen, andererseits jedoch war eine Familie in der Zeit des aufkommenden Nationalsozialismus zusätzlich einer massiven Stigmatisierung durch die Gesellschaft ausgesetzt. Der gesellschaftliche Druck hatte zur Folge, dass das Lebensrecht Behinderter vor der Gesellschaft verteidigt werden musste, mit Unterstützung war kaum zu rechnen, im Gegenteil waren Familien mit einem behinderten Kind von Schuld und Scham geplagt.

4.2 Das Reichsausschussverfahren / Die Kinderfachabteilungen

Kindereuthanasie als „Einfallstor“

Während für eine Euthanasie erwachsener Geisteskranker selbst unter den Bedingungen des NS-Staates nur sehr vereinzelt offen plädiert wurde, war die Bereitschaft zur Akzeptanz der Lebensvernichtung in anderen, besonderen Fällen sehr viel größer. Am deutlichsten war sie im Fall neugeborener behinderter Kinder erkennbar⁹⁵.

Dabei öffnete sich dieses „Einfallstor“⁹⁶ der Kindereuthanasie nicht zufällig, sondern stand seinerseits im erwähnten Diskussionszusammenhang des Euthanasie-Diskurses⁹⁷.

Die Bedenken, die durch eine Legitimation der Euthanasie erwachsener Geisteskranker befürchtet wurden, nämlich die nicht zu begrenzenden und damit letztendlich selbstzerstörerischen Folgen für die Gesamtgesellschaft, waren bei der Befürwortung der Kindereuthanasie nicht im gleichen Maße vorhanden. Man trage ja nur dem Elternwunsch Rechnung und würde keinesfalls staatlichen Zwang ausüben, lautete die Rechtfertigung⁹⁸.

Vor diesem Hintergrund will es nicht als zufällig erscheinen, dass die praktische Umsetzung der NS-Euthanasie zu Jahresbeginn 1939 ausgerechnet mit der von Hitler bewilligten Freigabe einer Kindstötung auf Elternwunsch erfolgte⁹⁹.

Der Anstoß

Den eigentlichen Anstoß für die Kindereuthanasie bildete aller Wahrscheinlichkeit nach der so genannte Fall Kind K.

Bisher war dieser Fall als „Fall Kind Knauer“ bekannt. Dies war der Name an den Hans Hefelmann, der Leiter des Hauptamtes IIb der Kanzlei des Führers und einer

⁹⁵ Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“-Debatten in Deutschland, S. 644.

⁹⁶ Vgl. auch Schwartz, Michael (2001): Einfallstore der „Euthanasie“, S. 131-152.

⁹⁷ Bereits 1935 wurde der eugenisch indizierte Schwangerschaftsabbruch gesetzlich eingeführt, was unter bestimmten weltanschaulichen Prämissen schon als Tötung werdenden Lebens erscheinen muss. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, S. 161ff.

⁹⁸ Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“-Debatten, S. 647.

⁹⁹ Schwartz, Michael (1998): A. a. O., S. 648.

der Hauptverantwortlichen für die Organisation und Durchführung der nationalsozialistischen Euthanasieprogramme, sich zu erinnern glaubte¹⁰⁰. Der französische Journalist Ph. Aziz hatte 1973 angeblich ein Interview mit der betroffenen Familie geführt, in dem er das Kind mit dem Namen „Kressler“ bezeichnete¹⁰¹. Erst kürzlich veröffentlichte Benzenhöfer allerdings, dass es sich dabei um eine Falschaussage seitens Aziz gehandelt haben muss¹⁰². Somit konnte das Kind K. bis heute nicht genau identifiziert werden.

Es handelte sich um einen schwerbehinderten, blinden Jungen aus Leipzig oder Umgebung. Ihm fehlte der linke Unterarm, ein Bein war missgebildet und er war auch geistig zurückgeblieben.

Dieses Kind wurde etwa Ende des Jahres 1938 dem Kinderarzt Prof. Werner Catel in der Leipziger Universitätskinderklinik vorgestellt. Catel eröffnete den Eltern, dass ihr Kind niemals „normal“ sein werde, woraufhin der Vater an Adolf Hitler persönlich einen Brief schrieb und um Erlaubnis bat, dass dem Kind der „Gnadentod“ gegeben werden dürfe. Einige Monate später fuhr Dr. Brandt (1904-1948), Hitlers Begleitarzt, persönlich zur Familie K. und überbrachte dem Vater von Kind K. Hitlers Entscheidung über die Gewährung des Gnadentodes.

Einige Tage später wurde das Kind in Leipzig von Prof. Catel eingeschläfert.

Die Tötung des Kindes K. muss für die Legitimation der Kindereuthanasie der darauf folgenden Jahre als Präzedenzfall angesehen werden.

Planung und Personen. Der Unterschied zur Aktion T4

Die Kanzlei des Führers der NSDAP (KdF) spielte bei der konkreten Planung des Kindereuthanasie-Programms eine zentrale Rolle. Die KdF wurde 1934 gegründet und sollte Hitlers Rolle als Führer des Volkes neben seinen Ämtern als Reichskanzler, Staatsoberhaupt und Parteichef betonen. Von daher ergab sich auch der Aufgabenbereich der Kanzlei des Führers, nämlich die Bearbeitung aller

¹⁰⁰ Vgl. Heyde Anklage, S. 48, S. 51, zitiert nach Benzenhöfer, Udo (2000): Kinderfachabteilungen und Kindereuthanasie, S. 8.

¹⁰¹ Aziz, Philippe (1975): Les medecins de la mort Bd. 4. Genf, 1975, S. 9-13, zitiert nach Benzenhöfer, Udo (2000): Kinderfachabteilungen und Kindereuthanasie, S. 8.

¹⁰² Vgl. Benzenhöfer, Udo (2008): Der aktuelle Forschungsstand zum „Fall Kind K.“, vgl. außerdem Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 8-9.

persönlich an Hitler gerichteten Eingaben, hierunter fielen vor allem Bitt- und Gnadengesuche.

Von daher lag es unter sachlichen Gesichtspunkten nahe, die Organisation der Kindereuthanasie eng mit der KdF zu assoziieren, da in der Kanzlei des Führers zahlreiche Eingaben aus der Bevölkerung zu Fragen der Erb- und Rassepflege eingingen¹⁰³.

Laut Hefelmann führte der Fall Kind K. dazu, dass Hitler Brandt, seinen Begleitarzt, und Bouhler (1899-1945), den Reichsleiter, ermächtigte, in Fällen ähnlicher Art „analog dem Falle Kind Knauer zu verfahren“¹⁰⁴.

Hefelmann bekam nach dem Fall Kind K. von Brandt den Auftrag ein beratendes Gremium für die Kindereuthanasie zusammenzustellen¹⁰⁵, was er daraufhin offenkundig und ohne moralische Skrupel tat¹⁰⁶.

Die Kindereuthanasie war von Anfang an Geheime Reichssache. Als Träger des Programms wurde nicht die Kanzlei des Führers angegeben, sondern es wurde eine Tarnorganisation eingerichtet, unter deren verschleiern dem Namen „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ der Kindermord organisiert wurde. Der Reichsausschuss war jedoch – wie auch die Zentrale T4 – in die Kanzlei des Führers integriert.

Der Reichsausschuss befand sich im Amt IIb der KdF. Leitender Sachbearbeiter war Dr. Hans Hefelmann (1906-1986), sein Stellvertreter war Sachbearbeiter Richard von Hegener (1905-1981).

Die Mitglieder kamen aus einem kleinen sehr führernahen Zirkel, der die Geheimhaltung gegenüber dem Volk sicherstellen sollte. Hefelmann und Hegener waren hauptsächlich mit den organisatorischen Arbeiten in der KdF befasst. Viktor Brack (1904-1948) und Dr. med. Herbert von Linden (1899-1945) vom Reichsinnenministerium wirkten maßgeblich an der Planung mit.

Die Pädiater Prof. Werner Catel (1894-1981) und Dr. Ernst Wentzler (1891-1973), sowie der Kinder- und Jugendpsychiater Dr. Hans Heinze (1895-1983) sollten als

¹⁰³ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 166f.

¹⁰⁴ Aussage von Dr. Hans Hefelmann, Nov. 1960: GStA Frankfurt 17, Js/59, Anklageschrift, S. 53.

¹⁰⁵ Heyde Anklage S. 56a, zitiert nach Benzenhöfer, Udo (2000): Kinderfachabteilungen und Kindereuthanasie, S. 10.

¹⁰⁶ Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 10.

Gutachterausschuss wirken. Catel, Wentzler und Heinze stellten sich als Fachleute der Kinder- und Jugendlichenmedizin dem Reichsausschuss zur Verfügung und gelten als die drei Hauptprotagonisten der Kindereuthanasie.

Werner Catel war Professor für Pädiatrie im Universitätskrankenhaus Leipzig und Leiter der dortigen Kinderfachabteilung. Catel gilt als ein in höchstem Maße überzeugter Täter der Kindereuthanasie. Wie bereits erläutert, war er für die Tötung des Kindes K. und somit für den Anstoß der Kindereuthanasie verantwortlich. Sein Werdegang wird im Weiteren noch genauer dargestellt¹⁰⁷.

Der Kinder- und Jugendpsychiater Dr. Hans Heinze galt als sehr angesehener Experte auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heinze war Leiter von Brandenburg-Görden, einer psychiatrischen Anstalt in der Nähe von Berlin, die auch eine größere Kinderabteilung hatte. Heinze erklärte sich daher bereit, die ersten Fälle des Reichsausschusses in seiner Anstalt aufzunehmen. Die Kinderfachabteilung Brandenburg-Görden spielte auch im weiteren Verlauf eine besondere Rolle, da Heinze die Aufgabe übernahm, neu hinzugewonnene Ärzte in seiner Anstalt in die Tätigkeit des Reichsausschusses einzuführen und mit den Maßnahmen der Kindereuthanasie vertraut zu machen¹⁰⁸. Die Anwendung einer Überdosierung des Medikamentes Luminal als „humanste Art der Tötung“ soll auf eine Empfehlung Heinzes zurückzuführen sein¹⁰⁹.

Dr. Ernst Wentzler war Kinderpsychiater und ärztlicher Leiter einer privaten Kinderklinik in Berlin-Frohnau. Dort behandelte Wentzler unter anderem eine Reihe von Kindern prominenter NS-Führer, darunter die Hermann Görings und des Reichsbauernführers Richard Darré¹¹⁰. Wentzler gestaltete das Verfahren zur Meldung, Begutachtung, Einweisung, wissenschaftlichen Nutzbarmachung und Tötung der Kinder vom ersten Beginn an maßgeblich mit. Weitreichende Kontakte zu

¹⁰⁷ Vgl. Kapitel 4.6. dieser Arbeit, S. 99ff.

¹⁰⁸ Vgl. Aussage Hefelmann 07.12.1960, zitiert nach Castell, Rolf et al. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 351f.

¹⁰⁹ Vgl. Hans Heinze (1895-1983) – Ein deutscher Kinder- und Jugendpsychiater im Nationalsozialismus, in: Castell, Rolf et al. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 340-366. Sowie: Hübener, Kristina (2002): Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten.

¹¹⁰ Aussage Ernst Wentzlers als Angeschuldigter am 8. Oktober 1963 vor dem Landgericht Hannover, BA Berlin: EVZ I/27, Nr. 6, Bl. 5, zitiert nach Beddies, Thomas; Schmiedebach Heinz-Peter (2002): Der Pädiater Dr. Ernst Wentzler, S. 142.

führenden Vertretern des NS-Gesundheitswesens ließen ihn außerdem als Standespolitiker und Krankenhausplaner zu beträchtlichem Einfluss gelangen¹¹¹.

Die ursprüngliche Zielgruppe des Reichsausschussverfahrens waren zunächst Kinder, die sich in häuslicher Pflege befanden.

Die Kindertötung war jedoch nicht allein Aufgabe des Reichsausschusses¹¹². So fanden beispielsweise bereits vor September 1939 Zwangsverlegungen aus psychiatrischen Einrichtungen in kleineren und großen Sammeltransporten statt – Ernst Klee nannte diese Verlegungen „Euthanasie- Transporte vor Beginn der Euthanasie“¹¹³. Auch wenn die Bedeutung dieser Transporte für die Kindereuthanasie nicht eindeutig geklärt ist, so befand sich unter den Opfern dieser Deportationen auch eine unbekannte Anzahl Kinder und Jugendlicher.

Auch im Rahmen der Aktion T4 wurden Kinder erfasst und getötet¹¹⁴.

Die Aktion T4 hatte, im Unterschied zum Reichsausschussverfahren, zum Ziel, die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten – insgesamt wurden ca. 900 Einrichtungen in diese Aktion integriert – zu erfassen und zu töten. Zu diesem Zweck wurden insgesamt sechs Tötungsanstalten eingerichtet. Opfer der Aktion T4 wurden hauptsächlich Erwachsene, jedoch befanden sich unter den Anstaltsinsassen auch viele Kinder, die waggonweise in die Vergasungsanstalten geschafft wurden, wie Klee berichtet¹¹⁵. Das jüngste Kind, das in der Aktion T4 den Tod fand, war 3 Jahre alt¹¹⁶.

Auch wenn die Aufgabenteilung der beiden Organisationen zunächst klar erscheint, kam es in der Praxis zum Teil zu Kompetenzstreitigkeiten zwischen dem Reichsausschuss und der Aktion T4. So sind für Einrichtungen, in denen vor allem Minderjährige untergebracht waren beispielsweise doppelte Meldungen bekundet,

¹¹¹ Vgl. Beddies, Thomas; Schmiedebach Heinz-Peter (2002): Der Pädiater Dr. Ernst Wentzler.

¹¹² Vgl. Roer, Dorothee (1997): „Lebensunwert“, in: Halbierte Vernunft und totale Medizin, S. 107-130.

¹¹³ Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS – Staat, S. 239, zitiert nach Roer, Dorothee (1997): „Lebensunwert“, S. 108.

¹¹⁴ Vgl. Roer, Dorothee (1997): „Lebensunwert“, S. 110f.

¹¹⁵ Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 294.

¹¹⁶ Fuchs, Petra et al. (2004): Minderjährige als Opfer der Krankenmordaktion „T4“, S. 63.

einmal monatlich an den Reichsausschuss, halbjährlich, auf dem Dienstweg, an die T4-Zentrale¹¹⁷.

Die Aktion T4 wurde im Jahre 1941 wegen zunehmenden Protesten seitens der Kirche vorzeitig gestoppt¹¹⁸, wohingegen das Reichsausschussverfahren seine Tätigkeit bis Kriegsende unbehelligt fortsetzte. Der Beschluss, die durch die Aktion T4 erfassten Kinder an den Reichsausschuss zu übergeben, wurde nur bedingt umgesetzt, ebenfalls ein Indiz für die unklare Abgrenzung zwischen den beiden Krankenmordverfahren¹¹⁹.

Werner Heyde (1902-1964), Obergutachter von T4, wollte sich interessanterweise an der Kindereuthanasie nicht beteiligen.

„Ich habe das Ansinnen verneint... weil Kindereuthanasie auch bei Kindern mit schwersten körperlichen Missbildungen ohne erkennbare psychische Defekte angewendet wurde.“

äußerte Heyde sich vor dem Gericht im Jahre 1961. Für sich als Psychiater sehe er deshalb kein eigentliches Betätigungsfeld in der Kindereuthanasie. Er räumte jedoch insbesondere auch folgendes ein:

„Mir hat immer der Fall Helen Keller vor Augen geschwebt; diese litt an erblicher Blindheit und Taubheit, hat aber gleichwohl nicht nur Lesen und Schreiben gelernt, sondern war geistlich-seelisch so differenziert und überdurchschnittlich begabt, dass sie sogar eine bekannte Schriftstellerin geworden ist.“¹²⁰

Die Worte Heydes sollen hier nicht zur Rechtfertigung desselben angeführt werden. Immerhin wurde Heyde als medizinischer Leiter der Euthanasie-Zentrale angeklagt, „heimtückisch, grausam und mit Überlegung mindestens 100.000 Menschen getötet

¹¹⁷ So zum Beispiel für den Kalmenhof (vgl. Berger, Andrea; Oelschläger, Thomas (1988): „Ich habe sie eines natürlichen Todes sterben lassen“, Das Krankenhaus im Kalmenhof und die Praxis der nationalsozialistischen Vernichtungsprogramme, S. 298.)

¹¹⁸ Anlass für die Bekanntwerdung der Euthanasieverbrechen in der breiten Bevölkerung war die Predigt des Bischofs Clemens August Graf von Galen vom 26. Juni 1941 in der Lambertikirche in Münster. Galen ergriff als erster Kirchenführer öffentlich Partei gegen die nationalsozialistischen Mordverbrechen und erzielte mit seiner Predigt eine ungeheure Wirkung. Am 24. August 1941 wurde die Euthanasie von Hitler gestoppt. Vgl. Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 333-344.

¹¹⁹ Zur Abgrenzung der beiden Krankenmordverfahren gibt es zwei Entscheidungen von Brandt und Bouhler des Jahres 1941. Vgl. Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S.323, 328.

¹²⁰ Beide Zitate aus Aussage Heydes am 30.10.61 (V1), zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 295f.

zu haben“¹²¹. Doch bei der Ermordung von Kindern hatte sogar er Skrupel, was abermals unterstreicht, welche in höchstem Maße überzeugte Täter bei der Kindereuthanasie am Werk gewesen sein mussten.

Das Verfahren

Die Planungsgruppe arbeitete zügig und effektiv. Schon am 18.8.1939 – dieser Tag kann als der Beginn der Kindereuthanasie gelten – erging ein streng vertraulicher Runderlass des Reichsministers des Innern (IVb3088/39 – 1079 Mi)¹²², der zur Meldung behinderter Kinder an den Reichsausschuss verpflichtete. Der Erlass legte den Kreis der betroffenen Kinder fest, aber auch die Art und Weise, wie die Opfer erfasst wurden.

Für die Kindereuthanasie sollten zunächst vornehmlich Kleinkinder, die sich in häuslicher Pflege befanden, gemeldet werden.

Unter die Meldepflicht fielen Hebammen, Ärzte in Entbindungsanstalten und geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern und Allgemeinärzte. Die Hebammen oder Ärzte bekamen vom Reichsausschuss pro gemeldetem Kind eine finanzielle Vergütung.

Kinder mit folgenden „schweren, angeborenen Leiden“ mussten an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden:

- Idiotie sowie Mongolismus
- Mikrocephalie
- Hydrocephalus schweren bzw. fortschreitenden Grades
- Missbildungen jeder Art, besonders Fehlen von Gliedmaßen, schwere Spaltbildungen des Kopfes und der Wirbelsäule, usw.
- Lähmungen einschl. Little'scher Erkrankung [= Infantile Zerebralparese]

An der Auswahl von Krankheiten auf dieser Liste wird deutlich, wie breit die Erfassung der Kinder angelegt war. Das Krankheitsbild der Idiotie beispielsweise bot gute Möglichkeiten, einen großen Kreis von Kindern zu erfassen, der von einfachen Entwicklungsverzögerungen bis hin zu geistiger Behinderung reichte.

¹²¹ Vormbaum, Thomas (1962): „Euthanasie“ vor Gericht. Die Anklageschrift S. XXIII, zitiert nach Seite „Werner Heyde“, in: Wikipedia.

¹²² Heyde – Aussage, S. 62ff., zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 80.

Gemeldet werden sollten ursprünglich nur Kinder bis zum 3. Lebensjahr, später wurde diese Grenze jedoch bis zum 17. Lebensjahr ausgedehnt¹²³. Auch voraussichtliche Lebensdauer und Besserungsaussichten waren am Meldebogen anzugeben.

Die Adresse des Reichsausschusses diente als Briefkasten. In Wirklichkeit landeten die Meldungen der Amtsärzte in der Abteilung IIb der Kanzlei des Führers und wurden dort von den beiden Nichtmedizinern (!) Hefelmann und von Hegener gemustert. Sie sortierten die Fälle aus, die ihrer Meinung nach nicht für die Euthanasie in Frage kamen¹²⁴. Der Rest wurde an die drei Gutachter des Reichsausschusses Catel, Wentzler und Heinze gesendet, die lediglich an Hand von Unterlagen, ohne die betroffenen Kinder selbst untersucht zu haben, über deren Leben oder Tod entschieden¹²⁵.

Das Gutachten enthielt drei Rubriken: „+“ bedeutete „Behandlung“, d.h. das Kind war zu beseitigen, „-“ bedeutete, das Kind durfte weiterleben. Bei Unsicherheiten lautete das Votum „vorläufige Zurückstellung“ oder „Beobachtung“¹²⁶.

Sowohl die „+“-Fälle, als auch die „Beobachtungsfälle“ wurden in eine so genannte Kinderfachabteilung aufgenommen. Die Aufnahme der Kinder wurde durch ein Schreiben des Reichsausschusses an das zuständige Gesundheitsamt eingeleitet, gleichzeitig erhielt die vorgesehene, meist nahe gelegene Kinderfachabteilung eine Benachrichtigung, die eine Ermächtigung zur „Behandlung“ des Kindes darstellte und einer Einzelfalllizenz zum Töten gleichkam. Diese Ermächtigung wurde entweder gleich mit Einweisung des Kindes in die Kinderfachabteilung oder erst nach Einlaufen eines Befundberichtes an den Reichsausschuss erteilt.

Eine Überprüfung auf Richtigkeit der Meldung wurde praktisch nie durchgeführt. Nur zu Beginn wurde im Zweifelsfall beim Arzt rückgefragt, später wurde selbst dies aus Geheimhaltungsgründen unterlassen.

Meldeten die Eltern Zweifel oder Misstrauen bezüglich einer Einweisung ihres Kindes an, wurde ihnen meist wirkungsvoll ins Gewissen geredet, eine Übergabe in

¹²³ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 189.

¹²⁴ Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 295.

¹²⁵ Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 15ff.

¹²⁶ Heyde-Anklage S. 91f, zitiert nach Benzenhöfer, Udo (2000): Kinderfachabteilungen und Kindereuthanasie, S. 17.

professionelle Hände sei sicherlich das Beste für ihr Kind, man versuche doch schließlich alles erdenkliche, um ihrem Zögling zu baldiger Gesundheit zu verhelfen¹²⁷.

Der bürokratische Ablauf von der Erfassung bis zur Tötung, wie er sich in den Akten des Staatlichen Gesundheitsamtes widerspiegelt, lässt sich anhand des Falles Ilse Z. vor Augen führen¹²⁸. Am 21. April 1940 wurde die kleine Ilse mit Klumpfüßen und mongoloid geboren. Am nächsten Tag schrieb die Hebamme die Meldung eines Falles von Klumpfüßen mit Mongoloismus (zusammen mit einem Arzt, wohl dem Amtsarzt) und bekam dafür die ihr zustehenden 2 Reichsmark. Am 12. Juni meldete sich Dr. Wentzler vom Reichsausschuss, das Gesundheitsamt solle über den geistigen Entwicklungsstand des Kindes berichten. Am 18. Oktober teilte das Gesundheitsamt mit:

„Das Kind bietet heute deutlich das Erscheinungsbild der mongoloiden Idiotie.“

Am 3. Februar schickte der Reichsausschuss den üblichen rotumrandeten Schnellbrief, einen Formbrief in den lediglich Datum der Meldung, Name und Adresse des Opfers sowie die zur Tötung vorgesehene Anstalt eingetragen wurden, mit folgenden Worten:

„Unter Bezugnahme auf Ihre am 8.5.1940 erstattete Meldung über das Kind Ilse Z., geb. 21.4.1940, Unterlauchingen, teile ich Ihnen nach eingehender fachärztlicher Überprüfung des Falles mit, daß ich im Einvernehmen mit dem Reichsminister des Innern die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar [...] zur Aufnahme des Kindes bestimmt habe. Hier kann aufgrund der durch den Reichsausschuß getroffenen Einrichtung die beste Pflege und im Rahmen des Möglichen neuzeitliche Therapie durchgeführt werden. [...] Falls die Sorgeberechtigten Bedenken hinsichtlich der Kosten haben, so bitte ich sie, ihnen zu eröffnen, daß der Reichsausschuß gegebenenfalls bereit ist, aus ihm noch zu Verfügung stehenden Stiftungsmitteln die Kosten für den Aufenthalt, Verpflegung und ärztliche Betreuung zu übernehmen. Nach vollzogener Einweisung bitte ich mich zu benachrichtigen. Sollten wider Erwarten Schwierigkeiten seitens der Sorgeberechtigten entstehen, so sind diese in entsprechender Weise auf die erwähnten Runderlasse des Herrn Reichsministers des Innern hinzuweisen. Heil Hitler!“

Am 17. Februar informierte der Amtsarzt den Reichsausschuss:

¹²⁷ Vgl. Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 15-17.

¹²⁸ Quelle aus den Sonderakten (V3) des Gesundheitsamtes Waldshut. Folgende Zitate zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 298f.

„Unter Bezugnahme auf den Schnellbrief vom 3.2.1941 teile ich mit, daß sich die Eltern des obengenannten Kindes erst nach wiederholten Rücksprachen dazu entschließen konnten, das Kind in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zu geben.“

Er teilte außerdem mit, dass die Eltern, die noch drei weitere Kinder hätten, keinen Zuschuss zu den Verpflegungskosten leisten könnten und die Krankenkasse nur die Hälfte der Kosten übernehme.

Nach einem Telefonat erklärte sich die Betriebskrankenkasse bereit, auch die Fahrtkosten zu tragen, begrenzte jedoch die Aufenthaltskosten auf die Dauer von 13 Wochen. Auf die Anfrage der Krankenkasse, ob der Reichsausschuss nach Ablauf der 13 Wochen auch die andere Hälfte der Behandlungskosten übernehme – die Aufenthaltsdauer wurde auf ein halbes Jahr bewilligt – antwortete der Reichsausschuss, „nach eingehender Prüfung“ und „ausnahmsweise“ übernehme er auch diese Kosten. Das ist leicht versprochen, denn das Kind Ilse starb umgehend. Der Tod wurde unter dem 5. April 1941 vom Standesamt Haar beurkundet (Nr.79/1941).

In der Zwischenzeit, am 1. Juli 1940, hatte der Reichsinnenminister zum ersten Mal offiziell verlautbart, was mit den gemeldeten Kindern angeblich geschah. Im Ministerialblatt des Reichs- und preußischen Ministeriums des Innern wurde ein Erlass veröffentlicht¹²⁹, in dem über die Einrichtung einer Fachabteilung in der Landesanstalt Görden für die zu meldenden missgestalteten Kinder informiert wurde. Es sei beabsichtigt, außer dieser Abteilung noch weitere Anstalten und Fachabteilungen einzurichten, heißt es weiter. Sache der Amtsärzte sei es, die Eltern in Kenntnis zu setzen und zu einer beschleunigten Einweisung des Kindes zu veranlassen. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Verweis auf den Umgang mit den Eltern:

„Den Eltern wird hierbei zu eröffnen sein, daß durch die Behandlung bei einzelnen Erkrankungen eine Möglichkeit bestehen kann, auch in Fällen, die bisher als hoffnungslos gelten mußten, gewisse Heilerfolge zu erzielen[...]“¹³⁰

¹²⁹ Kurioserweise bezog sich dieser Erlass auf einen „nicht veröffentlichten“ Erlass vom 18.8.1939.

¹³⁰ Heyde-Aussage, S. 117, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 299f.

Die Einrichtung der Kinderfachabteilungen ging zögerlich voran. Die Eltern gaben ihre Kinder nicht gerne weg und mussten mit Lug und Trug überredet, zum Teil sogar mit dem Hinweis auf die Entziehung des Sorgerechts zur Herausgabe ihrer Kinder gezwungen werden¹³¹.

1940 existierten erst sechs Kinderfachabteilungen¹³². So erging 1941 ein weiterer offizieller Erlass des Reichsministers des Innern, in dem angemahnt wurde, dass die Meldungen der Amtsärzte aus einzelnen Bezirken nur spärlich eingingen. Die Amtsärzte wurden explizit aufgefordert, die Bestrebungen des Reichsausschusses zu unterstützen und auf die Sorgeberechtigten im folgenden Sinne einzuwirken: Die Behandlung bzw. Asylierung schwerstgeschädigter Kinder sei im Interesse der Volksgemeinschaft, außerdem werde den Eltern durch die Asylierung schwer leidender und besonders pflegebedürftiger Kinder erfahrungsgemäß eine wirtschaftliche und seelische Last abgenommen, sowie eine Vernachlässigung etwa in der Familie vorhandener gesunder Kinder zugunsten des kranken Kindes verhindert. Oft werde beobachtet, dass seitens der Eltern auf weitere Nachkommenschaft verzichtet werde, um alle Sorgfalt dem kranken Kinde zuwenden zu können. All diese ungesunden Begleitumstände würden durch eine Asylierung des Kindes vermieden. Die in den Anstalten mögliche fachärztliche Untersuchung gestatte es auch, die Erblichkeit des Leidens zu klären und diesen Eltern gegebenenfalls von weiterem Nachwuchs abzuraten oder sie zur Zeugung weiterer Kinder zu ermutigen.

Ebenfalls in Aussicht gestellt wurde die mögliche Übernahme anfallender Kosten durch den Reichsausschuss¹³³.

Die veröffentlichten Erlasse von 1940/41 liefern eine ideologische Begründung für das Reichsausschussverfahren. Man kann anhand der Formulierung gut nachvollziehen, welcher Umgang mit den Eltern beabsichtigt wurde: Direkter Zwang wurde meist nicht ausgeübt, sollte doch öffentliches Aufsehen und zu viel Unruhe in der Bevölkerung vermieden werden. Deshalb sollten die Eltern durch Andeutungen

¹³¹ Heyde-Aussage, S. 104, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 302.

¹³² Diese waren: Brandenburg-Görden, Niedermarsberg, Steinhof in Wien, Wiesloch, Leipzig-Dösen und Eglfing-Haar. Vgl. Topp, Sascha (2004): Der „Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“, S. 34ff.

¹³³ Bd. Reichsausschuß I, GStA Ffm, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 303f.

und geschickte Umschreibungen, wie auch durch Hoffnung auf mögliche moderne Behandlungsmöglichkeiten getäuscht und zur freiwilligen Einweisung ihrer Kinder bewegt werden¹³⁴. Selbst Dr. Pfannmüller, der Leiter der Kinderfachabteilung Eglfing-Haar, der als einer der überzeugtesten Täter gelten muss, soll Kinder entlassen haben, deren Eltern darauf bestanden haben¹³⁵.

Die Morde

Die Zahl der getöteten Kinder wurde von den Tätern mit rund 5000 angegeben. Die tatsächliche Zahl liegt jedoch ein Vielfaches darüber, denn es gab viele Kinder, die außerhalb des Reichsausschussverfahrens Opfer des Nationalsozialismus wurden. Zwischen 1939 und 1945 wurden auch Kinder und Jugendliche, die sich in Anstaltspflege befanden, in großer Zahl Opfer der weiteren gegen psychisch Kranke und Behinderte gerichteten Aktionen. Diese Kinder fanden direkt in den Anstalten den Tod. Zum Beispiel starben in der Kinderfachabteilung Görden zwischen 1939 und 1945 allein 1000 Kinder, nur 130 jedoch waren Reichsausschusskinder; ein Hinweis dafür, dass dort Kinder und Jugendliche auch ohne Reichsausschussverfahren ermordet wurden.

Auch unter den Opferzahlen der „Erwachseneneuthanasie“ waren viele Kinder, die nicht gesondert gelistet wurden.

Petra Fuchs ermittelte anhand von 3000 Stichproben aus dem Krankenaktenbestand der Aktion T4 einen Anteil von knapp 5,9 Prozent minderjähriger Patienten (bis zum 21. Lebensjahr). Hochgerechnet auf die mehr als 70.000 getöteten Menschen entspräche dieser prozentuale Anteil einer Zahl von etwa 4500 Kindern und Jugendlichen, die zu den Opfern der Gasmordaktion T4 gerechnet werden müssen¹³⁶.

Nach dem Stopp der Aktion T4 1941 wurden außerdem sehr viele Kinder ohne vorherige Meldung an die Zentrale in Anstalten außerhalb der gezielt eingerichteten

¹³⁴ Vgl. zum Umgang mit den Angehörigen Kap. 6.4. dieser Arbeit, S. 161ff.

¹³⁵ Schmidt, Gerhard (1965): Selektion in der Heilanstalt 1939-1945, S. 115f.

¹³⁶ Fuchs, Petra et al. (2004): Minderjährige als Opfer der Krankenmordaktion „T4“, S. 62.

Kinderfachabteilungen getötet¹³⁷, das flächendeckende Netz der Kinderfachabteilungen im Deutschen Reich wurde weiterhin ausgebaut.

Wie ein T4-Gutachter nach dem Krieg erklärte, sollte die Anhebung der Altersgrenze im Reichsausschussverfahren dem ausgefallenen T4-Programm einen gewissen Ersatz bieten¹³⁸.

Ab 1944 wurden Sammelanstalten für psychisch Kranke Ostarbeiterinnen eingerichtet, die so in den Tod geschickt wurden, unter ihnen wiederum viele Kinder. Laut Beddies und Hübener wurden um die 5000 Kinder im Rahmen des Reichsausschussverfahrens getötet¹³⁹.

Die Trennung Kinder- und Erwachsenen euthanasie stellt sich somit als ein Konstrukt der Tatbeteiligten dar, das in dieser Weise nicht aufrecht erhalten werden kann¹⁴⁰.

Die genaue Zahl der ermordeten Kinder zwischen 1939 und 1945 ist unbekannt, bezieht man jedoch alle genannten Kinder mit ein, liegt die Zahl der Opfer wahrscheinlich über 10.000¹⁴¹.

In den meisten Fachabteilungen gab es keine gesonderten Stationen für Reichsausschusskinder, sondern die Kinder waren zusammen mit anderen Kindern oder Erwachsenen untergebracht, um die Geheimhaltung besser wahren zu können¹⁴².

Zur Tötung der Kinder kamen verschiedene Methoden zur Anwendung. In vielen Fällen wurde das Barbiturat Luminal in einer typischen Art der Durchführung verwendet¹⁴³. Viele Kinder starben schon auf dem Weg in die Kinderfachabteilungen, da sie während dem Transport nur unzureichend versorgt wurden¹⁴⁴. Körperliche Krankheiten wurden in den Kinderfachabteilungen häufig nicht behandelt, was in vielen Fällen den Tod bedeutete. Des Weiteren war man bereits im Herbst 1939

¹³⁷ Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 21.

¹³⁸ Aussage Mennecke, zitiert nach Mitscherlich, Alexander (1960): Medizin ohne Menschlichkeit, S. 212.

¹³⁹ Beddies, Thomas, Hübener Kristina (2004): Kinder in der NS-Psychiatrie, S. 1.

¹⁴⁰ Beddies, Thomas, Hübener Kristina (2004): A. a. O., S. 9.

¹⁴¹ Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 20f.

¹⁴² Vgl. Heyde-Anklage, S. 119, zitiert nach Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 19.

¹⁴³ Siehe unter Eglfing-Haar im Folgenden genauer beschrieben.

¹⁴⁴ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 187.

dazu übergegangen, die Kinder einfach verhungern zu lassen, wie es am Beispiel Eglfing-Haar im Folgenden noch beschrieben wird¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Schmuhl, Hans-Walter (1987): A. a. O., S. 187.

4.3 Beispiele für Kinderfachabteilungen – Stätten der Euthanasie und Forschung

Es existieren verschiedene Angaben über die Anzahl der Kinderfachabteilungen im Reichsgebiet. Die Zahlen schwanken zwischen 19 und 37.

Benzenhöfer versuchte, die genaue Anzahl über die Sonderzuwendungen für das Personal der Abteilungen zu bestimmen, da diese Zuwendungen vom Reichsausschuss penibel verzeichnet wurden. Er kam auf mindestens 30 Kinderfachabteilungen. Andere Zahlen beruhen z. B. auf der Aussage Hefelmanns vor dem Oberlandesgericht Frankfurt von 1960.

Die genaue Zahl der Fachabteilungen bleibt jedoch bis heute unklar. Die Orte der Kinderfachabteilungen waren im ganzen Reichsgebiet verteilt. Die nachstehende Liste entstand auf der Grundlage der Nachforschungen Benzenhöfers¹⁴⁶.

Ansbach, Heil- und Pflegeanstalt	Leipzig-Dösen, Landes-Heil- und Pflegeanstalt
Berlin-Wittenau, Städtische Nervenklinik für Kinder und Jugendliche („Wiesengrund“)	Loben (auch: Lublinitz), Heil- und Pflegeanstalt
Breslau, Krankenhaus Nord, Inst. für prakt. Psychiatrie und psychiatrische Erbforschung	Lüneburg, Heil- und Pflegeanstalt
Conradstein, Heil- und Pflegeanstalt	Marsberg (auch: Niedermarsberg), Provinzialheilanstalt
Dortmund-Aplerbeck, Heil- und Pflegeanstalt	Sachsenberg (bei Schwerin), Heil- und Pflegeanstalt
Eglfing-Haar, Heil und Pflegeanstalt	Schleswig, Heil- und Pflegeanstalt Schleswig-Stadtfeld
Eichberg, Landesheilanstalt	Stadtroda, Thür. Landesheilanstalt
Görden (bei Brandenburg), Landesanstalt	Stuttgart, Städtische Kinderheime
Graz, Heil- und Pflegeanstalt Am Feldhof	Tiegenhof bei Gnesen, Landesheilanstalt
Großschweidnitz bei Löbau, Landesanstalt	Uchtspringe, Landesheilanstalt
Hamburg, Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn	Ueckermünde, Heilanstalt

¹⁴⁶ Vgl. auch Topp, Sascha (2004): Der „Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“, S. 34f.

Hamburg, Privates Kinderkrankenhaus Rothenburgsort	Waldniel, Heil- und Pflegeanstalt
Kalmenhof (Idstein im Taunus), Heilerziehungsanstalt	Wien, Städtische Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund“
Kaufbeuren, Heil- und Pflegeanstalt	Wiesengrund, Heil- und Pflegeanstalt
Leipzig, Universitätskinderklinik	Wiesloch, Heil- und Pflegeanstalt

Eglfing-Haar

Die Kinderfachabteilung Eglfing-Haar wurde von Dr. Hermann Pfannmüller (1886-1961) geleitet, einer jener Vertreter des hitlerischen Rassenwahns, der aus voller Überzeugung handelte¹⁴⁷, wie an seinen im Folgenden zitierten Worten deutlich wird:

„[...] Die völlig verblödeten, gänzlich asozialen, absolut pflegebedürftigen [...], die jetzt [...] in zunehmendem Maße die Anstalten untragbar verantwortlich belasten und überfüllen [...], solches Krankenmaterial [...] unter den primitivsten Bedingungen zu verwahren oder überhaupt auszumerzen, ist nun ernstlich diskussionsreif geworden.“¹⁴⁸

Sein Ziel war es, Eglfing-Haar zu einer „Musteranstalt“ zu machen. Die Kinderfachabteilung in Eglfing-Haar wurde 1941 eingerichtet. Die Kinder kamen aus verschiedenen Gegenden Bayerns, Württembergs, aus Baden, Österreich und aus Eglfings regulärem Kinderhaus. Die Abteilung war eine Art Endstation für Transporte aus anderen Anstalten. Zwischen 1940 und 1945 fanden hier 332 Kinder den Tod, davon wurden 312 vergiftet, die restlichen starben durch gezielte Unterernährung oder fehlende ärztliche Hilfe¹⁴⁹.

Für die planmäßige Durchführung der „Behandlung“ hatte der Direktor Dr. Pfannmüller einen Terminkalender. Daraus wurde zu Anfang jeden Monats bei der Visite sowohl dem Abteilungsarzt wie auch der Sonderpflegerin der Zeitpunkt des Eingreifens verlesen. Auf diese Weise folgten die Opfer, oft gleichviel Buben wie Mädchen, genau verteilt und möglichst unauffällig aufeinander und die Tötungskurve erhielt den Anschein eines natürlichen Verlaufs.

¹⁴⁷ Zur Geschichte der Anstalt Eglfing-Haar vgl. Richarz, Bernhard (1987): Heilen, Pflegen, Töten, sowie Schmidt, Gerhard (1965): Selektion in der Heilanstalt 1939-1945.

¹⁴⁸ Schmidt, Gerhard (1965): Selektion in der Heilanstalt 1939-1945, S. 23.

¹⁴⁹ Schmidt, Gerhard (1965): A. a. O., S.100, 113.

Zur Tötung wurde in vielen Fällen das Barbiturat Luminal – ein Beruhigungsmittel – in einer Dosis von 0,5g angewendet (Die Maximaldosis für Erwachsene liegt bei 0,4g, für Schulkinder 0,1g und für Kleinkinder 0,05g)¹⁵⁰. Die Gabe wurde im stündlichen Abstand 2-3mal wiederholt. Sobald die Kinder aus der tiefen Sedierung erweckt wurden, um eine neue Luminalgabe zu empfangen, erlitten sie starke Schmerzen. Die Überdosierung von Luminal bewirkte eine Störung der Lungendurchblutung und eine erschwerte Atemtätigkeit. Durch die dauernde Ruhigstellung der Kinder wurde das Abhusten des Schleims gedämpft und die Lungenentzündung gefördert. Dies hatte den Vorteil, dass dadurch der Tod nicht akut eintrat, man konnte das Ableben steuern und solange hinauszögern bis das tiefer und tiefer benommene Opfer schließlich an Bronchitis und Lungenentzündung eines scheinbar natürlichen Todes starb. Durchgeführt wurde dieses Verfahren von Sonderpflegerinnen, die dadurch ein Aufgeld von 25 Reichsmark/Monat kassierten¹⁵¹. Als Todesursache wurde meist „natürlicher Tod durch Lungenentzündung“ angegeben¹⁵².

Wie in keinem anderen Euthanasie-Zentrum organisierte Dr. Pfannmüller außerdem Lehrgänge durch seine Stationen, durch die die Öffentlichkeit von der Minderwertigkeit der Patienten überzeugt werden sollte.

Mit welcher Grausamkeit und kalter Berechnung der Anstaltsdirektor handelte, als er im Februar 1940 einen solchen Lehrgang durch seine Kinderstation führte, berichtet einer der Anwesenden später darüber:

„Wir haben hier Kinder im Lebensalter von ungefähr ein bis fünf Jahren. [...] Alle diese Geschöpfe stellen für mich als Nationalsozialisten nur Ballastexistenzen dar [...] Ballast für unseren Volkskörper. [...] Insofern ist die vom Führer angewiesene Aktion, die Volksgemeinschaft von dieser Überbürdung zu befreien, schlechthin eine nationale Tat, [...]. Wir führen die Aktion nun nicht durch Gift, Injektionen oder andere von außen erkennbare Maßnahmen durch [...]. Nein, unsere Methode ist viel einfacher.“

Mit diesen Worten zog er mit einem Handgriff ein Kind aus dem Bett. Während der dicke, verfettete Mann das wimmernde Menschlein-Gerippe wie einen erbeuteten Hasen herumzeigte, bemerkte er sachlich:

„Wir entziehen die Nahrung natürlich nicht von einem Tag zum anderen. Das würde zuviel Unruhe machen. Wir verringern allmählich die Essenrationen. Die Natur hilft sich dann schon selber [...]. Bei diesem hier wird es kaum noch zwei bis drei Tage dauern [...].“

¹⁵⁰ Schmidt, Gerhard (1965): Selektion in der Heilanstalt 1939-1945, S.110.

¹⁵¹ Schmidt, Gerhard (1965): A. a. O., S.110.

¹⁵² Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, S. 19.

Dann ließ er das Kind in sein Bettchen zurückfallen.“¹⁵³

Wien Am Spiegelgrund

Die Kinderfachabteilung ‘Wien Am Spiegelgrund’ war die zweitgrößte im gesamten Dritten Reich. Mit der höchsten Todesrate hatte sie auch Vorbildcharakter für andere Kinderfachabteilungen. Am Spiegelgrund fanden ergänzend zur Kinderfachabteilung in Brandenburg-Görden bei Berlin auch Schulungen zur Kindereuthanasie statt.

Der organisierte Massenmord an Kindern und Jugendlichen zwischen 1940 und 1945 war das größte je in Wien planmäßig durchgeführte Gewaltverbrechen. Insgesamt fielen mehr als 800 Kinder den Euthanasie-Verbrechen am Spiegelgrund zum Opfer¹⁵⁴.

Die Kinderfachabteilung wurde 1940 auf dem Gelände der Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof gegründet. Aus der Anstalt am Steinhof wurden unmittelbar vor der Eröffnung der Kinderfachabteilung im Sommer 1940 mehr als 3200 Patienten im Rahmen der Erwachsenen euthanasie abtransportiert. Sie wurden überwiegend in die bei Linz gelegene Tötungsanstalt Hartheim gebracht und dort vergast. Dadurch war viel Platz in den Pavillons auf dem Anstaltsgelände entstanden, der für die Verlegung fremder Institute¹⁵⁵ verwendet wurde¹⁵⁶.

Die Anstalt änderte zwischen 1940 und 1945 mehrmals ihren Namen. Anfangs war die Kinderfachabteilung noch in die städtische Jugendfürsorgeanstalt eingegliedert und lief unter dem Namen „Wiener städtische Jugendfürsorgeanstalt ‘Am Spiegelgrund’“, später wurde sie zu „Heilpädagogischen Klinik der Stadt Wien ‘Am Spiegelgrund’“ und ab 1943 trug sie den Namen „Wiener städtische Nervenklinik für Kinder“, den sie bis 1945 behielt.

Diese auffallend häufigen Namensänderungen könnten ein Instrument dafür gewesen sein, die Vorgänge in der Anstalt zu vertuschen¹⁵⁷.

Zu Beginn verfügte die Abteilung über 640 Betten, die ärztliche Leitung hatte bis Ende 1941 Dr. Erwin Jekelius (1905-1952) inne. Als Grund für sein Ausscheiden wird

¹⁵³ Zitiert aus Kaul, Friedrich Karl (1979): Die Psychiatrie im Strudel der „Euthanasie“, S. 33f.

¹⁵⁴ Häupl, Waltraud (2006): Die ermordeten Kinder vom Spiegelgrund, S. 11-21.

¹⁵⁵ Podhajski, Wilhelm (1959): Festrede, S. 347.

¹⁵⁶ Dahl, Matthias (1998): Endstation Spiegelgrund, S.33f.

¹⁵⁷ Dahl, Matthias (1998): A. a. O., S.35.

nach verschiedenen Quellen seine Einberufung in die Wehrmacht bzw. in die Berliner T4-Zentrale angegeben¹⁵⁸.

Nach einer Übergangszeit, in der Frau Dr. Hübsch die Anstaltsführung übernahm, wurde ab Juli 1942 Dr. Ernst Illing (1904-1946) Leiter der Kinderfachabteilung 'Am Spiegelgrund'.

Die absolute Geheimhaltung der Vorgänge in der Klinik wurde stets sichergestellt. An die Anfangszeit erinnert sich die Krankenpflegerin Anna Katschenka, die 1941 bis 1945 in der Kinderanstalt arbeitete:

„Einige Tage nach meiner Anstellung im Steinhof ließ mich Dr. Jekelius in seine Ordination rufen, erinnerte mich an meinen Diensteid und an meine Pflicht, das Dienstgeheimnis stets zu wahren und erklärte mir, dass ich niemals über die Vorfälle in der Anstalt sprechen und auch keine unnötigen Fragen stellen dürfe. Er meinte, ich habe nun gesehen, welche armseligen Kinder in der Anstalt seien, denen man absolut nicht mehr helfen könne, und ich habe beobachtet wie er diese Fälle bearbeitet [...]. Dr. Jekelius erklärte mir damals weiter, dass Kinder, denen absolut nicht mehr zu helfen sei, ein Schlafmittel bekämen, damit sie schmerzlos 'einschlafen'. Später solle ein diesbezügliches Gesetz geschaffen werden, für das man aber vorher Unterlagen sammeln müsse, um das Gesetz der Allgemeinheit mundgerecht zu machen.“¹⁵⁹

Entscheidend für den Verbleib der Kinder in der Klinik waren in den meisten Fällen die Diagnosen „bildungsunfähig“ oder „arbeitsunfähig“. Getroffen wurden diese Entscheidungen von den Ärzten Dr. Ernst Illing, Dr. Marianne Türk (geb. 1914), Dr. Margarethe Hübsch¹⁶⁰ und Dr. Heinrich Gross (1915-2005).

'Am Spiegelgrund' gab es eine Beobachtungsstation, die etwa 80 Kinder und Jugendliche fasste, deren Aufgabe darin bestand, die Kinder auf „Erziehbarkeit“ und „soziale Brauchbarkeit“ zu überprüfen. Sie wurden in sieben Gruppen eingeteilt:

1. Säuglinge (20 Betten)
2. Krabbelkinder (20 Betten)
3. Kleinkinder (20 Betten)
4. Männliche bettlägerige Kinder und Jugendliche (15 Betten)

¹⁵⁸ Vernehmung des Beschuldigten Dr. Illing am 17.10.1945 (DÖW E 18282). Wunder et al. (1987): Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr. Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus, S. 218, beides zitiert nach Dahl, Matthias (1998): Endstation Spiegelgrund, S. 35.

¹⁵⁹ Vernehmung der Beschuldigten Katschenka, 24. 7.1946 (Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes E 18282), zitiert nach Dahl, Matthias (1998): Endstation Spiegelgrund, S.39.

¹⁶⁰ Sterbedatum von Dr. M. Türk und Lebensdaten von Dr. M. Hübsch leider unbekannt.

5. Weibliche bettlägerige Kinder und Jugendliche (15 Betten)
6. Männliche gehfähige, bildungsunfähige Kinder und Jugendliche (25 Betten)
7. Weibliche gehfähige, bildungsunfähige Kinder und Jugendliche (25 Betten)

Die Reichsausschusskinder waren sowohl im Pavillon 15 als auch im Pavillon 17 untergebracht. Zum Tod der Kinder kam es jedoch nur im Pavillon 15 und gelegentlich im Pavillon 1, wenn Kinder auf der dort befindlichen Aufnahmestation untergebracht waren.

Von den gemeldeten Kindern überlebten jene, die als „arbeitsverwendungsfähig“ beurteilt waren und jene, die von den Eltern „gegen Revers“ abgeholt wurden, das hieß, die Eltern unterschrieben ein Schriftstück, dass sie auf eigene Verantwortung und gegen ärztlichen Rat ihr Kind heimholen würden.

Die Kinder kamen meist aus anderen Kinderheimen und Anstalten. Ärzte vom 'Spiegelgrund' unternahmen eigene „Selektionsreisen“ bei denen sie städtische und private Kinderheime aufsuchten, um nach Fällen für die Kinderfachabteilung zu suchen¹⁶¹. Den Eltern wurde die Umverlegung ihres Kindes von einer Anstalt in die andere mit der „luftgefährdeten Lage“ der Heilanstalt erklärt¹⁶².

Bei der Aufnahme jedes Kindes wurde eine detaillierte Akte angelegt, die alle bekannten Daten wie Familienanamnese, eine Beschreibung des Körpers, eine innere Untersuchung, ein neurologischer Status, sowie eine psychische Beurteilung enthielt und vom betreuenden Arzt handschriftlich bis zur Entlassung des Kindes bzw. dessen Tod weitergeführt wurde.

Von den medizinischen Untersuchungen war es vor allem die so genannte Enzephalographie¹⁶³, eine damals übliche Methode zur Differenzierung zwischen „exogenem“ und „endogenem Schwachsinn“, der die Kinder unterzogen wurden¹⁶⁴. Die medizinische Notwendigkeit dieser sehr eingreifenden und schmerzhaften Röntgenuntersuchung der Gehirnventrikel muss mehr als in Frage gestellt werden. Sie wurde auch bedenkenlos an geschwächten und erkrankten Kindern durchgeführt, was den Verlust ethischer Wertmaßstäbe deutlich macht.

¹⁶¹ Rigele, Brigitte (2005): Kindereuthanasie in Wien 1940-1945, S. 35.

¹⁶² Rigele, Brigitte (2005): A. a. O., S. 36.

¹⁶³ Auch „Pneumencephalographie“ genannt, ebenfalls durchgeführt in der Forschungsabteilung Heidelberg.

¹⁶⁴ Vgl. Rigele, Brigitte (2005): Kindereuthanasie in Wien 1940-1945, S. 39.

Welche weiteren „wissenschaftlichen Untersuchungen“ in dem so genannten Beobachtungszeitraum an lebenden Kindern durchgeführt wurden, lässt sich nur erahnen, beispielsweise wurde zweimal der Hinweis auf schlecht verheilende „Trepanationswunden“ gefunden, zu welchem Zweck diese Schädelanbohrungen vorgenommen wurden, konnte aber nicht geklärt werden.

In einigen Krankengeschichten kann auch die Korrespondenz der Klinikleitung mit Dr. Elmar Türk (geb. 1907)¹⁶⁵ von der Wiener Universitätsklinik nachvollzogen werden. Dieser führte Tuberkulin-Impfexperimente an behinderten Kindern durch, indem er geimpfte Kinder einer neuen Infektion aussetzte und zum Vergleich auch nicht geimpfte Kinder infizierte, um die Wirkung der Impfung zu überprüfen.

Auch Dr. Illing forschte an Kindern über die tuberöse Sklerose (Tumore an der Hirnrinde). Unter „perfekten“ Voraussetzungen konnte er seine Diagnostik mit dem Sektionsbefund des jeweiligen Kindes korrelieren¹⁶⁶.

Der Tod der Kinder wurde meist durch Veronal oder Luminal herbeigeführt. Die Todesmeldungen an die Eltern enthielten die „offizielle“ Todesursache – in den allermeisten Fällen Lungenentzündung – und den Hinweis, dass das Kind durch einen „sanften Tod erlöst“ worden wäre. Diese Legende zerschlug eine Mutter 1946, die von einem von Schmerzen verzerrten und entstellten Gesicht ihres Sohnes sprach.

Für den Zeitraum von Oktober 1942 bis Mai 1945 lassen sich aus einem Aufnahmebuch der Nervenklinik die Entlassungen von etwa 300 Kindern nachweisen, wohingegen im selben Zeitraum etwa 540 Kinder 'Am Spiegelgrund' getötet wurden¹⁶⁷.

Nach dem Krieg 1945 löste der Stadtrat die Nervenklinik für Kinder mit sofortiger Wirkung auf. Dr. Illing wurde offiziell außer Dienst gestellt. Ein Jahr später schied Frau Dr. Türk aus der Anstalt aus, gegen beide lief bereits ein Gerichtsverfahren. Illing wurde zum Tode verurteilt und hingerichtet. Dr. Gross befand sich zu diesem Zeitpunkt in russischer Kriegsgefangenschaft. Dr. Jekelius wurde von der russischen Besatzungsmacht auf der Flucht gefasst und starb 1952 angeblich in einem Lager.

¹⁶⁵ Sterbedatum unbekannt.

¹⁶⁶ Rigele, Brigitte (2005): Kindereuthanasie in Wien 1940-1945, S. 38-40.

¹⁶⁷ Rigele, Brigitte (2005): A. a. O., S. 42.

Über die Kinder haben sich oft nur die Krankenakten als einzige Information erhalten. Diese entgingen der 1944 kurz vor Kriegsende angeordneten Vernichtung von Krankenakten, möglicherweise weil sie für die spätere Auswertung der Präparate benötigt wurden¹⁶⁸.

In den letzten Jahren fand in Wien eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Kindereuthanasie statt. Auslöser war ein Gerichtsgutachten von 1975, das zufällig Dr. Heinrich Gross über Friedrich Zawrel erstellte.

Gross hatte mittlerweile eine glänzende Karriere als Wissenschaftler gemacht und war zu einem der meistbeschäftigten Gerichtsgutachter des Landes aufgestiegen. Offenbar unter dem politischen Schutz der Sozialdemokraten (SPÖ) erhielt er sogar ein eigenes wissenschaftliches Institut und wurde mit Orden dekoriert¹⁶⁹.

Zawrel war als Kind während der Tätigkeit des ehemaligen NS-Arztes Gross Patient in 'Wien Am Spiegelgrund' und erkannte nach über 30 Jahren seinen Peiniger wieder.

Seither wurde der Fall Gross verstärkt in die Öffentlichkeit gerückt. Erst 1999 wurde gegen Dr. Gross Anklage wegen Beteiligung am Mord erhoben, 2002 wurde das Verfahren wegen Verhandlungsunfähigkeit jedoch eingestellt. Unklar ist, ob der inzwischen verstorbene Dr. Gross seine Verhandlungsunfähigkeit nur vortäuschte, um dem Gerichtsverfahren zu entgehen.

Im Zuge der verstärkten geschichtlichen Auseinandersetzung wurde nicht nur die Tötung der Kinder, sondern auch der weitere Missbrauch der Opfer zu damaligen Forschungszwecken aufgedeckt. In einem Keller der Pathologie der Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof tauchten die sterblichen Überreste (Köpfe, Gehirne u. a.) von über 400 Kindern auf. In Wien wurde 1945 eigens ein Institut für Hirnforschung gegründet, das die Spiegelgrund-Opfer zur Grundlage hatte. Ihre neuropathologische Präparate bildeten noch jahrzehntelang die Grundlage für wissenschaftliche Veröffentlichungen, deren Großteil in den 1950er und 1960er Jahren erschien. Das

¹⁶⁸ Rigele, Brigitte (2005): A. a. O., S. 29-33.

¹⁶⁹ Anonymus (n. b.): Gehirne von Euthanasieopfern, vgl. außerdem Neugebauer Wolfgang (1998): Zum Umgang mit der NS-Euthanasie in Wien nach 1945.

Neurologische Institut der Universität Wien erhielt Gehirnpräparate aus der Spiegelgrund-Klinik, die zum Teil bis ins Jahr 2001 dort aufbewahrt wurden¹⁷⁰.

2002 schließlich wurden alle identifizierbaren sterblichen Überreste, wie Feuchtpräparate, histologische Schnitte und Paraffinblöcke, in einem Ehrengrab der Stadt Wien am Zentralfriedhof begraben¹⁷¹.

Eichberg

Die Kinderfachabteilung der Landesheilanstalt Eichberg war eine jener Einrichtungen, die 1941 eigens für die Durchführung der Kindermorde im Rahmen des Reichsausschussverfahrens aufgebaut wurde¹⁷².

Ein besonderes Augenmerk gilt der im Folgenden beschriebenen Beziehung zwischen der Kinderfachabteilung am Eichberg und der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg von Carl Schneider (1891-1946).

Im Winter 1940/41 kamen Dr. Hefelmann und Richard von Hegener vom Reichsausschuss persönlich auf den Eichberg und besprachen mit dem damaligen Direktor der Anstalt Dr. Friedrich Mennecke (1904-1947) die Einrichtung einer Kinderfachabteilung.

Mennecke war seit Anfang 1939 als sehr junger und noch unerfahrener Arzt Direktor der Heil- und Pflegeanstalt am Eichberg geworden. Kurz vor Übernahme der Leitung am Eichberg war Mennecke in der SS, der er - ebenso wie der NSDAP - seit 1932 angehörte, zum Untersturmführer befördert worden. Die Beauftragung Menneckes mit der Klinikleitung ist wohl darauf zurückzuführen, dass der junge Mennecke sich als überzeugter Nationalsozialist präsentierte und am ehesten einen „willigen Vollstrecker“ für die geplante Euthanasieaktion am Eichberg darstellte¹⁷³.

Er räumte von Beginn seiner Tätigkeit als Direktor den Interessen der Partei klar den Vorrang vor ärztlichen Erwägungen ein. Dr. Wilhelm Hinsin, der ehemalige Direktor

¹⁷⁰ Vgl. Czech, Herwig (2003): Erfassung, Selektion, Ausmerze, S. 116ff.

¹⁷¹ Rigele, Brigitte (2005): Kindereuthanasie in Wien 1940-1945, S. 25f.

¹⁷² Heute befindet sich auf dem Gelände der ehemaligen Landesheilanstalt Eichberg das „Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick“ (ZSP).

¹⁷³ HStA Wiesbaden, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 2, Bl. 31-33, Mennecke, Text „Mein Verhältnis zu Bernotat“ (o. D.), Anlage zu Aussage Mennecke (02.-13.05.1946), zitiert nach Sandner Peter (1999): Der Eichberg im Nationalsozialismus, S. 180f.

des Eichbergs, sagte im Eichberg-Prozess 1946 aus, Mennecke habe sich in erster Linie als Nationalsozialist und dann erst als Arzt gesehen¹⁷⁴.

In diesem Zusammenhang ist es auch nicht verwunderlich, dass der Reichsausschuss mit dem Vorschlag zur Einrichtung einer Kinderfachabteilung am Eichberg gerade an Mennecke herantrat, war von diesem doch eine entsprechend zustimmende Haltung zu erwarten. Dass Mennecke für diese Aufgabe ein geeigneter Mann war, machen seine Worte in einem Brief an seine Frau vom 14. Januar 1942 deutlich:

„Ich soll mit meiner Kinderfachabteilung, die noch weiter ausgebaut wird, in engstem Einvernehmen mit Schneider, Heinze u. Straub zusammen wirken, und die 'Ausmerze' dieser neuen 'Jugend-psychiatrischen Klinik' wird den Schluß ihrer Behandlung bei mir finden. Da haben wir bereits *das* Zukunftsprojekt, was ich immer von der Kinderfachabteilung erwartet habe!“¹⁷⁵

Die Kinderfachabteilung wurde in der ehemaligen Frauenbaracke am nordöstlichen Rand des Anstaltgeländes eingerichtet. Die Leitung der Kinderfachabteilung wurde dem Oberarzt Dr. Walter Eugen Schmidt (1910-1970) übertragen, der für diese Aufgabe vom Militärdienst unabhkömmlich (u. k.) gestellt wurde¹⁷⁶.

Die Kinderfachabteilung Menneckes sollte in das Reformprojekt psychiatrischer Therapie und Versorgung eingebunden werden, das neben aktiver Behandlung der therapie- und integrationsfähigen Patienten durch Schock- und Arbeitstherapie die Vernichtung der chronisch Kranken und nicht behandelungsfähigen Patienten sowie

¹⁷⁴ Aussage Hinsen im Eichberg-Prozess (10.12.1946) HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Bl. 100, zitiert nach Sandner Peter (1999): Der Eichberg im Nationalsozialismus, S. 181.

¹⁷⁵ Abgedruckt in: Mennecke, Friedrich (1987): Innenansichten eines medizinischen Täters, S. 326. Sowie Heidelberger Dokument 128 005-010, Bundesarchiv Berlin/Koblenz, Film NAW T 1021 Roll 12 File 707, Bd. 19, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg 1941 bis 1945, S. 222. Zu den Personen: Hans Heinze (1895-1983), Leiter der Anstalt Brandenburg-Görden und seit 1939 Gutachter für den Reichsausschuß; Erich Straub (1885-1945), Oberarzt an der Landesheilanstalt in Schleswig und seit 1941 T4-Gutachter; Carl Schneider (1891-1946), ebenfalls T4-Gutachter seit 1940 und Leiter des Lehrstuhls für Psychiatrie an der Universität Heidelberg (im Folgenden genauer beschrieben).

¹⁷⁶ Hauptstaatsarchiv Wiesbaden (HStA Wi), Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Bl. 9f., Aussage Mennecke im Eichbergprozess (03.12.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg, S. 222.

der so genannten „gemeinschaftsunfähigen“ und „bildungsunfähigen“ Kinder und Jugendlichen vorsah¹⁷⁷.

Als Mennecke Anfang 1943 nach Auseinandersetzungen mit dem Anstaltsdezernenten Bernotat zur Wehrmacht einberufen wurde, musste er seine Position am Eichberg dem stellvertretenden Direktor Dr. Schmidt überlassen, der auch die Arbeit der Kinderfachabteilung fortsetzte.

Die Kinderfachabteilung bestand aus einem großen Saal und zwei kleinen Räumen mit fünf Betten, einem Isolierzimmer sowie einem Besucherzimmer. Insgesamt verfügte die Station über 30 Betten. Kinder über neun Jahre wurden nicht auf der Kinderfachabteilung, sondern auf der Erwachsenenstation untergebracht.

Nach Aussage der Stationsschwester Käthe K. sei die Versorgung der Station mit Nahrungsmitteln gut gewesen. Die Kinder hätten Vollmilch, Kartoffelbrei und Gemüsebrei bekommen¹⁷⁸. Dies geht auch aus einem Ermittlungsverfahren von 1943/44 wegen Unterschlagung von Nahrungsmitteln hervor, in dem es heißt: Nur die Kinderfachabteilung sei vom angeschlossenen Wacholderhof mit Vollmilch versorgt worden. Außerdem sei Kakao und Kunsthonig geliefert worden¹⁷⁹. Übereinstimmend mit der Stationsschwester Käthe K. betonte Dr. Schmidt im Eichbergprozess 1946:

„Wir haben unsere Kinder gut versorgt, die Abteilung glänzte sauber, sie war ein Schmuckkasten. Alles, was an Besuchen kam, wurde in diesen Hallen durchgeführt. Die Betten und alles waren vorzüglich in Ordnung; das wurde von allen Besuchern anerkannt, die Kinder sauber. Ich habe besondere Seife einführen lassen. Wir haben extra Feinseife einführen lassen für diese Kinder.“¹⁸⁰

¹⁷⁷ Heidelberger Dokument 128 005-010, Bundesarchiv Berlin/Koblenz, Film NAW T 1021 Roll 12 File 707, Bd. 19. Sowie Heidelberger Dokument 126 420-427, Bundesarchiv Berlin/Koblenz, Film NAW T 1021 Roll 10 File 707, Bd. 11: Gedanken und Anregungen betr. die künftige Entwicklung der Psychiatrie; ebd. Heidelberger Dokument 127 919-923, Roll 12 File 707, Bd. 18-20, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 222, vgl. Götz, Aly (1985): Der saubere und der schmutzige Fortschritt. Reform und Gewissen, S. 9-78.

¹⁷⁸ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Aussage Käthe K. im Eichbergprozess (05.12.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 223.

¹⁷⁹ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 18825, Bl. 139-144, Aussage Heinrich K. gegenüber Kriminalpolizeileitstelle Frankfurt a. M. (08.12.1943), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 223.

¹⁸⁰ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Aussage Walter Schmidt im Eichbergprozess (03.12.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 223.

Man könnte mutmaßen, Dr. Schmidt habe den Eindruck der Kinderfachabteilung bewusst so ordentlich und sauber erscheinen lassen wollen, um die Eltern über die eigentlichen Vorgänge in der Fachabteilung hinwegzutäuschen. Dies wird umso augenfälliger, wenn man die Verhältnisse auf den übrigen Stationen des Eichbergs mit einbezieht, wo Hunger, massive Überbelegung, katastrophale sanitäre Verhältnisse und mangelnde pflegerische Betreuung herrschten, die für sich genommen schon zu einer hohen Sterblichkeit führten¹⁸¹.

Wie viele Kinder in der Kinderfachabteilung Eichberg ermordet wurden, ist nicht genau geklärt. Dr. Schmidt gab im Eichbergprozess die Tötung von 30-40¹⁸² und seine Oberschwester Helene Sch. die Tötung von 30-50 Kindern durch Morphium- bzw. Luminalspritzen zu¹⁸³. Die Stationsschwester Käthe K. habe darüber hinaus durch in Zuckerwasser aufgelöste Luminaleinläufe getötet, bestritt dies im Eichbergprozess jedoch bis zuletzt:

„Ich wurde in nichts eingeweiht, in gar nichts.“¹⁸⁴

Nach Aussage der Oberschwester Helene Sch. sollen etwa 500 Kinder in die Kinderfachabteilung aufgenommen worden sein, davon seien etwa zwei Drittel gestorben, ein Drittel (200 Kinder) sei durch Spritzen und Tabletten getötet worden. Die Tötung sei in einem abgelegenen Raum, dem Isolierzimmer, vorgenommen worden¹⁸⁵.

¹⁸¹ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 1, Bericht der Ärztin Elisabeth Vigano (August 1945), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 223, vgl. auch Sandner Peter (1999): Der Eichberg im Nationalsozialismus.

¹⁸² HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Aussage W. Schmidt im Eichbergprozess (03.12.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 225.

¹⁸³ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 2, Vernehmung Helene Sch., Staatsanwaltschaft Frankfurt a. M. (03.05.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 225.

¹⁸⁴ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Aussage Käthe K. im Eichbergprozess (05.12.1946). In einem Brief an den Reichsausschuss vom 27.11.1943 wegen der Zuweisung von Weihnachtsgratifikationen bezeichnete Schmidt die Stationsschwester Käthe K. jedoch als eingeweiht: Bundesarchiv Berlin, 62 Ka 1 Nr. 242 (Signatur des Zentralarchivs der DDR); Bl. 70, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 225.

¹⁸⁵ Vgl. HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 2, Bl. 14, bzw. Bd. 4, Aussagen Helene Sch. im Eichbergprozess (03.05.1946 bzw. 05.12.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 225.

Durch Zeugenaussagen im Eichbergprozess ist die Tötung mehrerer Kinder belegt, die die Verschleierung der Tötung als aktive Sterbehilfe widerlegen. So zum Beispiel die Aussage einer Schwester der Frauenstation:

„Die Oberschwester Helene kam einmal in die Abteilung und sagte mir, ich solle die beiden Kinder Sch. und Erna M. in den Sezierraum bringen und sie kam später, ¼ vor sieben Uhr. Ich sollte ihnen einen ccm, eine sogenannte Schlafspritze geben, im Falle die Kinder – [...]. Das habe ich ausgeführt. Als die Oberschwester kam, fragte sie mich, ob ich eine Spritze hätte, die ihrige wäre verstoßen. Da bin ich ins Bad gegangen und habe eine geholt. Wie ich zurück kam, sagte sie, sie brauche sie nicht mehr, sie ginge wieder. Da hat Erna M. schon eine gehabt und Anneliese Sch. hat im Beisein von mir von der Oberschwester noch eine bekommen. [...] Die eine ist gestorben, am nächsten Morgen war sie tot, die andere hat noch drei Tage gelebt, die ist in dem Raum geblieben.“¹⁸⁶

Aus erhaltenen Krankengeschichten lässt sich nur schwer beantworten, welche Kinder aktiv getötet wurden, da die Dokumentation nur sehr dürftig ist. Doch auch bei Kindern, die an Infektionskrankheiten starben, stellt sich die Frage, ob diese Kinder nicht vernachlässigt wurden, beziehungsweise die notwendige medizinische Pflege nicht durchgeführt, die Kinder also absichtlich dem Tode überlassen wurden¹⁸⁷. In manchen Krankengeschichten von aus anderen Anstalten verlegten Kindern findet sich beispielsweise nur:

„Status unverändert. Heute gestorben (Pneumonie).“¹⁸⁸

Aus anderen Eintragungen wiederum lässt sich eine Tötungsabsicht rekonstruieren. So schrieb Dr. Schmidt am 30.08.1941 an den Vater des achtjährigen Günther:

„Wir bedauern, Ihnen heute mitteilen zu müssen, dass Ihr Söhnchen Günther heute nach einem heftigen Krampfanfall sanft gestorben ist. Das Herz war den häufigen Anfällen nicht mehr gewachsen.“¹⁸⁹

¹⁸⁶ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Aussage Sophie H. im Eichbergprozess (13.12.1946), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 225.

¹⁸⁷ Vgl. Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 226.

¹⁸⁸ HStA Wi, Abt. 430/ 1 Nr. 11066, Krankenakte, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 226.

¹⁸⁹ HStA Wi, Abt. 430/ 1 Nr. 11200, Krankenakte, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 226.

Als Todestag wurde in der Sterbeanzeige aber erst der 31.08.1941 eingetragen. Sowohl die Tatsache, dass der Beileidsbrief an die Eltern einen Tag, bevor das Kind tatsächlich starb, verfasst wurde, als auch die Beschreibung eines „sanften“ Todes nach einem Krampfanfall legt ein aktives Eingreifen zur Tötung des Kindes nahe.

Eintragungen in anderen Krankenakten lassen vermuten, dass die konkrete Entscheidung zur Tötung häufig durch „störendes“ oder „unsauberes“ Verhalten motiviert gewesen sein mag. So ist beispielsweise der Tod der 17-jährigen Edith einen Tag, nachdem sie eine Mitpatientin in den Arm gebissen hatte, verzeichnet. Vorher enthält der Pflegebericht über Tage hinweg Eintragungen über zehnstündige Dauerbäder wegen Erregungszuständen¹⁹⁰. Hier scheint der Tod als letztes Disziplinierungsmittel eingesetzt worden zu sein.

Bei dem am 2. April 1941 auf der Kinderfachabteilung aufgenommenen siebenjährigen Rudi war wohl auch die rassistische Einstufung der Mutter als sogenannte Zigeunerin von Bedeutung für die baldige Ermordung des Kindes. Dr. Schmidt beschrieb die Mutter als „imbezille Zigeunerin“, „total verwahrlost“, „verkommen“ und „verdreckt“, den Jungen selbst bezeichnete er als „mikrocephalen Idioten“ mit spastischen Lähmungen. Er könne nicht gehen, nicht stehen und nicht sprechen. Am 4. Mai wurde auf Anforderung des Reichsausschusses ein Meldebogen für das dort unbekanntes Kind ausgefüllt, der jedoch nicht mehr abgesendet werden brauchte, weil Rudi bereits am 7. Mai 1941 starb. Die letzten Eintragungen lauten:

„[...] Isst wenig, schläft viel [...] Atemnot, Cyanose der Lippen, vollkommen bewusstlos. [...] Sektion: hypostat. Pneumonie.“¹⁹¹

Die Verbindung von zunehmender Bewusstseinsminderung und Lungenentzündung ist typisch für die aktive Tötung der Kinder.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Dr. Schmidt seine Entscheidungen, welche Kinder er wann tötete oder töten ließ, relativ autonom und willkürlich traf¹⁹².

¹⁹⁰ HStA Wi, Abt. 430/ 1 Nr. 11186, Krankenakte. Else befand sich aufgrund ihres höheren Alters vermutlich nicht auf der Kinderfachabteilung selbst. Die Todesmeldung ist gegengezeichnet von Oberschwester Helene Sch., zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 226.

¹⁹¹ HStA Wi, Abt. 430/ 1 Nr. 10860, Krankenakte, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 227.

Weiterhin ist zu beachten, dass nicht alle in der Kinderfachabteilung Eichberg aufgenommenen und getöteten Kinder über die Gesundheitsämter und den Reichsausschuss eingewiesen und von den Eltern zur Aufnahme gebracht wurden. Viele Kinder wurden mit so genannten Sammeltransporten von anderen Anstalten nach Eichberg verlegt. Bei diesen Kindern findet sich in den nur zum Teil erhaltenen Krankenakten häufig keine Korrespondenz mit dem Reichsausschuss, obwohl Kinder, soweit sie in Kinderfachabteilungen aufgenommen wurden, dem Reichsausschuss zu melden waren. Solche Sammeltransporte nach Eichberg sind für folgende Anstalten verzeichnet: Landes-Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim (1941, 14 Kinder), Landesheilanstalt Marburg (1941, 11 Kinder), Landes-Heil- und Pflegeanstalt Phillipshospital Goddelau (1943, 37 Frauen und Kinder), Anstalt Hamburg- Langenhorn (1943, 29 Kinder), sowie Anstalt für Geistesschwache Schwarzacher Hof/ Baden (1944, 17 Kinder)¹⁹³.

Die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der Heidelberger Psychiatrischen Universitätsklinik

Von Anfang an nutzten Schmidt und Mennecke den Tod der Kinder zu wissenschaftlichen Zwecken. Zunächst schickte Schmidt regelmäßig Gehirne der von ihm am Eichberg getöteten Kinder an die Universitätsnervenklinik in Frankfurt und berichtete dem Reichsausschuss über das Ergebnis seiner Sektionen¹⁹⁴.

In den Eichbergprozessakten ist sogar ein Fotoalbum enthalten, das der Patient und Sektionsgehilfe B. Dr. Schmidt 1941 zu Weihnachten schenkte¹⁹⁵. Es enthält Fotos

¹⁹² Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 227.

¹⁹³ Vgl. HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442 (Eichbergprozess), Bd. 12, Bl. 188f., Aufstellung der Zugänge aus anderen Anstalten 1941-1944. Der Kindersammeltransport aus Marburg ist nur erwähnt in HStA Wi, Abt. 430/ 1 Nr. 12513 (Akte d. Landesheilanstalt Eichberg: „Aufnahme von Kranken“, 1941-1944), Schreiben an Dr. Schmidt an Landesheilanstalt Marburg (06.06.1941): Möglicherweise sind nicht alle Sammeltransporte von Kindern im „Durchgangsbuch“ (Archiv des Zentrums für Soziale Psychiatrie Rheinblick/Klinik Eichberg) verzeichnet, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 230.

¹⁹⁴ Vgl. HStA Wi, Abt. 430/ 1 Nr. 11169, Schreiben Dr. Schmidt an die Psychiatrische und Neurologische Klinik der Universität Frankfurt a. M. (15.05.1941): Schmidt übersandte das Gehirn des vierzehnjährigen Valentin W. mit der Bitte um Mitteilung des Befundes: „*Es handelte sich um vollkommen idiotisches Kind, das weder sprechen noch gehen noch stehen konnte.*“, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 231.

¹⁹⁵ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 14. Siehe Abbildung. Der Sektionsgehilfe B., ein wegen Morphinsucht eingewiesener Apotheker, soll ein „Faktotum“ von Dr. Schmidt gewesen sein und wurde nach Zeugenaussagen von Schmidt später mit mehreren Spritzen getötet; ebd., Bd. 1,

von Kindern der Kinderfachabteilung und die vermutlich dazugehörigen Abbildungen der Gehirne nach Ermordung der Kinder¹⁹⁶.

Über die Vermittlung Menneckes kam es etwa ab Anfang 1942 zu einer besonderen Zusammenarbeit mit der Heidelberger Universitätsklinik unter Prof. Carl Schneider. Im Sommer 1942 hospitierte Mennecke für mehrere Wochen in der Heidelberger Klinik, um die damals modernen Schocktherapieverfahren kennenzulernen, die Hospitation diente jedoch auch und vor allem dazu, die weitere wissenschaftliche Zusammenarbeit im Rahmen der Euthanasieaktionen vorzubereiten und zu planen. Dies lässt sich aus Menneckes Briefen an seine Frau schließen. So berichtete er zum Beispiel am 1. Juli 1942:

“Meine Aufgabe sei es – im Gegensatz zu Dr. Schmidt – insbesondere hier Einblick in seine ganz neuen Grundauffassungen von der Psychiatrie zu bekommen, um dann mit diesem Rüstzeug nach seinem Muster die Anstalt Eichberg hinsichtlich der Aktionsarbeit zu gestalten.“¹⁹⁷

Der Heidelberger Prof. Carl Schneider und Mennecke hatten bereits 1941 im Rahmen der Euthanasieaktion T4 zusammengearbeitet¹⁹⁸. Nach mehreren Treffen, an denen unter anderem wichtige NS-Funktionäre und -Psychiater sowie Ministerialrat Herbert Linden (1899-1945) vom Reichsinnenministerium teilnahmen, wurde die Zusammenarbeit zwischen Mennecke und Schneider im Laufe des Jahres 1942 zunehmend intensiviert¹⁹⁹. Schließlich gab der Anstaltsdezernent Bernotat im Mai 1942 folgende Anweisung:

“Gemäss Vereinbarung mit dem Direktor der Universitäts-Nervenklinik Heidelberg, Herrn Prof. Dr. Karl Schneider, sind sofort alle in der dortigen Anstalt bei Opduktionen [!] anfallenden Gehirnpräparate zu besonderen Versuchszwecken an die Universitäts-Nervenklinik in Heidelberg [...] einzusenden. Es sollen insbesondere Gehirne von verstorbenen Schwachsinnigen, Epileptikern, Postencephalitikern eingesandt werden.

Aussage des Zeugen O. R. , sowie ebd., Bd. 2, Aussage des Zeugen Dr. Coulon, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 231.

¹⁹⁶ Vgl. Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 231.

¹⁹⁷ Abgedruckt in Mennecke, Friedrich (1987): Innenansichten eines medizinischen Täters im Nationalsozialismus, S. 408. Der Begriff „Aktionsarbeit“ bezieht sich auf die „Euthanasieaktion“ und ihre wissenschaftliche Begleitung.

¹⁹⁸ Vgl. Brief Menneckes (17.02.1941), abgedruckt in Mennecke, a. a. O., S. 169.

¹⁹⁹ Vgl. Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg, S. 232f.

Es ist daher in jedem Falle bei diesen Kranken nach ihrem Ableben die Opduktion [...] durchzuführen.“²⁰⁰

In einer nach dem Krieg erstellten Liste der von den verschiedenen Anstalten eingesandten Gehirne (insgesamt 187 Gehirne) wurden von der Anstalt Eichberg zwischen 1942 und 1944 insgesamt 86 Gehirne verzeichnet²⁰¹. Auf der Rückseite des oben genannten Schreibens Bernotats heißt es, dass allein 110 Kindergehirne nach Heidelberg gesandt wurden²⁰².

Nach der Einberufung Menneckes zur Wehrmacht führte Dr. Schmidt die Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung weiter und übersandte 1943 und 1944 weiterhin Gehirne nach Heidelberg. Allerdings kam es zu Unstimmigkeiten und Verzögerungen bei der Übersendung²⁰³.

Noch im November 1944 ist der Besuch eines Mitarbeiters Schneiders, Dr. Dr. Julius Deussen (1906-1975) belegt, der auf den Eichberg kam, um sechs Gehirne nach Heidelberg zu bringen²⁰⁴. Dieser Besuch Deussens auf dem Eichberg stand im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt Carl Schneiders in Heidelberg, das trotz kriegsbedingter Erschwernisse bis in die letzten Monate des NS-Regimes fortgesetzt wurde.

Heidelberg – Kinderklinik

Im Folgenden soll dargestellt werden, inwieweit auch die damaligen Kinderkliniken an der Kindereuthanasie beteiligt waren. In der historischen Forschung zur NS-Euthanasie wurde der Begriff Kindereuthanasie lange Zeit synonym für das Reichsausschussverfahren verwendet²⁰⁵. Der Ermordung von Kindern außerhalb des

²⁰⁰ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 13, Bl. 12, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 233.

²⁰¹ Generallandesarchiv Karlsruhe, Zug. 1992/ 34, Abt. 309 No. 4, Staatsanwaltschaft Heidelberg, Az. I Js 1698/ 47, Sonderheft Fall Forschungsabteilung, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 233.

²⁰² HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 13, Bl. 12, zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 233.

²⁰³ Vgl. Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 234.

²⁰⁴ HStA Wi, Abt. 461 Nr. 32442, Bd. 4, Schreiben Dr. Deussen an Dr. Schmidt (25.11.1944), zitiert nach Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 234.

²⁰⁵ Vgl. z. B. Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat. S. 76-81 und S. 294-307, sowie Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 182-189. Beide

Reichsausschussverfahrens in Kinderkliniken ohne eigener Kinderfachabteilung wird seit Kurzem Aufmerksamkeit gewidmet und ist Gegenstand neuerer Forschungen.

Die Arbeiten von Hohendorf und Rotzoll über die Kinderklinik Heidelberg²⁰⁶ haben ergeben, dass Kinder in der Heidelberger Kinderklinik zumindest in einer Weise behandelt wurden, dass ihr Tod verfrüht eingetreten ist²⁰⁷.

So lässt sich an diesem Beispiel zeigen, welche Auswirkungen das Reichsausschussverfahren auf die allgemeine Praxis in der Pädiatrie hatte: Die Tötung behinderter Kinder erfuhr eine kontinuierliche Ausweitung und erstreckte sich auch über den Rahmen der Kinderfachabteilungen hinaus. Weder die Kinderklinik noch die Psychiatrische Klinik Heidelberg hatten eine eigene Kinderfachabteilung. Dass trotzdem Kinder – wie viele ist bisher ungeklärt – in Heidelberg getötet wurden oder zur Ermordung gezielt in die Kinderfachabteilung Eichberg überwiesen wurden, zeigt exemplarisch den damaligen Umgang mit behinderten Kindern in den pädiatrischen Kliniken.

Wie in Heidelberg so konnte zum Beispiel auch dem angesehenen Kinderarzt Prof. Jussuf Ibrahim (1877-1953) in der Universitätskinderklinik Jena nachgewiesen werden, dass er eine Reihe geistig behinderter Kinder mit dem Vermerk „Euthanasie“ an die Kinderfachabteilung im Thüringischen Landeskrankenhaus Stadtroda überwiesen hat. Insgesamt wurden 23 Kinder von der Jenaer Kinderklinik an die Kinderfachabteilung Stadtroda überwiesen und dort getötet²⁰⁸.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist das auch in anderen Kinderkliniken der Fall gewesen. Dies gilt es noch zu erforschen, vieles ist jedoch aufgrund der Vernichtung von Krankenakten – teils durch Kriegsgeschehnisse, teils gezielt – zu einem großen Teil nicht mehr nachvollziehbar.

Autoren weisen allerdings darauf hin, dass Kinder und Jugendliche auch im Rahmen der „Aktion T4“ getötet wurden.

²⁰⁶ Vgl. Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 125-140.

²⁰⁷ Vgl. auch Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg, in: Wissen und irren, S. 221-243.

²⁰⁸ Bericht der Kommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena zur Untersuchung der Beteiligung Prof. Dr. Jussuf Ibrahims an der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ während der NS-Zeit, zitiert nach Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 127f. Vgl. auch Zimmermann, Susanne (2000): Die medizinische Fakultät der Universität Jena, S. 165-167, sowie Renner, Renate; Zimmermann, Susanne (2003): Der Jenaer Kinderarzt Jussuf Ibrahim (1877-1953), S. 437-451.

Zur Universitätskinderklinik in Leipzig und der dort eingerichteten Kinderfachabteilung unter dem Reichsausschussgutachter Werner Catel gibt es beispielsweise bisher keine weiterführende Untersuchung.

Die Heidelberger Kinderklinik wurde 1885 als private Einrichtung gegründet, 1919 wurde sie von der Universität übernommen. In den zwanziger Jahren war die Heidelberger Kinderklinik unter der Leitung von Ernst Moro mit 200 Betten eine der größten und bedeutendsten Kinderkliniken in Deutschland.

1936 wurde Prof. Dr. Johann Duken (1889-1954) Leiter der Klinik. Duken war Schüler von Jussuf Ibrahim in Jena und hatte 1923 dort eine Kindertuberkuloseklinik gegründet. Spätestens ab 1934 verfügte er über persönliche Kontakte zum SS-Reichsführer Heinrich Himmler, Duken wurde SS-Mitglied und war zuletzt ehrenhalber im Rang eines Obersturmführers.

In der Heidelberger Fakultät war Duken bald für die Radikalität seiner nationalsozialistischen Anschauungen bekannt. So hatte er einer Zeugenaussage zufolge zum Beispiel in seinen Vorlesungen oft den Standpunkt vertreten, dass „schwachsinnige“ Kinder, die z. B. mit einer Lungenentzündung in die Klinik eingeliefert würden, bei dieser Gelegenheit statt der üblichen Therapie der „unbemerkten Euthanasierung“ überantwortet werden sollten²⁰⁹.

Duken leitete die Klinik bis 1945, als er, wie in der Chronik des Universitätsklinikums Heidelberg lakonisch vermerkt, die Klinik aus politischen Gründen verlassen musste²¹⁰.

Direkte Beweise für Euthanasiefälle in der Klinik gibt es nicht, Indizien hierfür sind jedoch viele zu finden. So stieg zum Beispiel die Sterberate der Klinik im Jahre 1940 auf 9,48 Prozent an, während sie 1936/37 lediglich bei 5,38 Prozent lag. Zu ihrem Höhepunkt 1945 lag die Sterberate – wohl auch kriegsbedingt – dann sogar über 15 Prozent.

Bei einer stichprobenartigen Aktendurchsicht der Klinik Todesfälle kam die Staatsanwaltschaft Heidelberg zu der Bewertung, dass den Krankenakten nicht mit

²⁰⁹ Vgl. Heidelberg, Universitätsarchiv, Personalakte Duken, PA 885, Schreiben des Dekans der Medizinischen Fakultät an den Rektor der Universität Heidelberg vom 18.6.1945, zitiert nach Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 131.

²¹⁰ Vgl. Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 130f. Zu Duken vgl. auch Hohendorf, Gerrit et al. (2007): Der Pädiater Johann Duken im Dienst nationalsozialistischer Gesundheitspolitik.

der „wünschenswerten Deutlichkeit“ entnommen werden kann, dass um das Leben dieser Kinder mit einem „möglichen und zumutbaren Einsatz“ gekämpft wurde²¹¹.

Es handelte sich hierbei meist um Kleinkinder mit geistiger Behinderung, Anfallsleiden oder Geburtsschädigung, die zur Diagnostik in die Klinik aufgenommen wurden. In einigen Fällen wurde sogar vermerkt, dass die Kinder „lebensunfähig“, „minderwertig“, „idiotisch“ oder „debil“ seien und deshalb keine weitere Therapie durchgeführt wurde²¹².

Ein Beispiel für die Konsequenzen, die sich aus diesen Bewertungen für die Kinder ergaben, ist das früh geborene Zwillingsskind Günther R. Einen Tag nach seiner Geburt wurde bei ihm ein Mongolismus diagnostiziert. In seiner Akte findet sich der Vermerk:

„Da es sich um ein minderwertiges Kind handelt wird keine Frauenmilch gegeben.“

12 Tage später war das Kind tot. Eine spezifische Therapie ist nicht vermerkt, der Verlauf enthält lediglich den Eintrag:

„Kind macht deutlich mongoloiden Eindruck. Verfällt langsam.“²¹³

Viele Kinder wurden lediglich zur diagnostischen Abklärung in die Heidelberger Kinderklinik eingewiesen, um dann in eine Kinderfachabteilung verlegt zu werden. Regelmäßig wurde eine Encephalographie durchgeführt und eine konsiliarische Vorstellung bei Prof. Carl Schneider veranlasst. Schneider war der Direktor der Psychiatrischen Klinik und Leiter des Forschungsprogramms der Klinik Heidelberg, das im Folgenden genauer erläutert werden soll²¹⁴.

²¹¹ Karlsruhe, Generallandesarchiv, 309 Zug. 1995-15/584, Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Heidelberg vom 13.5.1993, 10 UJS 3122/85, S. 10, zitiert nach Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 134.

²¹² Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 134.

²¹³ Heidelberg, Universitätsarchiv, Bestand Kinderklinik Acc. 15/01 L-II, Krankenblatt Günther R., Prot.-Nr. 580/1943, zitiert nach Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): A. a. O., S. 134.

²¹⁴ Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 137. Zu Duken vgl. auch Hohendorf, Gerrit; Oehler-Klein, Sigrid; Rotzoll, Maïke (2007): Der Pädiater Johann Duken im Dienst nationalsozialistischer Gesundheitspolitik.

Forschung in Heidelberg und Görden

Neben Kinderfachabteilungen und Kinderkliniken, in denen tausende Kinder dem Nationalsozialismus zum Opfer fielen, fanden Kinder auch zahlreich durch wissenschaftliche Forschungen den Tod.

In welchem Umfang und an welchen Kliniken überall Forschungen an Kindern durchgeführt wurden, ist bislang noch nicht vollständig geklärt. Bereits bekannte Kliniken, an denen Forschungstätigkeit an Kindern bestätigt werden konnte, sind die Kinderfachabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee²¹⁵ und 'Wien Am Spiegelgrund'²¹⁶. Für die Kinderklinik Heidelberg konnten Roelcke, Hohendorf und Rotzoll umfangreiche Forschungstätigkeiten im Kontext der Euthanasie nachweisen²¹⁷. Diese Arbeiten zeigen, dass die systematische Krankenvernichtung nicht einfach als grausames Ereignis in entlegenen Heil- und Pflegeanstalten und damit losgelöst von universitärer Medizin betrachtet werden kann, denn sie fanden in einem der zeitgenössischen Zentren der Hochschulpsychiatrie statt und entsprachen dem damals aktuellsten Stand der Wissenschaft²¹⁸.

Carl Schneider war seit 1933 Ordinarius der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, T4-Gutachter und Vordenker der nationalsozialistischen Euthanasieaktion. Er entwickelte gemeinsam mit Ernst Rüdin (1874-1952), dem Direktor der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (heute Max-Planck-Institut für Psychiatrie) in München ein umfassendes Reformprojekt, in dem die Euthanasieaktion in die psychiatrische Versorgung und Forschung eingebunden werden sollte. Schneider war einerseits in der Heidelberger Universitätsklinik tätig, andererseits kooperierte er mit Dr. Heinze, dem Leiter der Forschungsabteilung Görden.

²¹⁵ Hier wurden vor allem Tuberkulose-Impfexperimente der Jahre 1942-1944 nachgewiesen. Steger, Florian (2003): Medizinische Forschung an Kindern zur Zeit des Nationalsozialismus, S. 61-88.

²¹⁶ Czech, Herwig (2003): Erfassung, Selektion, „Ausmerze“, S. 114-126.

²¹⁷ Vgl. Roelcke, Volker et al. (2001): Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 1943-1945, S. 41-62, vgl. Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg 1941 bis 1945, S. 221-243. Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 141-148.

²¹⁸ Vgl. Roelcke, Volker et al. (2001): Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 1943-1945, S. 42, vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1991): Reformpsychiatrie und Massenmord. Hohendorf, Gerrit et al. (1996): Innovation und Vernichtung. Roelcke, Volker et al. (1998): Erbpsychologische Forschung im Kontext der „Euthanasie“.

Gegenstand des Forschungsprogramms waren die Krankheitsgruppen der Schizophrenie, Epilepsie und der so genannte Schwachsinn. Ziel der Forschungen war es, sowohl eindeutige Kriterien zu entwickeln, die eine Unterscheidung zwischen behandlungsfähigen und behandlungsunfähigen Patienten ermöglichen würden, als auch angeborene von erworbenen Formen des „Schwachsinn“ differenzieren zu können. So sollte die Selektion sowohl für die Sterilisation als auch für die Krankenvernichtung optimiert werden.

Für die vollständige Durchführung des Forschungsprogramms war der Tod der untersuchten Patienten eine notwendige Voraussetzung, denn nur so konnten die am lebenden Patienten gewonnenen Daten systematisch mit den pathologisch-anatomischen Befunden insbesondere des Gehirns korreliert werden²¹⁹.

Zu diesem Zweck richtete Schneider Ende des Jahres 1942 eine Forschungsstation in Wiesloch bei Heidelberg ein. Hier wurden insgesamt 35 Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch untersucht, die überwiegend an Epilepsie oder geistiger Behinderung litten. Kriegsbedingt wurde die Abteilung Wiesloch jedoch bereits im März 1943 wieder geschlossen.

Ab Sommer 1943 wurde die Forschungstätigkeit in der Heidelberger Klinik selbst von neuem aufgenommen. Seitdem standen die Untersuchungen an „idiotischen“ Kindern gänzlich im Vordergrund²²⁰.

Angesicht des Krieges war die Unterscheidung der verschiedenen „Schwachsinnformen“ für Schneider noch bedeutender geworden, denn nur beim Vorliegen eindeutiger Unterscheidungskriterien könnten die Eltern „schwachsinniger“ Kinder angemessen beraten werden. Das hieß, die Eltern von Kindern mit angeborenem „Schwachsinn“ sollten von der weiteren Zeugung abgehalten werden, während die Eltern der übrigen Kinder zur weiteren Fortpflanzung ermuntert werden sollten.

Die in der Heidelberger Forschungsabteilung untersuchten Kinder und Jugendlichen im Alter von zwei bis 22 Jahren kamen aus verschiedenen Anstalten, ein großer Teil aus der Anstalt Schwarzacher Hof bei Aglasterhausen in Baden, ein anderer aus der

²¹⁹ Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 141ff.

²²⁰ Vgl. Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg 1941 bis 1945, S. 234f.

Anstalt Frankenthal (Pfalz). Einige Kinder wurden von der Heidelberger Universitätskinderklinik aus Privathaushalten in die Forschungsabteilung überwiesen²²¹. Die Kinder wurden für ca. 6 Wochen in der Heidelberger Klinik aufgenommen und einem umfassenden Untersuchungs- und Beobachtungsprogramm unterworfen, das klinische, psychologisch-psychiatrische und technisch-apparative Untersuchungen umfasste: Regelmäßig wurde die bereits erwähnte Encephalographie²²² durchgeführt, die äußerst schmerzhaft war und bei vielen Kindern zu Übelkeit und Erbrechen führte. Als weitere Untersuchungen sind die Stoffwechselexperimente zu nennen, die zur Erfassung eventueller endokrinologischer Veränderungen durchgeführt wurden. Eine ausgiebige photographische Dokumentation sollte körperliche Auffälligkeiten, so genannte Stigmata, mit verschiedenen Typen geistiger Behinderungen korrelieren. Eine umfassende erbbiologische Bestandsaufnahme der Familie durch Sippentafeln sollte es ermöglichen, erbliche Formen des „Schwachsinn“ zu erkennen. Diese genannten Untersuchungsmethoden entsprachen dem damaligen wissenschaftlichen Standard, jedoch wurden darüber hinaus auch Methoden, wie die so genannten „Funktionsprüfungen“, angewandt, bei denen Kinder beispielsweise in warmem und kaltem Wasser untergetaucht wurden, um ihre Reaktionen zu prüfen. Im Sinne einer mechanistischen Auffassung der „Funktionsfähigkeit“ der Kinder im Hinblick auf die Anforderungen der Umwelt wurde Gewalt und Schrecken angewendet, was die gesamte Konzeption des Forschungsprogramms kennzeichnet.

Von Anfang an war beabsichtigt, das Untersuchungsprogramm in jedem einzelnen Fall mit dem pathologischen Untersuchungsbefund des Gehirns abzuschließen, die endgültige Diagnose sollte erst nach der Obduktion geklärt werden.

Zur Tötung wurden die Kinder in Vereinbarung mit der ärztlichen Leitung in die Kinderfachabteilung Eichberg verlegt, die Gehirne der Kinder wurden nach der Tötung wieder nach Heidelberg zurückgebracht, wo sie vom Psychiater und Neuropathologen Dr. Hans-Joachim Rauch (1909-1997) untersucht wurden. Aus den verbliebenen Unterlagen der Anstalt Eichberg lässt sich rekonstruieren, dass in der Kinderfachabteilung Eichberg insgesamt 21 der in Heidelberg untersuchten Kinder

²²¹ Hohendorf, Gerrit et al. (1999): A. a. O., S. 235.

²²² Auch Pneumencephalographie genannt. Vgl. S. 57 dieser Arbeit, Wien Am Spiegelgrund.

durch Überdosierung von Luminal oder Morphinium ermordet wurden²²³. Bis Kriegsende wurden im Labor von Dr. Hans-Joachim Rauch mindestens 187 Gehirne untersucht²²⁴.

An folgendem Beispiel soll das Schicksal der Heidelberger Forschungskinder veranschaulicht werden:

Der zweieinhalbjährige Klaus war seit dem 7. Lebensmonat in seiner Entwicklung zurückgeblieben, hatte inzwischen jedoch sitzen und mit Unterstützung auch etwas laufen gelernt. Klaus wurde auf Wunsch seines Vaters in der Heidelberger Kinderklinik untersucht, der offenbar mit der dort möglichen Behandlung des Kindes große Hoffnungen verband. Im Aufnahmebefund vom 30. März 1944 wurde lapidar vermerkt:

„Kind wirkt idiotisch.“

Wenige Tage später wurde Prof. Schneider konsiliarisch hinzugezogen. Dieser schrieb an seinen Kollegen Duken:

„Sicher handelt es sich um ein idiotisches Kind. [...] Nachdem es weder spricht noch ordentlich spielt noch sonst zu seiner Umgebung ordentlich Kontakt gewonnen hat, wird man damit rechnen, dass es sich um einen geistigen Stillstand schon in den ersten Entwicklungsstufen handelt. [...] Am liebsten würde ich das Kind, wenn die Eltern damit einverstanden sind, in unsere Idiotieforschung mitübernehmen. Den Eltern würden dadurch ja keine besonderen Kosten erwachsen, im Gegenteil wir würden bereit sein, auch die Kosten der Unterbringung auf das Forschungskonto zu übernehmen [...].“

Am gleichen Tag wurde Klaus in die Psychiatrische Klinik zur Untersuchung verlegt und durchlief das geschilderte Untersuchungsprogramm: Der Junge wurde körperlich untersucht und fotografiert, wobei ihn drei Personen festhielten. Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen der Lunge und eine Encephalographie, die einen Hydrocephalus mäßigen Grades zeigte, wurden durchgeführt. In der Heimatstadt von Klaus wurde von ärztlicher Seite eine umfangreiche Sippentafel angefordert.

²²³ Roelcke, Volker et al. (2001): Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, S. 48-55.

²²⁴ Roelcke, Volker; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2001): A. a. O., S. 50, vgl. mit Quellennachweisen Hohendorf, Gerrit et al. (1996): Innovation und Vernichtung.

Der Vater wurde beim nächsten Besuch am 16. Mai von Dr. Deussen²²⁵ über die nach ärztlicher Einschätzung äußerst schlechte Entwicklungsprognose des Kindes aufgeklärt und Anfang Juni brieflich gebeten, um eine möglichst baldige Verlegung in die Anstalt Eichberg anzusuchen.

Schon bei dem Besuch im Mai hatte der Vater den Wunsch seiner Frau mitgeteilt, Klaus in einem Heim in der näheren Umgebung seiner Heimatstadt unterzubringen. Er wolle Klaus daher Ende des Monats in Heidelberg abholen. Doch dazu kam es aus unbekanntem Gründen nicht mehr, am 13. Juli 1944 wurde Klaus in die nahegelegene Anstalt Schwarzacher Hof verlegt, wo Dr. Deussen regelmäßig Zugriff auf die von ihm untersuchten Kinder hatte. Als der Schwarzacher Hof wegen der Einrichtung eines Betriebskrankenhauses für ein Rüstungswerk geräumt werden musste, wurde Klaus mit 16 weiteren Kindern, insgesamt 13 „Forschungskinder“, am 28. Juli in die Kinderfachabteilung Eichberg verlegt. Dort wurde er unmittelbar nach seiner Ankunft am 29. Juli 1944 getötet²²⁶.

Insgesamt fanden zur Zeit des Nationalsozialismus tausende Kinder innerhalb des über das gesamte Deutsche Reich verteilten Netzwerks der Kinderfachabteilungen auf grausame Weise den Tod. Die Schicksale mancher Kinder und deren Familien konnten durch erhaltene Krankenakten teilweise rekonstruiert werden, viele werden für immer vergessen bleiben.

²²⁵ Dr. Julius Deussen war Mitarbeiter in der Forschungsabteilung von Dr. Carl Schneider. Aus erhaltenen Korrespondenzen ist zu schließen, dass Deussen mit den Eltern der Heidelberger „Forschungskinder“ über eine mögliche „Erlösung“ ihrer Kinder in der Anstalt Eichberg gesprochen hat. Vgl. Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 144.

²²⁶ Zitate aus: Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 145-147.

4.4 Die Haltung der Angehörigen sowie der Umgang mit ihnen am Beispiel Heidelberg

Anhand erhaltener Briefe von Angehörigen und Eintragungen in den Krankenakten kann die Haltung der Familien, deren Kinder Opfer der NS-Euthanasie wurden, ausschnittsweise nachvollzogen werden.

Aus der Forschungsliteratur sei insbesondere die Arbeit von Petra Lutz erwähnt, die in ihrem Aufsatz „NS-Gesellschaft und ‘Euthanasie’: die Reaktionen der Eltern ermordeter Kinder“ eine sehr gute Beschreibung der unterschiedlichen Haltungen der Eltern gibt. Das Spektrum der Elternreaktionen erstreckt sich, wie Lutz beschreibt, von Eltern, die sich eindeutig für die „Erlösung“ ihres Kindes aussprachen, über ambivalente oder gar gleichgültige Haltungen bis hin zu solchen, die ihr Misstrauen und ihre Ablehnung der Euthanasie deutlich zum Ausdruck brachten²²⁷, so zum Beispiel die durchaus misstrauische Reaktion des Großvaters des 17-jährigen Heinz S. Heinz litt an epileptischen Anfällen und Gedächtnisschwund und wurde am 14.5.1943 in der Landesheilanstalt Eichberg „durch sanften Tod erlöst“.

Sein Großvater schrieb daraufhin einen Brief an die Landesheilanstalt:

„Die Ursachen des so schnellen Todes [...] quälen mich Tag und Nacht unaufhörlich. Am 11. März 1943, bei meinem ersten Besuch gewann ich sofort den Eindruck, daß der dortige Aufenthalt zum Verhängnis werden könnte. [...] Bei meinem 3. Besuch sah Heinz am 12. Mai 43 dermaßen krank und abgemagert aus, daß ich erschrak als ich ihn sah.

Es fiel mir ferner auf, dass während der Kaffeepause unser Heinz überhaupt anscheinend absichtlich übersehen wurde, allen Anwesenden, auch den Besuchern brachte man Kaffeeta [...] nur dem Heinz und mir nicht [...]

Böse Ahnungen stiegen in mir auf [...]

Es ist für mich kein Trost, er sei von seinem unheilbaren Leiden erlöst, denn ich bin der Mann nicht, der die Hoffnung aufgibt, und wenn ich nicht seit 4 ½ Jahren Witwer wäre, hätte ich Heinz noch bei mir und er wäre mir nützlich bei der Arbeit [...]

Diese Zeilen finde ich zur Aufklärung nötig, was nützlich wäre gewesen, den Tod des Genannten zu vermeiden.“²²⁸

²²⁷ Vgl. Lutz, Petra (2001): NS-Gesellschaft und ‘Euthanasie’, S. 97-113, Lutz, Petra (2006): Mit Herz und Vernunft, sowie Fangerau, Heiner; Nolte Karen (2006): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie, des Weiteren seien erwähnt: Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maïke (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 125-148, Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 307-317, Nowak, Kurt (1991): Widerstand, Zustimmung, Hinnahme, S. 235-251.

²²⁸ Quelle: Krankengeschichte der Landesheilanstalt Eichberg, Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden Abt. 430/1 Nr. 11848. Mit Dank für den freundlichen Verweis auf dieses Dokument durch Prof. Dr. G. Hohendorf.

Die Reaktion des Großvaters von Heinz S. ist sehr interessant: Er sieht die schlechte Behandlung seines Enkels, die er schon Wochen vor dessen Ermordung wahrnahm, bereits als Vorzeichen seiner Tötung an. Das Angebot einer Erlösung lehnt der Großvater entschieden, ja geradezu empört, ab, schließlich empfindet er seinen Enkel nicht als Belastung, sondern er könnte ihm bei der Arbeit helfen. Die Nützlichkeit der Patienten musste, wie man hier sieht, von den Angehörigen vor dem Leistungsgedanken des NS-Staates besonders hervorgehoben werden.

Die Mutter eines am Spiegelgrund ermordeten Mädchens gab ihrer Trauer und Verzweiflung besonderen Ausdruck in einem Brief, den sie zwei Monate nach dem Tod ihrer Tochter verfasste:

„[...] Ja lieber Herr Doktor ich kann es halt noch immer nicht fassen das mein lieb Herthilein so schnell mir davon ging so rasch mußte sie sterben [...] Herr Doktor schauen Sie muß ich nicht jetzt doppelt den Schmerz tragen da mir die Leute sagen direkt ins Gesicht nun haben Ihrs halt vergiftet so zu sagen beseitigt [...] Drum lieber Herr Doktor viel tröstlicher wäre ich wenn es an meine Arme gestorben wäre.“²²⁹

Die Worte dieser Mutter stellen eine selten deutliche Reaktion dar, denn sie äußert als eine der wenigen Eltern den Verdacht, dass der Tod ihres Kindes nicht auf natürliche Weise eingetreten sei.

Zu finden sind andererseits auch Elternreaktionen, in denen mehr Zustimmung zum Tod ihres Kindes spürbar wird. Hierzu gehört beispielsweise die Reaktion des Vaters von Heinz F., der mit Einverständnis seiner Eltern am 4.8.1941 in die Kinderfachabteilung der Landesheilanstalt Eichberg aufgenommen wurde. Der Vater schrieb zum zweiten Geburtstag seines Sohnes am 25.10.1941:

„Wir gratulieren Ihm im Geist in unseren Herzen zu seinem Wiegenfeste, wenngleich er es auch nicht verstehen kann... Es ist fürwahr für uns eine schwere Aufgabe, ein Kind noch lebend zu wissen, u. keine Rettung mehr in Aussicht. Was Ihm noch bleibt vom Leben, das ist sein Leiden, ein Leiden womöglich ohne Ende. Nach Ihrem letzten Schreiben zu urteilen, ist nach den bisherigen ärztlichen Erfahrungen an eine Besserung nicht mehr zu denken. So haben wir nur noch eine Bitte an Sie, wenn schon keine Besserung, oder mit der Zeit eine Heilung vorhanden ist; so lasst den kleinen, lieben, Jungen nicht mehr allzu lange sein schweres Leid ertragen. Ein Gehirn zu operieren, wird wohl so wenig gehen, als das Herz. Wir sind alle gefasst auf Alles, auf sein Sterben, als auch auf seinen Tod. Ein solch unschuldiges Kindchen wird einen wahren Engel geben im Himmel droben; u. über den Sternen werden wir uns einst

²²⁹ Dahl, Matthias (1998): Endstation Spiegelgrund, S. 103 (Fall 2-2-5).

wiedersehen. Wie steht es nur zur Zeit mit Ihm? Was macht sein Katar der oberen Luftwege? Kann er wohl noch nicht gehen oder gar stehen oder ein Wort sprechen, der arme kleine liebe Junge?

Mit der Bezahlung steht es nun so, daß ich pro Tag 1 Mark bezahlen muß, das würde man ja noch gern tun, wenn auch nur 1% Heilung u. Besserung vorhanden wäre.“

Heinz F. starb am 29.10.1941, als Todesursache wurde eingetragen „Mikrocephale Idiotie mit Lungenentzündung“.

Auf die Nachricht über den Tod seines Sohnes schrieb der Vater eine Postkarte mit folgendem Wortlaut:

„[Die Todesnachricht] erfüllt uns mit großem Schmerz, aber nun darf er ausruhen u. schlafen u. eingehen in ein herrliches Reich der Ewigkeit!“²³⁰

In der Reaktion des Vaters von Heinz F. ist eine ambivalente Einstellung der Eltern gegenüber dem Kind besonders spürbar. Einerseits sind die Worte des Vaters voller Zuneigung für seinen Sohn, der Schmerz über das Leid seines so kleinen Kindes ist groß. Andererseits bittet der Vater direkt um Erlösung des Jungen. Die Machtlosigkeit der Eltern vor dem Leiden des Kindes ist so schwer zu ertragen, dass der Tod als gnadenvolle Erlösung und als ein Ausweg aus dem Unglück angesehen wird. Die Art, wie der Vater sich nach dem Infekt seines Sohnes erkundigt, vermittelt den Eindruck, er hoffe beinahe, dass dieser Katarrh dem Kleinen endlich den erlösenden Tod bringen möge. Der Tod des Kindes wird vom Vater verklärt dargestellt: Die elterliche Vorstellung des Kindes als Engel im Himmel verführt zur Annahme, die Eltern hätten sich nicht für den Tod des Kindes, sondern für sein Fortleben als glücklicheres Wesen - wie sie wohl lieber eines gehabt hätten - entschieden. Jede elterliche Mitverantwortung für den Tod des Kindes, jeder Todeswunsch der Eltern für ihr Kind wird so geleugnet und die Erlösung des Kindes beschönigt.

Der größte Teil der Eltern gab ihre Kinder nicht nur formal, sondern tatsächlich freiwillig in eine Kinderfachabteilung. Dies hieß aber nicht in jedem Falle, dass sie die Ermordung ihrer Kinder billigten. Manche Eltern ließen sich von den therapeutischen Versprechungen überzeugen, andere, vor allem ledige Mütter, gaben ihre Kinder in

²³⁰ Quelle: Krankengeschichte der Landesheilanstalt Eichberg, Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden Abt. 430/1 Nr. 11074. Mit Dank für den freundlichen Verweis auf dieses Dokument durch Prof. Dr. G. Hohendorf, vgl. auch Hohendorf et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg, S. 228f.

Anstalten, weil es ihnen aus ökonomischen Gründen nicht möglich war, ihr Kind zu Hause zu versorgen²³¹.

Besonders typisch für die Eltern behinderter Kinder zur Zeit des Nationalsozialismus war eine starke Ambivalenz gegenüber dem Schicksal ihres Kindes. Viele Eltern sahen den Tod ihres Kindes als Erlösung an, wollten aber an der Entscheidung über die Tötung ihrer Kinder nicht beteiligt sein.

So kam schon Ewald Meltzer in seiner 1920 durchgeführten Elternumfrage zum Umgang mit den in seiner Anstalt befindlichen Kindern zu dem Ergebnis, dass der Großteil der Eltern (73%) eine Erlösung ihres behinderten Kindes befürworten würde²³². Interessant ist hierbei, dass Meltzer die wirtschaftliche Situation eines Staates als starken Einflussfaktor auf die Entscheidung zur Euthanasie benennt. Er postuliert, dass das Problem der Abkürzung lebensunwerten Leben umso mehr nach einer Lösung drängt, je größer die materielle Notlage eines Staates ist²³³.

Nach Meltzers Interpretation stand das Ergebnis seiner Umfrage noch stark unter dem Eindruck der Not des ersten Weltkrieges, in dem durch den Verlust unzähliger Menschenleben der Wert eines einzelnen Lebens geringer geschätzt werden musste. Zu bezweifeln bleibt jedoch, ob das Ergebnis einige Jahre später sehr viel anders ausgesehen hätte. Allerdings stehen Eltern mit der Entscheidung über das Weiterleben ihres Kindes sicherlich unter dem Einfluss der Zeit, in der sie leben. Dies bezieht sich zum einen auf die jeweilige wirtschaftliche Situation, zum anderen aber beispielsweise auch auf eine eventuelle gesetzliche Regelung zur Tötung behinderter Kinder, wie sie in den 1920er-Jahren unter dem Einfluss der Schrift Bindings und Hoches ins Gespräch gebracht wurde.

Diese Beeinflussbarkeit wird durch die Worte eines Bergarbeiters deutlich, der nach Erhalt Meltzers Umfrage mit einem Brief antwortete:

„[...] Ihre Anfrage hat sowohl in mir als auch in meiner Frau Gedanken und Wünsche wieder aufleben lassen, die wir als unmöglich und jeder gesetzlichen Grundlage entbehrend längst zurückgestellt hatten. Wenn die Frage zur Erörterung steht, ob Maßnahmen zur Abkürzung eines Lebens berechtigt sind, das im wahrsten Sinne des

²³¹ Vgl. Lutz, Petra (2001): NS-Gesellschaft und 'Euthanasie', S. 103.

²³² Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 88ff.

²³³ Meltzer, Ewald (1925): A. a. O., Vorwort, S. V.

Wortes kein Leben ist, so muß diese Frage von Eltern, die ihr Kind lieb haben, und denen sein Schicksal nicht gleichgültig ist, unbedenklich bejaht werden [...].²³⁴

Durch die Anfrage Meltzers ermutigt traut sich dieses Ehepaar, den Wunsch nach dem Tod ihres Kindes auszusprechen.

Daran sieht man, dass die Tatsache, ob die Tötung eines behinderten Kindes gesellschaftlich oder gar gesetzlich legitimiert ist, eine Auswirkung auf die Meinung der Eltern und somit letztlich auf ihre Entscheidung hat.

Besonders bedenklich an dem Ergebnis seiner Umfrage fand Meltzer, dass es vielen Eltern lieber gewesen wäre, sie hätten gar nichts gewusst und erst im Nachhinein vom Tod ihres Kindes erfahren.

Die Strategie der Nationalsozialisten machte sich genau diesen Umstand zu Nutze. Ziel war es, diese elterliche Ambivalenz bewusst aufzugreifen, nicht lange zu reden, sondern zu handeln und den Eltern so die Entscheidung über das Schicksal ihres Kindes abzunehmen.

Der Brief einer Mutter, deren Kind Christel eigens zur Tötung aus der Kinderklinik Heidelberg in die Kinderfachabteilung Eichberg verlegt wurde, drückt die zwiespältige Haltung seitens der Eltern aus:

„Sehr verehrter Herr Professor!

[...] Ich war sehr erschrocken über diesen schnellen Tod in Eichberg und glaubte zuerst das Kind sei dort nicht gut versorgt worden, da ich es noch so munter von Heidelberg dorthin brachte. Wenn ich geahnt hätte, das [sic!] das kl. Leben sowieso bald erlöschen würde, hätte ich diese beschwerliche Reise nicht mehr unternommen und hätte das Kind noch in Heidelberg gelassen. Hatten Sie es damals schon für möglich gehalten, dass das Kind so schnell sterben würde?

Ich denke an ihre Worte, dass das Kind wohl doch nicht alt geworden wäre, und auch nimmer gesund geworden wäre, und tröste mich mit dem Gedanken, dass es erlöst ist, von seinem schweren Leiden. Uns Eltern ist damit eine grosse Sorge für die Zukunft genommen [...].²³⁵

In den Worten dieser Mutter klingt neben der Erschrockenheit über den unerwarteten Tod des Kindes auch deutlich die Erleichterung durch, das Kind nicht mehr versorgen zu müssen. Man meint sogar durchzuhören, die Mutter hätte schon vor der

²³⁴ Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 93.

²³⁵ Brief der Mutter an Prof. Duken vom 6.7.1943, Heidelberg, Universitätsarchiv, Bestand Kinderklinik Acc. 15/01 L-II, Krankenblatt Christel N. Prot.-Nr. 1648/1943, zitiert nach Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 139-141.

Einweisung des Kindes Gedanken über die Erlösung ihres Kindes gehabt. Die an der Euthanasie beteiligten Ärzte machten sich diesen inneren Zwiespalt der Eltern geschickt zunutze: Der Antwortbrief von Prof. Duken, dem Leiter der Universitätskinderklinik Heidelberg, an Christels Mutter lautete:

„Sehr verehrte, liebe Frau N.!

Die Nachricht über das Schicksal Ihres kleinen Kindes ist mir doch auch recht überraschend gekommen. Ich wusste wohl, dass das Kind nicht lange würde leben können; aber den schnellen Tod habe ich nicht erwartet. Ich teile mit Ihnen den Gedanken, dass es gut war, dass dieses kleine Geschöpf sobald aus seiner Not befreit wurde. Dennoch wird Ihnen das Herz schwer sein; denn schliesslich haben Sie viel Liebe und Sorge für dieses Kind getragen. Möge Ihnen ein gütiges Geschick bald ein neues Kindle schenken.

Über das Untersuchungsergebnis habe ich eine Nachricht noch nicht bekommen. Ich weiß aber, dass dieses Untersuchungsergebnis mir nicht viel Neues bringen kann. Der Hirnschaden war so übermässig schwerer Art, dass das Kind auf keinen Fall auch nur zu den geringsten positiven Lebensäusserungen hätte kommen können.

Mit den herzlichsten Wünschen verbleibe ich Ihr sehr ergebener D.²³⁶

Einerseits beruhigte Duken die Mutter mit Aussagen über die äußerst schlechte Prognose, die ihr Kind ohnehin gehabt hätte. Dadurch beugte er Selbstvorwürfen der Mutter vor, die sie sich machen könnte, weil sie den Tod ihres Kindes nicht verhindert hatte. Andererseits machte er ihr Hoffnung auf ein neues gesundes Kind und somit auf ein eigenes, unbeschwerteres Leben. Im geschilderten Schicksal ist die Initiative für die Tötung des Kindes von Prof. Duken persönlich ausgegangen. Trotzdem scheute er es nicht, diese beinahe herzlich klingende Worte zu finden, um die Eltern zu trösten und ruhig zu stimmen.

In anderen Fällen wurde die Sache komplett unter Männern geregelt, die Mütter wurden oft strategisch aus der Korrespondenz ausgeklammert, um sich nicht mit der gefühlsbetonten Beziehung einer Mutter zu ihrem Kind auseinandersetzen zu müssen. So schrieb Prof. Duken beispielsweise einen Brief an den Vater des 2-jährigen Klaus, der wegen Mongolismus und Klumpfüßen zur Diagnostik in die Heidelberger Kinderklinik aufgenommen wurde und anschließend in die Kinderfachabteilung Eichberg verlegt wurde, in dem er den Vater bat, er möge seiner

²³⁶ Ebd., Brief Prof. Duken an die Mutter vom 9.7.1943.

Frau zunächst nichts von der Verlegung sagen, damit sie „einfach eines Tages vor der festen Tatsache“ stehe²³⁷.

Klaus verstarb wenige Tage nach seiner Aufnahme in die Kinderfachabteilung Eichberg am 7. August 1942.

Duken fand auch hier Trost spendende Worte. So formulierte er im obigen Brief an den Vater, es möge bald „Raum für neues Werden frei werden“. Hier findet sich das bevölkerungspolitische und rassenhygienische Motiv des Nationalsozialismus wieder: Den Eltern wurde der Gedanke nahe gelegt, dass mit dem Tod des kranken Kindes Platz für ein neues gesundes Kind werde, das ihren Kummer über den Verlust des kranken aufwiegen könne. Der Volkskörper sollte durch Umsetzung dieser Vorstellung von unerwünschten Lebensformen „gereinigt“ werden. Dukens Lehrer Jussuf Ibrahim schrieb dazu 1934:

„Nichts kann solchen Eltern den Schicksalsschlag mehr erleichtern und ihnen darüber hinweghelfen als ein gesundes Kind.“²³⁸

Die Reichsausschussärzte argumentierten von vielen Seiten, um den Eltern die Freigabe ihrer Kinder zur Ermordung zu erleichtern: Sie führten die Interessen gesunder Geschwisterkinder, sowie das Interesse der Volksgemeinschaft an leistungsstarkem Nachwuchs an, sie redeten den Kindermord mit therapeutischen Begriffen schön und konfrontierten die Eltern in möglichst niederschmetternder Weise mit der Unheilbarkeit und völligen Aussichtslosigkeit des Leidens ihres Kindes²³⁹.

Die nationalsozialistische Kindereuthanasie funktionierte sicherlich deshalb so gut, weil – wie beschrieben – die ambivalente Einstellung der Eltern gegenüber ihren Kindern bewusst aufgegriffen wurde, den Eltern wurde ein implizites Angebot gemacht, ihnen die Entscheidung zu erleichtern. Die verklausulierte Form der Korrespondenz trug dazu bei, dass dies größtenteils unbewusst geschah und so der Widerstand sehr gering gehalten werden konnte.

²³⁷ Brief Prof. Duken an den Vater vom 22.7.1942, Heidelberg, Universitätsarchiv, Bestand Kinderklinik Acc. 15/01 L-II, Krankenblatt Klaus A. Prot.-Nr. 1196/1942, zitiert nach Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, S. 139-141.

²³⁸ Zitiert nach Seidler, Eduard; Posselt Miriam (2002): Jussuf Ibrahim, S. 1002.

²³⁹ Lutz, Petra (2001): NS-Gesellschaft und 'Euthanasie', S. 108.

4.5 Der Einfluss der Kirche – zwischen Anpassung und Widerstand

Betrachtet man das Verhältnis von Kirche und Staat in den Jahren 1933-1945, zeigt sich, dass die Kirchen während des nationalsozialistischen Regimes zunehmend aus dem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen wurden, was als Ziel nationalsozialistischer Kirchenpolitik verstanden werden muss. Durch staatliche Erlasse und repressive Maßnahmen vollzog sich eine schleichende Aushöhlung der kirchlichen Autonomie, der Nationalsozialismus selbst erhob einen quasi-religiösen Anspruch.

Anfängliche Sympathien in beiden Kirchen und die Spaltung der Protestanten in Deutsche Christen und Bekennende Kirche verhinderte einen geschlossenen Widerstand der Kirchen gegen das NS-Regime. Des Weiteren schlossen sich die beiden großen Konfessionen auch hier nicht zu gemeinsamen Aktionen zusammen. Dies hätte im Falle der Ermordung Kranker umso näher gelegen, als es hier nicht um konfessionelle Sonderinteressen gehen konnte und das konfessionelle Moment nur in der theologischen Begründung der Ablehnung der Vernichtung lebensunwerten Lebens in Erscheinung getreten wäre²⁴⁰.

So kam es in Kirchenfragen zu unverantwortlichen Kompromissen mit dem Regime. Welch zwiespältige Rolle die Kirche jedoch selbst zur Euthanasieaktion einnahm, war lange Zeit nicht in vollem Umfang bekannt. Hierbei kann man sicherlich nicht von der gesamten Kirche sprechen, denn immer handelte es sich nur um Einzelstimmen, die sich explizit positiv zur NS-Euthanasie äußerten. Und doch trugen diese Einzelstimmen durch den fehlenden geschlossenen Widerstand in nicht unerheblicher Weise zu den Stellungnahmen der beiden Kirchen bei.

Im Jahre 1961 erklärte ein beschuldigter Arzt in einer Vernehmung, er habe vor seinem Dienstantritt in einer Euthanasie-Anstalt Werner Blankenburg (1905-1957), den Leiter des Amtes Ila der Kanzlei des Führers gefragt, welche Stellungnahme die

²⁴⁰ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 157f., aus der Fülle der Literatur zur Haltung der Kirche gegenüber den Krankenmorden der Nationalsozialisten seien außerdem hervorgehoben: Hase, Hans-Christoph v. (1964): Evangelische Dokumente zur Ermordung der „unheilbar Kranken“. Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 278-289. Lewy, Guenter (1964): Die katholische Kirche und das Dritte Reich. Neuhäusler, Johann (1946): Kreuz und Hakenkreuz. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 305-354.

evangelische und katholische Kirche zu dieser Aktion einnehmen. Blankenburg habe ihm geantwortet,

„mit der evangelischen Seite sei in nächster Zeit eine Einigung zu erwarten. Auf katholischer Seite wäre man noch nicht so weit [...]. Die katholische Kirche verlange als Voraussetzung ihrer Zustimmung die Möglichkeit, den zu tötenden Geisteskranken vorher die Sterbesakramente geben zu können.“²⁴¹

Obwohl auch der für die Kindereuthanasie zuständige Dr. Hans Hefelmann aussagte, die katholische Kirche sei unter bestimmten Bedingungen (Kautelen) bereit gewesen, sich zu arrangieren²⁴², dürfte im Jahre 1962 niemand dem Beschuldigten diese Geschichte geglaubt haben. Erst durch die Aussage Albert Hartls (1904-1982) in einer Verhandlung des Schwurgerichts Frankfurt 1967 wurde seine auf den ersten Blick unwahrscheinlich klingende Darstellung vom Landgericht Frankfurt als glaubwürdig übernommen. Albert Hartl, ein geweihter Priester, der seit 1933 Mitglied in der NSDAP, seit 1934 in der SS war, hatte unter den Nationalsozialisten Karriere gemacht. Zu seinen Aufgaben gehörten die Gegnerbekämpfung und die Bespitzelung der Kirchen. Hartl wurde um 1938 von Brack beauftragt, eine Ausarbeitung über die Stellung der katholischen Kirche zur Frage der Euthanasie zu machen. Mangels entsprechender Fachkenntnisse wandte sich Hartl an den Moraltheologen Prof. Dr. Maier (1886-1967) in Paderborn und bat um ein entsprechendes Gutachten²⁴³. In dem vom Maier verfassten Gutachten legte dieser dar, dass heute zwar ein Großteil der Theologen die Tötung Geisteskranker ablehne, wies aber auch auf das von den Jesuiten vertretene System des Probabilismus hin, wonach es nur wenige Fälle von Gewissensentscheidungen gebe, in denen man sofort eine eindeutige Entscheidung fällen könne. Da es für den Großteil der Probleme zahlreiche Gründe dafür oder dagegen gebe, habe der Einzelne die Möglichkeit, seiner Gewissensentscheidung zu folgen und brauche sich nicht der Mehrheit anzuschließen. Nach diesem System, so Maier, könne man sich auch *für*

²⁴¹ Auss. vom 4.9.1961 (Js. 15/61 GStA Ffm.), zitiert nach Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 278.

²⁴² Auss. Hefelmann am 1.2.1961 (O T 4 Z), zitiert nach Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 278, 286.

²⁴³ Vgl. Benzenhöfer, Udo; Finsterbusch, Karin (1998): Moraltheologie pro „NS-Euthanasie“. Studien zu einem „Gutachten“ (1940) von Prof. Joseph Mayer mit Edition des Textes, sowie Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 278-280.

die Euthanasie entscheiden, selbst wenn die große Mehrheit der Theologen dagegen sei. Hiermit räumte Maier als Professor für katholische Moralthologie dem Staat also tatsächlich das Recht ein, unter bestimmten Umständen lebensunwertes Leben zu vernichten:

„Der Staat hat nicht nur ein Recht, er hat die Pflicht, sich gegen den Untergang [durch übermäßige Vermehrung der sogenannten „Anormalen“; S. L.] zu wehren. Der natürliche Selbsterhaltungstrieb gebietet ihm das. Und die Kirche wird ihm nicht in den Arm fallen, sondern ihn dabei unterstützen, wie sie es von jeher [...] getan hat.“²⁴⁴

formulierte Maier bereits 1927 in seiner Dissertation unter dem Titel „Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker“.

Aufgrund Maiers Gutachten zur Stellungnahme der Kirche zur Euthanasie habe sich Hitler, der die Euthanasie zunächst mit der Begründung, die Kirchen würden sich sofort dagegen stellen, abgelehnt hatte, mit der Durchführung der Maßnahmen einverstanden erklärt. So habe das Gutachten doch ergeben, dass noch keine unfehlbare und apodiktische Entscheidung der Kirche vorliege²⁴⁵.

Hartl schlug vor, auch noch offizielle Vertreter der Kirche von den geplanten Maßnahmen zu unterrichten, um nicht allein auf Maiers Gutachten zu fußen. Im Auftrag Bracks unterrichtete Hartl den Ministerialrat Joseph Roth (1897-1941) des Kirchenministeriums, der wiederum Bischof Berning (1877-1955) von Osnabrück und den apostolischen Nuntius Orsenigo (1873-1946) informierte. Außerdem wurden von Bouhler sowohl Bischof Wienken²⁴⁶ (1883-1961) als auch auf evangelischer Seite Pastor von Bodelschwingh (1877-1946) in Kenntnis gesetzt. Die Rückmeldung des päpstlichen Nuntius Orsenigo soll lediglich gelautet haben, er nehme es „als persönliche Information zur Kenntnis“. Bischof Wienken soll sogar erklärt haben, er habe „persönlich Verständnis für die Maßnahmen“²⁴⁷.

²⁴⁴ Mayer, Joseph (1927): Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker, S. 13, zitiert nach Benzenhöfer, Udo; Finsterbusch, Karin (1998): Moralthologie pro „NS-Euthanasie“, S. 12f.

²⁴⁵ Ks 1 /69 LG Frankfurt vom 25.5. 1970 gegen H.-J. Becker/Lorent, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 278f.

²⁴⁶ Wienken war ab 1937 Leiter des Bischöflichen Kommissariates der Fuldaer Bischofskonferenz in Berlin und führte die Verhandlungen zwischen der katholischen Kirche und der nationalsozialistischen Regierung, vgl. Wikipedia, Seite „Heinrich Wienken“.

²⁴⁷ Ks 1 /69 LG Frankfurt vom 25.5. 1970 gegen H.-J. Becker/Lorent, zitiert nach Klee, Ernst (1983): A. a. O., S. 279f.

Während die Nationalsozialisten in dem Paderborner Ordinarius Maier einen Theologen angeworben haben, der sich für ihre Interessen gebrauchen ließ, bot sich auf evangelischer Seite der Lic. Theol. Wolfgang Stroothenke (1913-1945) von selbst an. Stroothenke veröffentlichte 1940 das Buch „Erbpflege und Christentum“²⁴⁸, in dem er zwar die Zwangseuthanasie ablehnte, jedoch immerhin die Tötung „minderwertiger“ Kinder unter Zustimmung der Eltern guthieß. Die kontroverse Haltung verschiedener Glaubensträger spiegeln sich in den Reaktion auf Stroothenkes Veröffentlichung wider. Während die katholische Kirche das Buch 1941 auf den Index verbotener Bücher setzen wollte, erntete die Schrift auf evangelischer Seite von Horst Schirmacher (1892-1956), dem Direktor des Central-Ausschusses und Referent für Diakonie, hohes Lob²⁴⁹. Zustimmung von evangelischen Theologen fand sich übrigens auch bereits im Jahre 1925 bei Meltzers „Abhandlung zum Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens“²⁵⁰.

Im Folgenden sollen die Haltungen der einzelnen Kirchen und ihre unterschiedlichen Formen des Widerstandes genauer beleuchtet werden.

Die Protestaktionen der evangelischen Kirche sind maßgeblich durch die Maßnahmen seitens der Anstalten der Inneren Mission charakterisiert, wurden diese doch frühzeitig von der Vernichtungsaktion betroffen. Bereits im Oktober 1939 hatten die Heil- und Pflegeanstalten Württembergs die Meldebogen erhalten. Im Februar 1940 wurden dann aus der Epileptikeranstalt Pfingstweide bei Tettnang dreizehn Pfleglinge in grauen Omnibussen abgeholt, in die Tötungsanstalt Grafeneck auf der Schwäbischen Alb verbracht und dort getötet. Dieser Transport war der Auftakt für die großangelegte Tötungsaktion in Grafeneck.

Der Widerstand ging unmittelbar darauf von der Inneren Mission der Deutschen Evangelischen Kirche durch Pastor Paul Gerhard Braune (1887-1954) vom Central-Ausschuss der Inneren Mission aus. Braune sammelte aus allen Teilen Deutschlands Berichte über Verlegungen von Patienten nach Grafeneck und andere Vernichtungsanstalten und legte seine Kenntnisse beim Reichsinnenministerium

²⁴⁸ Stroothenke, Wolfgang (1940): Erbpflege und Christentum.

²⁴⁹ Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 280.

²⁵⁰ Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 76-85.

vor²⁵¹. Um seinen Vorstößen größeren Nachdruck zu verleihen, wandte sich Braune an Friedrich von Bodelschwingh, der seit 1920 Leiter der Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel und seit 1933 Reichsbischof der Deutschen Evangelischen Kirche war. Bodelschwingh stellte eine Persönlichkeit des öffentlichen Lebens dar, deren Wort ein nicht zu unterschätzendes Gewicht hatte. Gemeinsam wandten sich Braune und Bodelschwingh an Brack und Linden und stellten diese im Bezug auf die Vorgänge in Grafeneck und anderen Anstalten direkt zur Rede. Als schließlich mehrere Versuche der Unterredungen mit zuständigen Staatsmännern erfolglos blieben, verfasste Braune eine Denkschrift für Hitler, die am 9. Juli 1940 an den Chef der Reichskanzlei Lammers (1879-1962) gereicht wurde. Braunes Denkschrift war mit ihrer Fülle von Belegen über die „Planmäßige Verlegung der Insassen von Heil- und Pflegeanstalten“ und deren Ermordung ein „hochbrisanter Sprengkörper“²⁵².

Kurz darauf am 12. August 1940 wurde Braune überraschend verhaftet und in das berüchtigte Gestapogefängnis Berlin Prinz-Albrecht-Straße gebracht, ein Zusammenhang der Verhaftung mit Braunes Denkschrift wurde von Lammers bestritten.

Braune wurde, vermutlich aus taktischen Erwägungen, bereits nach dreimonatiger Schutzhaft wieder entlassen, wurden doch durch seine Verhaftung die Morde sehr schnell in weiten Kreisen bekannt, was den Verantwortlichen der Mordaktion nur unwillkommen sein konnte.

Nach der Anstalt Pfingstweide war im Mai 1940 die ebenfalls in Württemberg befindliche Anstalt Stetten i. R. von den Verlegungen betroffen²⁵³.

Die Geschehnisse in Grafeneck waren in der näheren Umgebung mittlerweile recht gut bekannt und so konnte das Dekanatsamt dem Württemberger Landesbischof Theophil Wurm (1868-1953) detaillierte Informationen zur Euthanasieaktion liefern. Dieser sandte am 19. Juli 1940 ein Schreiben an Reichsinnenminister Frick (1877-1946), das schnell in weiten Kreisen der NSDAP bekannt wurde und auch Hitler zur Kenntnis gebracht worden sein soll²⁵⁴. Wurm kritisierte darin die Geheimnistuerei und die mangelnde Sorgfalt bei der Auswahl der Mordopfer. Theologische Argumente

²⁵¹ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 131.

²⁵² Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 134.

²⁵³ Nowak, Kurt (1978): A. a. O., S. 138.

²⁵⁴ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 314f.

gegen die Euthanasie waren jedoch in Wurms Brief nur spärlich eingestreut. Letztendlich rechtfertigte er seine Kritik an der Euthanasieaktion mit der Sorge um den Staat:

„Entweder erkennt der nationalsozialistische Staat die Grenzen an, die ihm von Gott gesetzt sind, oder er begünstigt einen Sittenverfall, der auch den Verfall des Staates nach sich ziehen würde.“²⁵⁵

Auch Oberkirchenrat Reinhold Sautter (1888-1971) bemühte sich durch mehrere Briefe und Unterredungen mit Verantwortlichen um die Einstellung der Vergasungen in Grafeneck²⁵⁶.

Insgesamt betrachtet erschöpfte sich der Widerstand der evangelischen Landeskirche von Württemberg jedoch in vertraulichen Eingaben an Reichs- und Länderbehörden. Schmuhl berichtet von einem Pfarramt, das das Vorgehen der Landeskirche als Feigheit auslegte und dies dem Stuttgarter Oberkirchenrat auch mitteilen ließ²⁵⁷.

Der Vorschlag Hermann Diems (1900-1975), Leiter der kirchlich-theologischen Sozietät, auf eine konfrontativere Form des Widerstandes unter Herstellung von Öffentlichkeit zu setzen, wurde von Landesbischof Wurm nach Rücksprache mit Sautter zurückgewiesen. Zu sehr widersprach ein öffentlicher Protest dem staatskirchlichen Denken Wurms, der noch im Jahre 1943 der Überzeugung war

„daß es eine Unnatur ist, wenn zwischen einem Lebenskreis, der so auf positiven Dienst an Volk und Saat eingestellt ist wie der evangelische Pfarrstand, und den führenden Stellen im Staat lediglich ein negatives Verhältnis besteht.“²⁵⁸

²⁵⁵ Schreiben Wurms an Kerri, 6. Juli 1940, LKA Stuttgart, D1, 103, zitiert nach Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 315, vgl. ebenso Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 138-148.

²⁵⁶ Vgl. beispielsweise: Schreiben Sautters an Cuhorst, 17. Juli 1940, LKA Stuttgart, D1, 103, Schreiben Sautters an Schieber, 27. August 1940, LKA Stuttgart, D1, 103, Schreiben Sautters an Stadtpfarrer Rinker/ Tuttlingen, 20. August 1940; Bericht über eine Unterredung mit Herrn Oberregierungsrat Dr. Ritter am 18. November 1940 (Sautter), 21. November 1940, LKA Stuttgart, D1, 103, zitiert nach Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 320ff.

²⁵⁷ Als Anlage zum Schreiben des evangelischen Dekanatsamts Schorndorf an Sautter, 5. August 1940, LKA Stuttgart, 148aa Altreg., zitiert nach Schmuhl, Hans-Walter (1987): A. a. O., S. 326.

²⁵⁸ Schreiben Wurms an Dill, 28. Januar 1943, LKA Stuttgart, D1, 108, zitiert nach Schmuhl, Hans-Walter (1987): A. a. O., S. 326.

Durch die Vermeidung von Öffentlichkeit aus Loyalität zum nationalsozialistischen Regime konnte die württembergische Landeskirche keinen Druck auf die Verantwortlichen ausüben. Somit war die Wirksamkeit des Widerstandes von vornherein begrenzt. Die Schließung der Tötungsanstalt Grafeneck muss als Ergebnis des Protestverhaltens breiter Bevölkerungsschichten, einschließlich der unteren Gliederungen der NSDAP und nicht nur als Folge kirchlichen Widerstandes gesehen werden. Die im Anschluss an die Schließung Grafenecks erfolgte Eröffnung Hadamars bestätigt, dass der Widerstand der württembergischen Landeskirche nicht zur Einstellung der Euthanasieaktion insgesamt beitrug.

Die Proteste seitens der Bekennenden Kirche waren von Anfang an sehr begrenzt, denn die theologischen und kirchenrechtlichen Gegensätze im Lager der Bekenntniskräfte waren so unüberbrückbar geworden, dass ein wirksamer gemeinsamer Protest gegen die Krankenmorde nicht aufkommen konnte. Zwar rief Pfarrer Ernst Wilm (1901-1989) aus Menninghüffen in Westfalen zum verantwortungsvollen Engagement seitens der Bekennenden Kirche auf - Wilm ließ keine Zweifel daran, dass die Kirche schwerste Schuld auf sich lade, wenn sie zu den Verbrechen an den Kranken und Schwachen schwieg²⁵⁹ – doch wurde dieser Aufruf innerhalb der bekenntniskirchlichen Kreise Westfalens nur äußerst zaghaft aufgenommen. Innerhalb der Bekennenden Kirche, nicht nur Westfalens, waren die Meinungen zur Tötungsaktion geteilt. Teilweise war man der Ansicht, wenn die Obrigkeit Staat derartige Maßnahmen durchführe, könne man, selbst wenn man diese Maßnahmen verurteile, nichts tun. Andere meinten, die Kirche dürfe nicht schweigen, sie müsse aber, um etwas erreichen zu können, als Ganzes reden²⁶⁰.

Pastor Fritz von Bodelschwingh, der Leiter der von Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel, äußerte sich in seiner ablehnenden Haltung zur Euthanasie deutlicher: Am 17. Juli 1940 teilte v. Bodelschwingh dem Regierungspräsidenten in Minden mit, dass er die am 14. Juni 1940 in Bethel eingetroffenen Meldebögen nicht ausfüllen lassen würde. Von diesem Schritt setzte er auch Linden vom Reichsinnenministerium in Kenntnis. Am 26. Juli 1940 traf daraufhin eine dreiköpfige Kommission, der auch

²⁵⁹ Vgl. Wilm, Ernst (1940): Referat über die Stellungnahme der Kirche zur Tötung der „unheilbar Kranken“.

²⁶⁰ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 152ff.

Linden und Brack angehörten, in Bethel ein und versuchte vergeblich v. Bodelschwingh und die leitenden Ärzte der Anstalten zum Ausfüllen der Meldebogen zu bewegen²⁶¹. Die von Bodelschwingschen Anstalten wurden zum zentralen Konfliktherd bei der Durchsetzung der Euthanasieaktion.

Im Februar 1941 traf eine 16-köpfige Ärztekommision unter der Leitung von Prof. Dr. Werner Heyde (1902-1964) in Bethel ein, um rund 4000 in Bethel untergebrachte Kranke zu erfassen und nach Leistungsfähigkeit zu kategorisieren. Die Kommission war rund 10 Tage beschäftigt, eine Vorselektion der Pfleglinge in drei Kategorien vorzunehmen – hieran waren auch Betheler Ärzte beteiligt. In der Bielefelder Bevölkerung ging binnen Kurzem die Rede von der „Mordkommission“ um²⁶². V. Bodelschwingh konnte erreichen, dass bei den Untersuchungen immer ein Betheler Arzt zugegen war²⁶³. Am 19. Februar 1941 bat v. Bodelschwingh Hitlers Euthanasie-Beauftragten Brandt, der am selben Tage wie die Ärztekommision in Bethel eingetroffen war, dafür zu sorgen, dass in Bethel die Fortnahme der Kranken unterbleibe, er bat Brandt auch, die Maßnahmen ganz einzustellen²⁶⁴.

Im Spätsommer 1941 verlangte v. Bodelschwingh, die Euthanasie auf eine klare gesetzliche Grundlage zu stellen. In einem Brief an einen ungenannten Ministerialrat²⁶⁵ bezog v. Bodelschwingh deutlich Stellung gegen die Euthanasieaktion und teilte mit, dass er die ganze Maßnahme von Grund auf ablehne²⁶⁶. Ein weiterer Brief v. Bodelschwings, den er am 28. September an Reichsminister Frick richtete, schilderte die Verhandlungen des Präsidenten der Inneren Mission und entbot nach dem Protest die Unterwerfung unter staatliche Maßnahmen:

„Wie ich von Herrn Pastor Frick [...] höre, ist ihm mitgeteilt worden, daß das bisherige Verfahren geändert sei. Die Ausmerzung solle auf die zu keiner geistigen Regung und zu keiner menschlichen Gemeinschaft mehr fähigen Kranken eingeschränkt werden.

²⁶¹ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 331.

²⁶² Hochmuth, Anneliese (1997): Spurensuche, S. 109.

²⁶³ Vgl. Stenografische Notizen Bodelschwings zum Besuch der Ärztekommision, 19.2.1941, HAB 2/39-188, zitiert nach Hochmuth, Anneliese (1997): Spurensuche, S. 109.

²⁶⁴ HAB 2/39-188, zitiert nach Hochmuth, Anneliese (1997): Spurensuche, S. 110.

²⁶⁵ Der Name ergibt sich jedoch aus einem Brief Bodelschwings an Villinger am gleichen Tag (HB, 2/33-529): Es ist der Ministerialrat Ruppert im RMI, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 280.

²⁶⁶ HB, 2/39-187, Bl. 172ff., zitiert nach Klee, Ernst (1983): A. a. O., S. 280.

[...] Sollte die Reichsregierung sich nicht in der Lage sehen, eine andere Entscheidung, als sie anscheinend gegenwärtig getroffen ist, herbeizuführen, so müssten wir bei der Bitte stehen bleiben, uns von jeder Mitwirkung bei der Durchführung dieser Aktion zu entbinden. Einem ohne unser Zutun erfolgenden Eingriff werden wir uns selbstverständlich fügen [...].²⁶⁷

Wie aus v. Bodelschwings Aufzeichnungen hervorgeht, hatte er sich damit abgefunden einen Teil der Anstaltsinsassen aufgeben zu müssen²⁶⁸. Diese zunehmende Kompromissbereitschaft v. Bodelschwings zeigt sich auch in einem Schreiben des Stettener Anstaltsleiters nach Kriegsende:

„Auch Pastor Fritz [v. Bodelschwing] hat mit Bruder Frick vom CA zwar gegen die Euthanasie grundsätzlich protestiert, aber in Erkenntnis der anfänglichen Aussichtslosigkeit dieses Kampfes sich zu dem Kompromiß genötigt gesehen, wenigstens anzustreben, dass der Kreis der zu Tötenden durch eine eindeutige Formulierung umschrieben würde, also z. B. nur die davon erfaßt würden, die ohne jede feststellbare Regung geistigen und seelischen Lebens dahinvegetierten.“²⁶⁹

Der Neffe Bodelschwings hat den Brief dahingehend interpretiert, die erstaunlich kompromisshaft klingenden Formulierungen seien Teil des „entschlossenen, aber elastischen Widerstandes“ Bodelschwings gewesen²⁷⁰.

Zusammenfassend betrachtet konnte Bodelschwing durch seine nicht ablassenden Proteste erreichen, dass Bethel zumindest vom direkten Abtransport von Kranken in Tötungsanstalten verschont blieb²⁷¹.

Auf katholischer Seite gestaltete sich der Widerstand einheitlicher und unmissverständlicher. Der erste offizielle Protest bei der Reichsregierung gegen die Vernichtungsaktion wurde in der katholischen Kirche durch Erzbischof Conrad Gröber (1872-1948) aus Freiburg i. B. und Dr. Kottmann (1867-1948), Generalvikar von Rottenburg, erhoben. Gröber und Kottmann, die über die Vorgänge in Württemberg und Baden unterrichtet waren, forderten Lammers am 2. August 1940

²⁶⁷ HB, 2/39-187, Bl. 195f. sowie Bl. 203, zitiert nach Klee, Ernst (1983): A. a. O., S. 281.

²⁶⁸ Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 338f.

²⁶⁹ Brief Pfarrer Schlaich's an Friedrich von Bodelschwing (Neffel!), vom 10.7.1963, HB 239-193, Bl. 896, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 281.

²⁷⁰ Klee, Ernst (1983): A. a. O., S. 281.

²⁷¹ Vgl. Hochmuth, Anneliese (1997): Spurensuche, S. 122.

brieflich auf, seinen Einfluss geltend zu machen und die Aktion einzustellen²⁷². Sie erklärten sich bereit, für alle Unkosten, die dem Staat durch die Pflege der zum Tode bestimmten Geisteskranken erwüchsen, auf karitativem Wege aufzukommen. Dieses Angebot – auf evangelischer Seite machte es v. Bodelschwingh wenige Monate später – ist interessanterweise vom NS-Staat niemals einer ernsthaften Überprüfung unterzogen worden. Dieser Sachverhalt könnte dahingehend gedeutet werden, dass im nationalsozialistischen Regime die Kosteneinsparung letztlich nicht im Vordergrund stand, sondern dass es vielmehr um die physische Vernichtung der „Gegenbilder wahren Menschseins“ ging²⁷³.

Dem Protest Gröbers und Kottman folgte bereits am 11. August 1940 ein Schreiben des gesamten deutschen Episkopats²⁷⁴, das der Vorsitzende der Fuldaer Bischofskonferenz Kardinal Bertram (1859-1945) im Namen der Bischöfe wiederum an Lammers richtete.

Ebenfalls im Sommer 1940 beauftragte Kardinal Faulhaber (1869-1952) aus München, der von 1911 bis 1921 Bischof und seit 1921 Kardinal war, ein Mitglied des Münchner Domkapitels, detaillierte Nachforschungen über die Vernichtungsaktion anzustellen, um ein geplantes Protestschreiben mit unwiderlegbaren Fakten zu untermauern. Im November 1940 richtete Faulhaber sein Schreiben an den Reichsjustizminister Gürtner. Er verwies auf die Gebote Gottes, sowie seine Gewissensverpflichtung und formulierte mit folgenden Worten den Standpunkt der katholischen Kirche:

„Eigenwillige Vernichtung des Lebens, des eigenen Lebens durch Selbstmord, fremden Lebens durch Tötung, ist durch Gottes Gebot als verbrecherischer Eingriff in die sittliche Ordnung gebrandmarkt.“²⁷⁵

Mit allem Nachdruck betonte Faulhaber, dass der Mensch nicht lediglich zum Nutzen der Volksgemeinschaft beurteilt werden könne. Sehr am Herzen lag ihm auch eine Abgrenzung der Kranken gegen Verbrecher. Schließlich warnte Faulhaber davor,

²⁷² Vgl. Neuhäusler, Johann (1946): Kreuz und Hakenkreuz, Der Kampf des Nationalsozialismus gegen die katholische Kirche und der kirchliche Widerstand, Teil II, S. 356.

²⁷³ Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 158.

²⁷⁴ Episkopat (von griechisch episcopos 'Bischof') bezeichnet die Gesamtheit der Bischöfe.

²⁷⁵ Vgl. Neuhäusler, Johann (1946): Kreuz und Hakenkreuz, Teil II, S. 359ff., vgl. weiterhin Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 158f.

dass die Grundlagen sittlicher Ordnung und die Grundrechte des einzelnen Menschen auch in Kriegszeiten nicht außer Kraft treten dürften.

Noch im gleichen Monat, in dem Faulhaber seinen Protest beim Reichsjustizministerium äußerte, legte die katholische Kirche durch eine veröffentlichte Verlautbarung des Heiligen Offiziums²⁷⁶ am 1. Dezember 1940 erneut ihren unmissverständlichen Standpunkt dar: Auf die Frage, ob geistig oder körperlich behinderte Menschen, die dem Staat nur noch zur Last fielen, auf Befehl des Staates getötet werden dürften, antwortete das Heilige Offizium, dies sei nicht gestattet, da die Tötung im Widerspruch zum natürlichen und göttlichen Gesetz stünde²⁷⁷.

Auch der Deutsche Episkopat ließ es bei seiner Eingabe vom 11.8.1940 nicht bewenden. Auf der Tagung vom 24. bis 26. Juni 1941 nahm die Fuldaer Bischofskonferenz erneut öffentlich gegen die Ermordungen Stellung²⁷⁸.

Besondere Bedeutung im Widerstand der katholischen Kirche kommt dem Bischof Clemens August Graf von Galen (1878-1946) zu.

Galen hatte im Juni 1941 durch den Anstaltspfarrer Lackmann erfahren, dass Pfleglinge aus der Provinzialheilanstalt Marienthal in Münster abtransportiert, somit also auch die Anstalten Westfalens in die Vernichtungsaktion einbezogen werden sollten. Dagegen hatte er am 26. Juni erfolglos Protest bei der westfälischen Provinzialverwaltung in Münster eingelegt und am 28. Juni Anzeige wegen Mordes beim Landgericht Münster erstattet²⁷⁹. Trotz dieser Anzeige wurden die Pfleglinge abtransportiert. Da darüber hinaus auch aus der Anstalt Warstein im Sauerland 800 Kranken der tödliche Abtransport zu drohen schien, entschloss sich Galen, wie er es bereits am 13. und 20. Juli 1941 mit zwei aufsehenerregenden Predigten gegen den „Klostersturm“ in Österreich, in Süddeutschland, Luxemburg, Lothringen und im „Warthegau“ getan hatte, vor die Öffentlichkeit zu treten²⁸⁰.

Am 3. August 1941 unterrichtete Galen in der Lambertikirche in Münster die versammelte Gemeinde von den Schritten, die er bisher zur Rettung der Kranken

²⁷⁶ Die Verlautbarung des Heiligen Offiziums vom 27. November 1940 wurde am 01.12.1940 von Papst Pius XII. zur Veröffentlichung befohlen. Vgl. Nowak, Kurt (1978): A. a. O., S. 160.

²⁷⁷ Acta Apostolicae Sedis 32 (1940), S. 353f., zitiert nach Nowak, Kurt (1978): A. a. O., S. 160.

²⁷⁸ Vgl. Nowak, Kurt (1978): A. a. O., S. 160f.

²⁷⁹ Portmann, Heinrich (1946): Der Bischof von Münster, S. 147f.

²⁸⁰ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 162ff.

unternommen hatte. Galen prangerte die nationalsozialistischen Euthanasiemaßnahmen offen an: Man müsse

„damit rechnen, daß die armen wehrlosen Kranken über kurz oder lang umgebracht werden [...], weil sie nach dem Urteil irgendeines Amtes, nach dem Gutachten irgendeiner Kommission 'lebensunwert' geworden sind, weil sie nach diesem Gutachten zu den 'unproduktiven Volksgenossen' gehören [...] Hast du, habe ich nur so lange das Recht zu leben, solange wir produktiv sind, solange wir von den anderen als produktiv anerkannt werden? Wenn man den Grundsatz aufstellt und anwendet, daß man den 'unproduktiven' Mitmenschen töten darf, dann wehe uns allen, wenn wir alt und altersschwach werden! Wenn man die unproduktiven Menschen töten darf, dann wehe den Invaliden, die im Produktionsprozeß ihre Kraft, ihre gesunden Knochen eingesetzt, geopfert und eingebüßt haben! Wenn man die unproduktiven Mitmenschen gewaltsam beseitigen darf, dann wehe unseren braven Soldaten, die als Schwerkriegsverletzte, als Krüppel, als Invaliden in die Heimat zurückkehren! Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben 'unproduktive' Mitmenschen zu töten – und wenn es jetzt zunächst auch nur arme wehrlose Geisteskranke trifft -, dann ist grundsätzlich der Mord an allen unproduktiven Menschen, also an den unheilbar Kranken, den Invaliden der Arbeit und des Krieges, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und altersschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben.“²⁸¹

Überraschenderweise konnte Bischof Galen, der sich innerlich darauf vorbereitet hatte, nach der Predigt sofort verhaftet zu werden, ungehindert in das bischöfliche Palais zurückkehren.

Die Predigt Galens hatte eine ungeheure Wirkung, denn endlich hatte einer der Kirchenführer öffentlich Partei ergriffen, hatte doch bisher der kirchliche Widerstand fast ausschließlich über nicht veröffentlichte Eingaben oder vertrauliche Unterredungen stattgefunden²⁸².

Die Predigt wurde an den folgenden Sonntagen auch in anderen Kirchen und Diözesen verlesen. Durch Mund-zu-Mund-Propaganda, durch hand- und maschinenschriftliche Exemplare wurde sie in rasender Geschwindigkeit im ganzen Deutschen Reich und sogar an der Front verbreitet²⁸³.

Die Predigt Galens ermutigte mehrere Bischöfe, die Euthanasie ebenfalls öffentlich abzulehnen. So verkündete der Trierer Bischof Bornewasser in zwei Predigten, die Vernichtung kranker schuldloser Menschen schreie zum Himmel. Kurz darauf folgten

²⁸¹ Dok.-Samml. zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 335.

²⁸² Vgl. Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 335, sowie Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 163.

²⁸³ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 350.

dieser Stellungnahme die Bischöfe Albert Stohr (1890-1961) und Konrad Graf von Preysing (1880-1950) aus Mainz und Berlin²⁸⁴.

Galen erreichten Sympathiebekundungen aus allen gesellschaftlichen Schichten, selbst Papst Pius XII. (1876-1958) sicherte dem Bischof seine volle Unterstützung zu²⁸⁵.

Sogar im Ausland wurden die mutigen Schritte des Bischofs stark gewürdigt, was wohl – neben dem starken Rückhalt, den Galen bei der deutschen Bevölkerung hatte – auch als Ursache für das Zögern Hitlers verstanden werden muss, gegen Galen drastisch einzuschreiten; Hitler musste den Bischof bis zum Kriegsende unbehelligt lassen²⁸⁶.

Gerade in Großbritannien und den USA erweckte die Predigt Bewunderung und Anteilnahme. Presse und Rundfunk befassten sich mehrfach damit und verlasen sie teilweise im Wortlaut. Von britischen Fliegern wurde sie sogar als Flugblatt abgeworfen – die Geheimhaltung war definitiv durchbrochen²⁸⁷.

Der Protest Galens wurde im Ausland als grundsätzlicher politischer Widerstand gegen den deutschen Nationalsozialismus verstanden. Man behandelte ihn als eine Art Rebell, als einen großen Widersacher Hitlers, der sich in seinen Zielen mit den Alliierten einig wisse, und übersah dabei, dass Galen ein durch und durch national gesinnter Mann war. Aus seiner national-konservativen Grundhaltung heraus konnte Bischof Galen sogar seiner Hoffnung auf den Sieg der Deutschen Ausdruck verleihen und seine Priester und Kapläne dazu anhalten, in der deutschen Wehrmacht „ihren Mann zu stehen“²⁸⁸.

Betrachtet man zusammenfassend den kirchlichen Widerstand auf evangelischer wie auf katholischer Seite, so war der kirchliche Protest sicherlich von großer Wichtigkeit, jedoch muss man festhalten, dass – abgesehen vom Konflikt um Graf von Galen – die Krankenmorde zu keiner Zeit zu einem wirklichen Streitpunkt zwischen Staat und

²⁸⁴ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 172-174.

²⁸⁵ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 351.

²⁸⁶ Vgl. Picker, Henry (1963): Hitlers Tischgespräche im Führerhauptquartier 1941-1942, S. 438f.

²⁸⁷ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 168f.

²⁸⁸ Vgl. Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 170.

Kirche wurden. Die Sterilisationen wurden von der evangelischen Kirche sogar befürwortet²⁸⁹.

Die Anstalten der Inneren Mission auf evangelischer Seite, allen voran die von Bodelschwingschen Anstalten, leisteten hinhaltenden Widerstand, um die Euthanasieaktion zu verzögern und den Kreis der Betroffenen nach Möglichkeit einzuschränken. Auf diese Art und Weise konnten zwar eine beträchtliche Zahl von Menschen gerettet werden²⁹⁰, ein Ende der Anstaltsmorde bewirkte die Kirche jedoch nur bezüglich der Aktion T4.

Die katholische Kirche versuchte durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit Druck auf das nationalsozialistische Regime auszuüben. Ein gewisser Spielraum eröffnete sich dadurch, dass das Regime zur Geheimhaltung der Euthanasieaktion gezwungen und von daher in Gegenmaßnahmen behindert war. Man kann davon ausgehen, dass die Predigt Galens – als eine von mehreren Ursachen – zum Abbruch der Aktion T4 beigetragen hat, letztlich vermochte aber auch sie nicht, die Krankenmorde völlig zu beenden²⁹¹.

Pfarrer Wilms Kritik trifft das Verhalten der Kirche im Kernpunkt:

„...ich [kann] nur sagen [...], die ganze Kirche hätte laut rufen müssen, zu dem Mord an Kranken, zu dem Mord an Juden, zu dem Mord an Polen, Russen und Tschechen.“²⁹²

Selbst die Einordnung des „Löwen von Münster“²⁹³, wie Bischof von Galen posthum genannt wurde, wird schwierig, wenn man seine Predigt gegen die Vernichtung

²⁸⁹ Auf der Treysaer Fachkonferenz im Mai 1931 bezeichnete die Innere Mission die Unfruchtbarmachung als in gewissen Fällen „religiös-sittlich gerechtfertigt“, vgl. hierzu Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 94.

²⁹⁰ Insgesamt bewahrte die Innere Mission – obwohl solche Schätzungen mit Vorbehalt zu betrachten sind – rund 30.000 Pfleglinge vor der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. (Schätzung nach Gerhardt, Martin (1948): Ein Jahrhundert Innere Mission, Die Geschichte des Central-Ausschusses für die Innere Mission der DEK Bd. 2. S. 401.), zitiert nach Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 343.

²⁹¹ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 354. Faulstich, Heinz (1998): Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949, S. 271ff. Süß, Winfried (2003) Der „Volkskörper“ im Krieg, S. 127-151.

²⁹² Bericht von Pfarrer Ernst Wilm auf der Gemeindeversammlung Dachau, 28.10.1945, in der ev. Kirche zu Menninghüffen, hrsg. vom Ev. Vortragsdienst in der Mark, Dortmund, Hombruch, zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 338.

²⁹³ Bischof Clemens August Graf von Galen erhielt posthum den Ehrennamen „Löwe von Münster“. Höllen weist in seinem Buch darauf hin, dass damit die Person Galens unzureichend beschrieben

lebensunwerten Lebens mit seinen Äußerungen über den Vernichtungskrieg gegen die Sowjetunion konfrontiert²⁹⁴: Gegen die Tötung von tausenden Behinderten erhob von Galen seine Stimme, das millionenfache Sterben im Krieg gegen die Sowjetunion fand aber seine Unterstützung²⁹⁵.

Dem kirchlichen Widerstand waren dadurch Grenzen gesetzt, dass er nur von einer Minderheit der Kirchen getragen wurde und dass es, wie eingangs bereits erwähnt, zu keiner überkonfessionellen Opposition gegen die Euthanasieaktion kam.

Die Verbindung zwischen Euthanasie und Holocaust blieb weithin unberücksichtigt. Obwohl die Kirchen – vielleicht sogar mit Aussicht auf Erfolg²⁹⁶ – gegen die „Endlösung der Judenfrage“ hätten Widerstand leisten können, beschränkten sich ihre Proteste – von wenigen Ausnahmen abgesehen²⁹⁷ – auf die Euthanasie²⁹⁸.

ist. Denn Galen, liiert mit Franz von Papen, ein scharfer Kritiker der Weimarer Republik, streng antiliberal und antisozialistisch, war aufgrund seiner Haltung in der Umgebung seines Vetters, des Bischofs Preysing in Berlin, bis Ende 1937 verdächtigt worden, „daß er letzten Endes doch mit dem nationalsozialistischen System sympathisiere.“ Vgl. Höllen, Martin (1981): Heinrich Wienken, S. 79.

²⁹⁴ Im September 1941 setzte Bischof von Galen die Soldaten, die unter dem Oberbefehl Adolf Hitlers gegen die kommunistisch regierte Sowjetunion Krieg führten, mit den Soldaten früherer katholischer Kreuzzugsheere gleich. Ihnen hatte die Kirche für ihre Massaker ebenfalls die ewige Seligkeit versprochen (Hirtenbrief vom 14. September 1941), vgl. Ranke-Heinemann, Uta (2005): Ein Antisemit und Kriegsfreund, S. 10. Im Jahr 1942 sprach von Galen in einem Hirtenbrief sogar rühmend von den Gefallenen, die in einem "neuen Kreuzzug" mit dem Feldgeschrei "Gott will es" den Bolschewismus niederringen wollten (Hirtenbrief vom 15. März 1942), zitiert nach Deschner, Karlheinz (1991:) Die Politik der Päpste im 20. Jahrhundert, Teil II, S. 581.

²⁹⁵ Vgl. auch Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, S. 170.

²⁹⁶ Vgl. Lewy, Guenter (1964): Die katholische Kirche und das Dritte Reich, S. 293.

²⁹⁷ Zu nennen wären in diesem Zusammenhang beispielsweise der ev. Landesbischof T. Wurm und der katholische Pfarrer Bernhard Lichtenberg (1875-1943), der öffentlich für die Verfolgten eintrat. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, S. 354.

²⁹⁸ Schmuhl, Hans-Walter (1987): A. a. O., S. 354. Zur Entwicklung nach 1945 vgl. beispielsweise Kaminsky, Uwe (2005): Zwischen Rassenhygiene und Biotechnologie, S. 204-241.

4.6 Die Nachkriegszeit – Was wird aus den Tätern?

Mit dem Untergang des nationalsozialistischen Regimes 1945 und der darauffolgenden „Säuberungspolitik“ der Alliierten verschwanden die offiziellen Vertreter der nationalsozialistischen Ideologie von der Bildfläche. Bereits im Herbst 1949, unmittelbar nach Eröffnung des Bundestages, begannen seitens der neuen Regierungsbeauftragten jedoch Bemühungen um eine Beendigung, ja zum Teil Rückgängigmachung der politischen Entnazifizierung. Die Abgrenzung von der Periode alliierter Fremdbestimmung war für das Bedürfnis der Deutschen nach Selbstverwaltung und Neuanfang in dieser Zeit von erheblicher Bedeutung. So fand mit der Staatsgründung der Bundesrepublik eine Reintegration der NS-Elite in den Staatsapparat des Nachkriegsdeutschlands statt. Nicht spezifisch nationalsozialistische Werte wie Volksgesundheit und humaner Fortschritt durch Förderung einer gesellschaftlichen Elite, wie sie beispielweise in der Jugenderziehung oder in der Eugenik vorkamen, blieben so über den Untergang des nationalsozialistischen Regimes hinaus erhalten²⁹⁹.

Die Gerichte der entstehenden Bundesrepublik zeigten erstaunliche Milde mit den Tätern³⁰⁰. Dr. Pfanmüller, der Leiter der Kinderfachabteilung Eglfing-Haar, beispielsweise wurde lediglich zu fünf Jahren Haft verurteilt³⁰¹. Hans Heinze, Leiter der Landesheilanstalt Brandenburg-Görden sowie Gutachter der Kinder- und Erwachsenen-Euthanasie, blieb nach Kriegsende sogar in seiner Anstalt in Brandenburg-Görden tätig. Russische Spezialisten interessierten sich für seine Untersuchungen zum Problem der prä-, peri- oder postnatalen Idiotie. In den 1950er Jahren bekam Heinze dann Stellenangebote als Oberst-Arzt in der Volkspolizei der DDR und als Ordinariat für Psychiatrie an der Universität Jena, die er jedoch ablehnte. 1966 setzte das Landgericht Hannover Heinze außer Verfolgung³⁰².

Am Beispiel des Werdegangs von Prof. Werner Catel, ebenfalls einer der Hauptprotagonisten der nationalsozialistischen Kindereuthanasie, lässt sich zeigen,

²⁹⁹ Vgl. Frei, Norbert (1996): Vergangenheitspolitik, S. 7-24, vgl. des Weiteren Oehler-Klein, Sigrid; Roelcke, Volker (2007): Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945.

³⁰⁰ Vgl. Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 204f.

³⁰¹ Vgl. Bogner Alexander (1998): Gnädige Juristen.

³⁰² Vgl. Hinz-Wessels, Annette (2009): Hans Heinze.

wie unbeschadet einige Täter ihre Karriere weit über das Ende des Krieges hinaus fortsetzen konnten³⁰³. Öffentlich vertrat Catel noch in den 1960er-Jahren seine Auffassung über „begrenzte“ Euthanasie und meinte damit die „Erlösung“ schwerbehinderter Kinder von ihrem Schicksal durch Tötung.

Werner Catel, Professor für Kinderheilkunde, war von 1922 bis 1946 an der Universitätskinderklinik in Leipzig tätig, ab 1933 als Direktor der Klinik. Catel war, wie bereits erwähnt, derjenige, der im Jahre 1939 die Tötung an Kind K. – als erster Fall einer offiziell von Hitler legitimierten Tötung eines behinderten Kindes – vollzog. Er wirkte seit Gründung des Reichsausschusses an den Planungen zur Kindereuthanasie mit³⁰⁴ und war in der Folgezeit neben dem Psychiater und Neurologen Hans Heinze und dem praktischen Kinderarzt Ernst Wentzler einer der drei Gutachter des Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden und bestimmte mit den anderen Gutachtern somit direkt über das Todesurteil von mehr als 5000 Kindern³⁰⁵.

Catels Interesse galt schon früh jenen Erkrankungen, die ihm später zur Begutachtung im Reichsausschuss gemeldet wurden. Kinder mit Spaltmissbildungen, wie etwa einer Spina bifida, kamen offenbar aus dem ganzen Deutschen Reich „zur Behandlung“ zu ihm. Spätestens ab 1941 wurde in der Leipziger Universitätskinderklinik eine Kinderfachabteilung eingerichtet, die unter der Leitung Catels stand³⁰⁶. Catel selbst plante in Leipzig u. a. an den Reichsausschusskindern

³⁰³ Zur gegenwärtigen Forschungsliteratur über Werner Catel seien neben Ernst Klee und Achim Thom besonders die Arbeit von Ulrich Schultz und der 2003 erschienene Aufsatz von Hans-Christian Petersen erwähnt. Klee, Ernst (1986): Was sie taten – Was sie wurden, S. 139-143. Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 139-173. Schultz, Ulrich (1985): Dichtkunst, Heilkunst, Forschung: Der Kinderarzt Werner Catel, S. 107-123. Thom, Achim (1992): Das verhängnisvolle Wirken des Pädiaters Werner Julius Eduard Catel (1894-1981), S. 11-14.

³⁰⁴ Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 143ff.

³⁰⁵ Aussage Hans Hefelmans vom 7.12.1960, Bd.3, Bl. 21ff., zitiert nach Schultz, Ulrich (1985): A. a. O., S. 107.

³⁰⁶ Vgl. Thom, Achim (1992): Das verhängnisvolle Wirken, S. 12. Nach Thom wurde die Kinderfachabteilung Leipzig ab 1943 nach Dösen verlegt, bei Topp ist hingegen zu finden, dass die Kinderfachabteilung Dösen bereits seit 1940 bestanden hat und die Kinderfachabteilung Leipzig bis Kriegsende (mind. 1944) für den Reichsausschuss tätig war, vgl. Topp, Sascha (2004): Der „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“, S. 34.

experimentelle Versuche zur Übertragung und Behandlung von Kinderlähmung durchzuführen³⁰⁷.

Zum Ende des Krieges floh Catel aus Leipzig. Kurz darauf, im Jahre 1946, bekam er von der Gesundheitsabteilung des hessischen Innenministeriums bereits eine Chefarztstelle in der Kinderheilstätte Mammolshöhe angeboten³⁰⁸. Catel wurde 1947 in Wiesbaden als unbelastet eingestuft und leitete dann die Kinderheilstätte Mammolshöhe in der Nähe von Kronberg. 1949 wurde die Eröffnung eines Hauptverfahrens gegen Catel – wie gegenüber mehreren anderen Euthanasieärzten – vom Landgericht Hamburg abgelehnt, wobei vor allem die Begründung für heftige Kritik sorgte: Es hieß, „den Ärzten [sei] das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit nicht nachzuweisen“³⁰⁹. Die „Verkürzung lebensunwerten Lebens“ könne „keinesfalls eine Maßnahme genannt werden, welche dem allgemeinen Sittengesetz widerstreitet“³¹⁰. Die zweifache juristische Entlastung Catels spiegelt beispielhaft den Verlauf der verschiedenen Gerichtsverfahren wider, die nach 1945 gegen Euthanasie-Ärzte in der Bundesrepublik geführt wurden. Nachdem in der unmittelbaren Nachkriegszeit von deutschen und alliierten Gerichten für Täter zumeist noch Höchststrafen, darunter 21 Todesurteile, verhängt wurden, gab es nach 1947 in Westdeutschland keine einzige Verurteilung wegen Mordes mehr³¹¹. Hierbei hatte besonders die Hamburger Entscheidung von 1949 „Signalwirkung“³¹².

³⁰⁷ Vgl. Süß, Winfried (2002): Von der Gesundheitspolitik zum Krankenmord, S. 161f. Süß verweist auf Bundesarchiv Berlin, NS 51/242.

³⁰⁸ Catel, Werner (1974): Leben im Widerstreit, S. 84.

³⁰⁹ Zitiert nach Schultz, Ulrich (1985): Dichtkunst, Heilkunst, Forschung, S. 109, vgl. ebenso Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 153.

³¹⁰ Beschluss des Landgerichts Hamburg, 19.4.1949, NHH, NdS 721, Hannover, Acc. 90/99, 36, Bl. 59-63, zitiert nach Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 153.

³¹¹ Mit Ausnahme von Dr. Heinrich Bunke, der 1987 vom Landgericht Frankfurt wegen Beihilfe zum Mord in mind. 11.000 Fällen zu vier Jahren Haft verurteilt wurde. Der BGH ermäßigte ihm im Revisionsverfahren 1988 die Strafe auf 3 Jahre mit der Begründung, die Beihilfe zum Mord könne nur für 9.200 Menschen nachgewiesen werden. Nach einer Haftzeit von 18 Monaten wurde Bunke entlassen.

³¹² Freimüller, Tobias (2001): Mediziner: Operation Volkskörper, S. 51.

1954 wurde Catel schließlich als Professor für Kinderheilkunde an die Universität Kiel berufen. Die medizinische Fakultät hatte großes Interesse an Catel und ermöglichte ihm die Stelle trotz Kenntnis von Catels Tätigkeit im Reichsausschuss³¹³.

Die mangelnde Strafverfolgung nach dem Krieg machte es Tätern wie Catel möglich, ihre Arbeit fortzusetzen und die Kindereuthanasie weiterhin zu propagieren. Erleichternd kam hinzu, dass die Kindereuthanasie sowohl von der Gesellschaft als auch von der Rechtsprechung nicht als nationalsozialistisches Gedankengut angesehen wurde. Catel publizierte zahlreiche Aufsätze und Lehrbücher, darunter auch Leitfäden für Mütter³¹⁴ und genoss einen guten Ruf in der Kinderheilkunde.

Noch im Jahre 1981 wurde er von der Kieler Universität in einer Todesanzeige mit folgenden Worten geehrt:

„Durch seine wissenschaftlichen und publizistischen Aktivitäten hat er weit über den engeren Wirkungsbereich der Klinik hinaus zum Wohle kranker Kinder beigetragen. Alle, die ihn gekannt haben, bezeugen eine von rechtlicher Gesinnung und hohem sittlichen Verantwortungsbewußtsein geprägte Persönlichkeit.“³¹⁵

Diese universitäre Stellungnahme und das damit verbundene gewissenliche Hinwegsehen über Catels nationalsozialistische Vergangenheit kann als Rechtfertigung seiner führenden Beteiligung am Mord behinderter Kinder aufgefasst werden³¹⁶.

Drei Jahre später sorgte die in seinem Testament vorgesehene Stiftung, die alle zwei Jahre einen Preis von 20.000 DM für experimentelle oder naturwissenschaftliche Forschungen vergeben sollte, für erhebliche Proteste. Studenten hatten gegenüber der Universität auf die bedeutungsvolle Rolle des Stifters im Dritten Reich

³¹³ Persönliche Mitteilung Prof. Hans-Georg Hansen an Petersen und Zankel, Lübeck, 18.9.2000. Von wem dieser Hinweis auf Catels Vergangenheit erfolgte, konnte nicht geklärt werden. Vgl. Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 155f.

³¹⁴ Darunter z. B. Catel, Werner (1936/37): Bewegungsvorgänge im gesamten Verdauungskanal. Ders. (1944): Differentialdiagnostische Symptomatologie von Krankheiten des Kindesalters. Ders. (1954): Diagnostisch-therapeutisches Vademecum für Studierende und Ärzte. Ders. (1961): Die Pflege des gesunden und des kranken Kindes.

³¹⁵ Plog, Karsten (1984): Das Testament des Euthanasie-Arztes Werner Catel, Frankfurter Rundschau vom 22.2.1984, zitiert nach Schultz, Ulrich (1985): Dichtkunst, Heilkunst, Forschung, S. 107.

³¹⁶ Vgl. Schultz, Ulrich (1985): Dichtkunst, Heilkunst, Forschung: Der Kinderarzt Werner Catel, S. 107.

hingewiesen. Die Universität hatte dem Stifter Catel zuvor europäischen Rang³¹⁷, ja sogar Weltruf³¹⁸ bescheinigt, unter dem Druck der Öffentlichkeit musste der Senat der Kieler Universität jedoch schließlich von Catels Wunsch – dieser wollte seinen Namen mit Preis und Stiftung verbunden zu sehen – Abstand nehmen.

Überragende klinische Entdeckungen oder Beobachtungen hatte Catel nicht gemacht. Seine Forschungsergebnisse waren auch bereits zu seiner Zeit hinsichtlich des wissenschaftlichen Nutzens fragwürdig. So erfand er zum Beispiel eine Provokationsmethode, den so genannten Pyriferversuch – zum Nachweis des gutartigen Charakters früher beobachteter Fieberkrämpfe. Catels Entdeckerstolz, eine prognostische Methode zur Anfallsprovokation gefunden zu haben, verdeckte jedoch, dass eine Provokation keinesfalls über die Prognose von Fieberkrämpfen entscheiden kann, sondern höchstens über den klinischen Verlauf³¹⁹.

An Kindern mit erblichen Erkrankungen führte Catel sowohl wissenschaftlich als auch ethisch sehr fragwürdige Experimente durch:

„Bei denjenigen mongoloiden Säuglingen und Kleinkindern, bei denen eine gewisse Entfaltung des geistigen Lebens nachweisbar war, versuchte ich – soweit ich weiß, als Erster überhaupt – diesen Kindern dadurch zu helfen, daß ich Ihnen von Kälbchen Hormondrüsen einpflanzte. Diese Behandlung habe ich während meiner Tätigkeit in Kiel [1954-1960!!] in mehr als fünfzig Fällen von Mongoloismus fortgesetzt [...].“³²⁰

Catel fühlte sich nicht nur der Wissenschaft verpflichtet, sondern auch einer neuen anthropologischen Humanität. Sein Rechtsanwalt Fabian von Schlabrendorff hielt ihn deshalb für einen Überzeugungstäter³²¹.

Erst im Jahre 1960 sollte die für Catel positive Entwicklung eine Wende erfahren. Am 6. Mai jenen Jahres erstattete der Pädiater Rudolf Degkwitz Strafanzeige gegen

³¹⁷ Internat. Biograph. Archiv (Munzinger Archiv), ME-Ca vom 23.5.1964, zitiert nach Schultz, Ulrich (1985): A. a. O., S. 107.

³¹⁸ Fabian von Schlabrendorff, Aussage vom 15.1.1963 im Verfahren gegen Heinze u.a., Bd. 7, Bl.73, StA Hannover 2 Js 237/56, zitiert nach Schultz, Ulrich (1985): A. a. O., S. 107.

³¹⁹ Vgl. Schultz, Ulrich (1985): A. a. O., S. 121.

³²⁰ Gerichtliche Äußerung von Werner Catel vom 14.5.1962 in dem Verfahren Heinze u.a. Bd.6, Bl. 87 StA Hannover 2 Js 237/56. Mit Dank für den freundlichen Verweis auf dieses Dokument durch Dr. Ulrich Schultz-Venrath.

³²¹ Fabian v. Schlabrendorff, Stellungnahme vom 15.1.1963, zitiert nach Schultz, Ulrich (1985): A. a. O., S. 108.

Catel, die er mit dessen Tätigkeit im Reichsausschuss begründete³²². Die zuständige Landesregierung in Kiel sah sich jedoch nicht gezwungen politisch zu handeln. Erst ein Artikel im Magazin Der Spiegel im August 1960³²³ hatte die notwendige politische Wirkung. Am 17. August war in der gesamten Regional- und auch Bundespresse von Catels Vergangenheit zu lesen. Der Druck auf die Kieler Kinderklinik und Catel wurde so groß, dass dieser schließlich am 12. September 1960 um vorzeitige Emeritierung bat³²⁴. Catels medizinische Laufbahn war jedoch damit noch nicht beendet. In den kommenden Jahren arbeitete er an der Neubearbeitung der „Differentialdiagnostischen Symptomatologie von Krankheiten des Kindesalters“ und selbst als Arzt blieb er weiterhin tätig³²⁵.

Durch Stellungnahmen und Veröffentlichungen forderte Catel als einziger deutscher Hochschullehrer der Nachkriegszeit vom Gesetzgeber, dass dem Arzt in gewissem Umfang die Tötung „vollidiotischer“ Kinder freigegeben werde. Er quantifizierte in einem Interview des Spiegel 1964 die Zahl der Kinder, die er lieber tot sähe, weil sie „Vollidioten“ seien, Wasserköpfe, gespaltene Köpfe oder Missbildungen jeder Art haben, auf jährlich 2000 Kinder³²⁶.

Bereits zwei Jahre zuvor, im Jahre 1962, waren Catels Schriften „Grenzsituationen des Lebens“³²⁷ erschienen, in denen er sich zum Thema der „begrenzten“ Euthanasie äußerte. Catel erörterte hierin den

„Daseinswert kindlicher Idioten, d. h. solcher Monstren, bei denen keinerlei Merkmal eines seelischen Bewusstseins erkennbar ist.“³²⁸

So forderte er die Euthanasierung für Kinder, die folgende fünf Kriterien³²⁹ erfüllen:

1.) Es [das Kind] stellt nur eine „massa carnis“³³⁰ dar.

³²² Strafanzeige Rudolf Degkwitz gegen Werner Catel, SHLAS, Abt. 761, Nr. 9595, Bl. 23, zitiert nach Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 160.

³²³ Vgl. Anonymus (1960): Euthanasie: Eingeschläfert, Der Spiegel 34, S. 31-33.

³²⁴ Vgl. Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 160f.

³²⁵ Das Kieler Innenministerium hatte nach Catels Emeritierung erwogen, ihm ebenfalls seine Approbation zu entziehen, die Landesregierung, ebenso wie der Präsident der Ärztekammer entschieden sich schließlich jedoch gegen ein Entzugsverfahren. Vgl. Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 162f.

³²⁶ Anonymus (1964): „Aus Menschlichkeit töten?“, Spiegelgespräch mit Prof. Werner Catel, S. 41-47.

³²⁷ Catel, Werner (1962): Grenzsituationen des Lebens, S. 93-124.

³²⁸ Catel, Werner (1962): A. a. O., S. 106.

³²⁹ Catel, Werner (1962): A. a. O., S. 111f.

- 2.) Es besitzt keine „geistige Seele“, keine Personalität.
- 3.) Es ist zu keiner Willensentscheidung fähig.
- 4.) Es ist ohne jede Gegenseitigkeit³³¹.
- 5.) Es kann trotz Pflege nicht zu seiner bestimmungsgemäßen Entfaltung gebracht werden.

Catels Argumentationsweise ist oberflächlich und zum Teil unsachlich, seine Zitierweise akademisch unüblich³³². Catel bezieht sich zunächst auf die Schrift Binding und Hoches³³³, bemüht sich jedoch schnell um weitere Kronzeugen, die von Luther³³⁴ bis Papst Pius XII³³⁵ reichen, gerade als ob er seine Position doch als ungeschützt empfinden würde. Er führt aus dem Zusammenhang gerissene Zitate jener Persönlichkeiten an, so wie sie seiner jeweiligen Absicht entsprechen. Dazu zitiert er belletristische und feuilletonistische Literatur, um zu zeigen, wie verbreitet die allgemeine Zustimmung zur Euthanasie ist. Selbst den hippokratischen Eid erwähnt Catel und bezeichnet ihn als veraltet³³⁶. Um die Wirkung seiner Worte zu unterstreichen, unterlegt er die Schrift mit einer Grauen erregenden Fotobeilage von schwerstbehinderten Kindern, darunter schwerste Spaltbildungen des Schädels und des Gesichtes, Fälle von An- und Hydrozephalie. Das Alter der dokumentierten Kinder erstreckt sich von den ersten Lebenstagen bis zum 15. Lebensjahr. Was er jedoch nicht hinzufügt, ist, dass viele dieser schwerstbehinderten Kinder ohnehin nur wenige Stunden oder Tage lebensfähig sind³³⁷.

Catel meinte, sein Buch könne die Grundlage für eine internationale Diskussion des Euthanasieproblems bilden. Betrachtet man Catels Werdegang und seine gesellschaftliche Position zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Buches, muss man die Schrift jedoch auch als Rechtfertigungsschrift bewerten.

³³⁰ Im Begriff der „massa carnis“ bezieht sich Catel auf Martin Luther, der seinerseits die Euthanasierung behinderter Kinder, sog. „Monstren“, forderte. Catel vertritt hier die Meinung, solche Kinder wären „zu den Menschen nicht zu zählen“, es handle sich vielmehr um einen Leichnam mit mehr oder weniger künstlich erhaltenen Teilfunktionen (Atmung, Kreislauf usw.). Vgl. Catel, Werner (1962): A. a. O., S. 111.

³³¹ Gemeint ist die Fähigkeit zur Kommunikation. Catel bezieht sich hierin auf Alfred Hoche.

³³² Z. B. kennzeichnet Catel die Auslassungen des betreffenden Textes nicht.

³³³ Catel, Werner (1962): Grenzsituationen des Lebens, S. 9f.

³³⁴ Catel, Werner (1962): A. a. O., S.107ff.

³³⁵ Catel, Werner (1962): A. a. O., S. 113.

³³⁶ Catel, Werner (1962): A. a. O., S. 33.

³³⁷ Vgl. Fischer, Jochen (1963): Werner Catel, Grenzsituationen des Lebens, S. 303-304.

Catels Veröffentlichung blieb, besonders in kirchlichen Kreisen, nicht unwiderrprochen. Mit zahlreichen Rezensionen wurde dem Autor scharfe Kritik entgegengesetzt. Die erneute Thematisierung der Euthanasie stieß auf Unmut und Misstrauen in der Gesellschaft.

Die Zeitschrift „Caritas“ nannte die bewusst angestrebte Abkürzung eines Lebens unsittlich und objektiv schwer sündhaft und lehnte das Buch sowohl vom menschlichen als auch vom katholischen Standpunkt aus entschieden ab³³⁸. Die „Innere Mission“ bezeichnete Catels „Grenzsituationen des Lebens“ als ein gefährliches Buch³³⁹.

Die Sorge, die Deutschen hätten aus den Gräueltaten des Nationalsozialismus nichts gelernt, ist groß. Aus diesem Grund schrieb die Zeitschrift „Hochland“, sie hoffe, dass Catels Schrift im Ausland nicht bekannt werde³⁴⁰.

Festzuhalten ist, dass sich die Einstellung Catels zur Euthanasie nicht auf die Zeit des Nationalsozialismus begrenzen lässt. Er selbst nannte seinen Eintritt in die Kinderklinik Leipzig 1922 und die Debatte über die Vernichtung lebensunwerten Lebens zur Zeit der Weimarer Republik als Ausgangspunkte seiner Anschauungen. Als Professor an der Universität Kiel konnte Catel kritiklos für die Kindereuthanasie eintreten, seine Argumente, die die Mitglieder der medizinischen Fakultät und auch der Kultusminister anscheinend teilten, ließen ein Lügengebäude nicht nötig erscheinen³⁴¹. Catels Tatkraft und Intelligenz wogen offenbar schwerer als die Einsicht, dass der Name Catel für immer an dessen Tätigkeit im Reichsausschuss geknüpft sein werde³⁴².

An Beispielen wie Catel, aber auch etlichen anderen Tätern des Nationalsozialismus, wird die Kontinuität deutlich, mit der der Gedanke der Kindereuthanasie noch weit über das Ende der NS-Zeit hinaus fortbestand. Unter derartigen bundesdeutschen

³³⁸ Völkl, Richard (1963): Begrenzte Euthanasie?, S. 209-214.

³³⁹ Fischer, Jochen (1963): Werner Catel, Grenzsituationen, S. 304.

³⁴⁰ Regau, Thomas (1962/63): Rundschau, S. 85-87.

³⁴¹ Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 170.

³⁴² Vgl. Schreiben Professor Benno Müller-Hills, Institut für Genetik der Universität Köln, an den Präsidenten der Universität Kiel, 23.2.1984, UAK, Akte „Werner-Catel-Stiftung“, Bl. 38, zitiert nach Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 170. Vgl. Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel, S. 169ff.

Verhältnissen herrschte bei vielen Eltern behinderter Kinder noch lange die Angst, die Mordaktionen der nahen Vergangenheit könnten sich auch in nächster Zukunft wiederholen³⁴³.

³⁴³ Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 205. Anfang dieses Jahres wurde mit Erscheinen des Buches „505 Kindereuthanasieverbrechen in Leipzig: Verantwortung und Rezeption“, in dem die Autoren den Schicksalen der Leipziger Kinder, die Opfer gefallen waren, auf die Spur gehen, und einer gleichnamigen Ausstellung das Gedenken an die Opferkinder in Würde gestaltet. Vgl. Lahm, Berit; Seyde, Thomas; Ulm, Eberhard (2008): 505 Kindereuthanasieverbrechen in Leipzig: Verantwortung und Rezeption.

5 Wo stehen wir heute? Gesellschaft, klinische Praxis und moralphilosophischer Diskurs in der Reflexion

5.1 Der Umgang mit Behinderung im gesellschaftlichen Kontext – 1945 bis heute

Nach der geschichtlichen Darstellung der NS-Verbrechen an Kindern mit Behinderungen stellt sich nun die Frage, wo stehen wir heute?

Wie hat sich der Umgang mit behinderten Menschen seit 1945 verändert und entwickelt und wie funktioniert die Integration Behinderter in unserer heutigen Gesellschaft? Gibt es in unserer Sozialstruktur ebenfalls Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen? Wo steht Deutschland mit der Integrationsfrage im internationalen Vergleich?

Dies sind nur einige Fragen von vielen, die sich bei der Betrachtung der heutigen Situation Behinderter in Deutschland stellen.

Aktuell leben rund 8,7 Millionen Menschen mit Behinderungen in Deutschland. 6,8 Millionen Menschen gelten als schwerbehindert. Den überwiegenden Teil der schweren Behinderungen machen mit 65 % körperliche Behinderungen aus, knapp 9% sind zerebrale Störungen und 9,4% der Schwerbehinderten gelten als geistig oder seelisch behindert³⁴⁴.

Damit hat etwa jeder zehnte Einwohner Deutschlands eine Behinderung³⁴⁵. Führt man sich diese enorme Anzahl von Menschen mit Behinderung vor Augen, wird deutlich, welche Bedeutung Integrationsfragen und die Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen dieser Menschen haben.

³⁴⁴ Statistischen Bundesamtes Wiesbaden (2007): Kurzbericht: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2005.

³⁴⁵ Anonymus (2006): „Jeder zehnte Bundesbürger gilt als behindert“. Daten über Menschen mit Behinderungen sind vorwiegend in der amtlichen Behindertenstatistik zu finden. Welche Behinderungen hiermit erfasst werden, beruht auf der Definition von Behinderung, die das Schwerbehindertengesetz § 3 fest schreibt. „Behinderung im Sinne dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht.“ Als schwer behindert gelten Personen, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50 und mehr zuerkannt wurde. Nicht erfasst werden jedoch Menschen mit Behinderung, die per definitionem nicht als schwerbehindert eingestuft wurden oder keinen Schwerbehinderten-Ausweis besitzen. Vgl. Niehaus, Mathilde: Aus Statistiken lernen.

Im Rahmen dieser Arbeit kann die folgende Abhandlung diesen Sachverhalt sicherlich nur schlaglichtartig beleuchten und erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Aus der sehr umfangreichen Forschungsliteratur seien besonders Walter Fandrey und Karl Heinz Wisotzki erwähnt³⁴⁶.

Die Nachkriegsjahre in der Bundesrepublik

Betrachtet man die Lage in Deutschland im Jahre 1945, nach dem zweiten Weltkrieg innerhalb dreier Jahrzehnte, kann man feststellen, dass Krieg die dominierende Ursache von Körperbehinderungen war. Die Volkszählung von 1950 erfasste in der Bundesrepublik Deutschland 1,2 Millionen anerkannte Kriegsbeschädigte – tatsächlich waren sogar 2 Millionen Bundesdeutsche kriegsbeschädigt. Zerbombte Wohnungen, schlechte Ernährungslage und wirtschaftliche Not bestimmten das Leben der Nachkriegsjahre. Eine Bevorzugung ehemaliger Soldaten durch besondere Renten für Kriegsbeschädigte wurde von den Alliierten verboten, um erneuten militaristischen Tendenzen vorzubeugen. Bewilligungen und Rentenzahlungen kamen nur langsam in Gang, was angesichts der allgemeinen Notlage eine doppelte Härte für die Betroffenen darstellte.

Nach der Gründung der Bundesrepublik schuf das Bundesversorgungsgesetz wieder eigenständige Leistungen für Kriegsbeschädigte, den Kern bildeten hier Rentenzahlungen. Die tatsächlichen Versorgungsleistungen für Kriegsbeschädigte blieben in den 1950er-Jahren jedoch bescheiden.

1953 wurde das Schwerbehindertengesetz erlassen, nach dem jedem Kriegsbeschädigten ab 50 Prozent MdE³⁴⁷ ein Arbeitsplatz gesichert werden musste. Verwaltungen der öffentlichen Hand, Anstalten des öffentlichen Rechts, Banken und Versicherungen mussten zu zehn Prozent, öffentliche und private Betriebe zu acht Prozent anerkannte Schwerbeschädigte beschäftigen. Erfüllte der Arbeitgeber die Pflichtquote nicht, musste er für jeden unbesetzten Schwerbeschädigtenarbeitsplatz eine Ausgleichsabgabe von 50 DM zahlen. Dieses Geld sollte für Arbeits- und

³⁴⁶ Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 195-265. Wisotzki, Karl Heinz (2000): Integration Behinderter.

³⁴⁷ MdE steht für Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Berufsförderungsmaßnahmen oder zugunsten der Schwerbeschädigtenfürsorge verwendet werden.

Im Aufschwung des Wirtschaftswunders wirkte dieses Schwerbeschädigtengesetz sehr erfolgreich. Die Zahl aller Arbeitslosen halbierte sich von 1953 bis 1956, insgesamt waren bereits Ende 1953 3,5 Prozent aller Arbeitsplätze der Bundesrepublik mit anerkannten Schwerbeschädigten besetzt³⁴⁸.

Ab 1954 wurde dann unter dem Schlagwort „Rehabilitation“ ein Programm entwickelt, das körperlich, geistig oder seelisch behinderte Menschen zu dauerhafter Eingliederung in Beruf und Arbeit verhelfen sollte³⁴⁹.

Der Ausbau der Rehabilitationsmaßnahmen schuf eine starke Tendenz zur faktischen Gleichbehandlung Behinderter – unabhängig von der Entstehungsursache der Behinderung. Und doch blieb die Grundstruktur des „gegliederten“ Sozialversicherungssystems bestehen: Auch heute bedeutet der historisch gewachsene Aufbau von verschiedenartigen sozialen Sicherungssystemen – Armenfürsorge, Kriegsinvalidenversorgung, Kranken- Unfall- und Rentenversicherung – für jeden behinderten Bundesbürger, dass je nach den konkreten Umständen der Behinderungsentstehung eine der Institutionen primär zuständig ist. Es macht einen entscheidenden Unterschied für die finanzielle Unterstützung, ob die gleiche Körperbehinderung angeboren oder durch Krieg verursacht ist, ob der Autounfall auf dem Weg zur Arbeitsstelle oder auf dem Weg zum Einkauf passiert. Als Opfer eines Arbeitsunfalls erhält der Behinderte eine Rente der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend seines letzten Arbeitseinkommens. Nach einem Freizeitunfall bemisst sich die Höhe der Rente aus der Rentenversicherung nach den bereits eingezahlten Rentenbeiträgen – bei jüngeren Leuten ist das gewöhnlich sehr wenig. Als letzte Unterstützungsmöglichkeit tritt bei Bedürftigkeit die Sozialhilfe ein – in der Regel für Behinderte mit angeborener oder frühkindlich erworbener Behinderung.

³⁴⁸ Vgl. Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 195-197.

³⁴⁹ „Unter ‘Rehabilitation’ werden alle Maßnahmen verstanden, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden; dazu gehört vor allem eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf.“ Deutscher Bundestag, Antwort der Bundesregierung auf Große Anfrage (1970), S. 2, zitiert nach Haaser, Albert (1975): Entwicklungslinien und gesellschaftliche Bedingungen der Behindertenpolitik in Deutschland, S. 65.

Charakter und Sozialprestige der Unterstützungszahlungen sind auch heute noch mit geprägt durch ihre frühere soziale Funktion: Zahlungen der Unfallversicherung gelten allgemein als selbstverständlich und gerechtfertigt, denn die Folgen eines Unfalls bei der Arbeit – einer gesellschaftlich nützlichen Tätigkeit – müssen eben im Rahmen des geltenden Rechts finanziert werden. Die Sozialhilfe hingegen trägt immer noch den Geruch ihrer Herkunft aus der „Armenpflege“. Zwar besitzt jeder Bundesbürger seit 1961 ein einklagbares Recht auf Sozialhilfe, ist also nicht mehr bloßes Objekt obrigkeitsstaatlichen Handelns, geblieben ist dennoch die Beschränkung der Zahlungen auf das Allernotwendigste und die Prüfung der Bedürftigkeit, die offensichtlich etwas Abschreckendes haben soll. Die konservative Sozialpolitik sieht leider gerade im Sozialhilfe-Bereich gute Möglichkeiten, Leistungen zu kürzen³⁵⁰.

Betrachtet man die Lebensbedingungen insbesondere von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung in Deutschland, muss man feststellen, dass gesellschaftliche Grundstrukturen noch lange Zeit nach dem Untergang des Dritten Reichs unangetastet blieben. Im Gegenteil, vieles wurde unverändert übernommen: So wurden beispielsweise die im Nationalsozialismus aufgelösten „Sammelklassen“ für schwache Hilfsschüler bis auf wenige Ausnahmen nicht wieder eingerichtet. Der 1942 eingeführte Halbierungserlass, welcher die Teilung der Anstaltspflegekosten zwischen Krankenkassen und Fürsorgeverbänden regelte und somit finanzielle Aufwendungen der Krankenkassen für psychisch Kranke in Anstalten kürzte, wurde nicht wieder aufgehoben. Die gesetzliche Verpflichtung zum Besuch der Sonderschule für Kinder mit Behinderungen, wie sie erstmalig im Reichsschulpflichtgesetz 1938 festgelegt wurde, galt nach 1945 in einigen Bundesländern als Landesrecht bis 1966 weiter fort. Das Reichsschulpflichtgesetz ist als ein möglicher Grund anzusehen, warum in Deutschland im Vergleich noch heute so hartnäckig am Sonderschulwesen festgehalten wird, während in vielen Nachbarländern eine Integration von Kindern mit Behinderung in Regelschulen bereits wesentlich üblicher ist³⁵¹. Sogar die zwangsweise Sterilisierung behinderter Menschen im Dritten Reich wurde von der Rechtsprechung nicht als

³⁵⁰ Vgl. Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 197-203.

³⁵¹ Fuchs, Petra (2005): Sonderpädagogik in der Zeit des Nationalsozialismus, in: Lebensunwert zerstörte Leben, S. 131f.

„entschädigungswürdiges“ Unrecht bezeichnet. Ein Sterilisierungsoffer erhielt nur dann eine finanzielle Entschädigung, wenn es nachweisen konnte, dass die damals gestellte Diagnose, z. B. „Schwachsinn“, nicht zutreffend gewesen war. Die Justiz der Bundesrepublik erkannte also implizit die Zwangssterilisierung behinderter Menschen als rechtmäßig an³⁵².

Entwicklung seit den 1950er-Jahren bis heute (BRD)

Die gesetzlichen Maßnahmen der 1950er-Jahre beseitigten weitgehend die materielle Not von Kriegsbeschädigten. Von 100 körperbehinderten Männern des Jahres 1962 waren 89 erwerbstätig³⁵³. Ein sogar überproportional großer Teil der Kriegsbeschädigten studierte zu Beginn der 1950er-Jahre an Universitäten³⁵⁴.

Die jüngeren Körperbehinderten – zumeist keine Kriegsbeschädigten – blieben zu Beginn der 1960er-Jahre jedoch in einem sehr viel höheren Maße ohne Arbeit als ihre nicht behinderten Altersgenossen, auch an den Universitäten studierte nur ein unterdurchschnittlicher Anteil.

Ein Großteil der Körperbehinderten war in den 1960er-Jahren in der Landwirtschaft tätig. Der technische Fortschritt in der Landwirtschaft mit zunehmender Übernahme der Arbeiten durch Maschinen, wirkte sich allerdings negativ für Behinderte aus: An Stelle vieler einfacher manueller Tätigkeiten traten Bedienung und Wartung von Maschinen, welche qualifizierte Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern.

Besonders geistig Behinderte hatten das Nachsehen im „Wirtschaftswunder-Land“ der 1950er- und 1960er-Jahre. Die Gesellschaft schloss sie von der sozialökonomischen und sozialpolitischen Entwicklung aus, „befreite“ sie von der Schulpflicht, stempelte sie als „bildungsunfähig“ ab und überließ sie ihren Familien.

Auf diese miserablen Verhältnisse reagierten Eltern von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen, indem sie 1958 den Verein „Lebenshilfe für das geistig behinderte

³⁵² Im Bundesentschädigungsgesetz von 1956 wurden Zwangssterilisierte ausgegrenzt. Vgl. Nowak, Klara (1994): „Viele nehmen ihren Gram und Kummer mit ins Grab“, S. 21f. Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 204f. Surmann, Rolf (2005): Was ist typisches NS-Unrecht?, S. 198-211.

³⁵³ Im Vergleich zu 99 Erwerbstätigen von 100 Nichtbehinderten. Ergebnis des Mikrozensus Oktober 1962, in: Wirtschaft und Statistik 1964, S. 91. (In die Zählung der Körperbehinderten gingen auch geistig Behinderte mit ein.), zitiert nach Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 205.

³⁵⁴ Vgl. Schubert, W. M. (1968): Zur Situation körperbehinderter Studierender, Rehabilitation 1968, S. 61f., WiSta 1968, S. 373. Statistisches Jahrbuch 1968, S. 34, zitiert nach Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 205.

Kind e. V. " gründeten³⁵⁵. Die "Lebenshilfe" organisierte selbst Werkstätten und setzte sich für den Ausbau von Sonderschulen ein³⁵⁶.

1961 wurde durch das neue Bundessozialhilfegesetz (BSHG) jedem Bundesbürger das individuell einklagbare Recht auf Sozialhilfe zugestanden, was eine neue Qualität gegenüber der bisher nur „gewährten“ Armenfürsorge bedeutete. Gleichzeitig führte das BSHG einen ganzen Maßnahmenkatalog der Eingliederungshilfe für Behinderte ein.

Seit Mitte der 60er Jahre verbesserten sich die Lebensverhältnisse der heranwachsenden Generation geistig Behinderter wesentlich. Ein steigender Anteil der Kinder besuchte die Sonderschule, die Definition von „bildungsunfähig“ wurde sukzessive nach „unten“ hin ausgeweitet. Wer nach der Sonderschule keine Arbeit fand – das war und ist leider noch immer die übergroße Mehrheit – erhielt in einer Werkstatt für Behinderte einen Arbeitsplatz. Für Menschen mit Behinderungen, die nicht mehr im elterlichen Haushalt leben konnten, wurden Plätze in betreuten Wohnheimen angeboten³⁵⁷.

Mit der Reform des Schwerbeschädigtenrechts 1974 wurde eine langjährige Forderung der Gewerkschaften erfüllt: Alle Schwerbehinderten, unabhängig von Art und Ursache der Behinderung, stehen seitdem unter dem Schutz der Beschäftigungspflicht. Besonders in den 1970er-Jahren wurden Rehabilitations-Einrichtungen ausgebaut, berufliche Umschulungen wurden durch Gründung von Berufsförderungswerken erleichtert.

³⁵⁵ Vgl. Castell, Rolf et al. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, S. 391.

³⁵⁶ Zu den Gründungsmitgliedern der „Lebenshilfe“ zählten allerdings auch der angesehene Jugendpsychiater Werner Villinger (1887-1961), sowie sein Schüler Hermann Stutte (1909-1982), die hinzugezogen wurden, um Fachkompetenz und öffentlichen Einfluss zu gewinnen. Villinger war bereits seit Mitte der 20er Jahre ein Vertreter von Rassenhygiene und Zwangssterilisation Behinderter. Während des Nationalsozialismus gab er als ärztlicher Leiter der Bodelschwingschen Anstalten in Bethel seine psychiatrischen Patienten für Zwangsterilisation und Forschungsversuche frei. Vgl. Holtkamp, Martin (2002): Werner Villinger, S. 179. Zeitweise war Villinger sogar als Gutachter an der Mordaktion T4 beteiligt. Villinger wurde 1947 als „entlastet“ eingestuft und setzte seine Karriere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Krieg fort. Unter seiner Leitung wurde 1954 der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie errichtet. Villingers Vorstellung von der biologischen Minderwertigkeit bestimmter Bevölkerungsgruppen und die daraus zu ziehenden rassenhygienischen Konsequenzen zeigen ein nicht untypisches Kontinuum von der Weimarer Republik über den Nationalsozialismus bis weit in die Zeit der Bundesrepublik. Vgl. Holtkamp, Martin (2002): Werner Villinger, S. 177. Sowie Castell, Rolf et al. (2003): Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 387-394, 463-480.

³⁵⁷ Vgl. Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 205ff.

Die Lebenssituation Behinderter in der DDR

Ähnlich wie in der BRD gab es auch in der DDR zahlreiche Entwicklungen auf dem Gebiet des Behindertenerziehungs- und -betreuungswesens, die grundsätzlich eine Verbesserung der Lebensbedingungen behinderter Menschen intendierten. Dabei haben sich die Bedingungen für Erziehung und Bildung lernbehinderter und leicht geistig behinderter verbessert, vor allem für geistig schwer behinderte Menschen gelang dies jedoch nur in Ansätzen.

Das Sonderschulwesen der DDR zeigte sich als beachtlich durchdachtes und sinnvoll geplantes System, welches trotz vorhandener ideologischer Indoktrination vor allem didaktisch guten und zeitgemäßen Unterricht anbot. Für geistig leichter behinderte Kinder und Jugendliche wurde ab Mitte der 1960er Jahre ein Netz von Förderungseinrichtungen aufgebaut, das zwar bis 1989 keine flächendeckende Förderung ermöglichte, aber von sich stetig verbessernden Bedingungen gekennzeichnet war.

Als problematisch muss insbesondere die weit verbreitete Hospitalisierung durch die Unterbringung von vielen Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen gesehen werden. Viele Menschen lebten unter schlechten Bedingungen in psychiatrischen Einrichtungen, ohne dass dafür medizinische Notwendigkeit vorlag. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Aspekte wie Selbstbestimmung, Integration und Elternaktivität kaum thematisiert wurden. Der Qualitätsgrad der Lebensbedingungen, insbesondere von geistig schwerer behinderten Menschen, war, trotz teilweise vorhandener Fördereinrichtungen, stark abhängig vom Engagement von Einzelpersonen.

In vielen Punkten gab es zwar gute Ansätze, die jedoch nicht flächendeckend umgesetzt wurden. Dies lag einerseits in der geringen Wirtschaftskraft der DDR und dem somit verhinderten Ausbau des Bildungs- und Betreuungswesens begründet, andererseits fehlten in der DDR Interessens- und Elternverbände, wie in der BRD beispielsweise die Lebenshilfe, die sich für die Belange behinderter Menschen einsetzten³⁵⁸.

³⁵⁸ Vgl. Barsch, Sebastian (2007): Geistig behinderte Menschen in der DDR, S. 215-220.

Wie weit geht die Integration heute wirklich?

Die Mehrzahl der Jüngeren mit geistiger Behinderung besucht heute eine Sonderschule und wird anschließend in einer Werkstatt beschäftigt. Das Recht auf Bildung und Arbeit ist damit für geistig behinderte Bürger verwirklicht, ein hohes Maß an sozialer Sicherheit ist erreicht.

Die Lebens begleitende Kette von Sondereinrichtungen – angefangen beim Sonderkindergarten, über die Sonderschule zur Werkstatt und zum Sonderwohnheim (das Sonder-Altersheim steht noch zur Diskussion) – bewirkt aber auch einen systematischen und konsequenten Ausschluss von Menschen mit Behinderung aus dem normalen gesellschaftlichen Leben. Kompensatorisch soll dann in der Freizeit die soziale Integration stattfinden, was notwendigerweise scheitern muss³⁵⁹.

Als „Normalbürger“ muss man in unserer heutigen Gesellschaft den Kontakt zu Menschen mit Behinderung beinahe aktiv suchen. Tut man dies nicht, kommt es im täglichen Leben kaum zu Berührungspunkten zwischen Behinderten und Nichtbehinderten.

Dieser „Schonraum“, der in unserer Gesellschaft Menschen mit Behinderung zugewiesen wird, könnte leicht zum „Vorraum“ der „Neuen Euthanasie“ werden, meint der Behindertenpädagoge Georg Feuser³⁶⁰. Feuser warnt vor einer gesellschaftlichen Ausgrenzung behinderter Menschen in Sondereinrichtungen, denn die Entfremdung, die so zur nichtbehinderten Bevölkerung entsteht, fördert die Diskriminierung³⁶¹.

Im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern gehört Deutschland hier keineswegs zu den Vorreitern. Beispielsweise die schulische Integration behinderter Kinder in so genannten Integrationsklassen ist in Italien, Österreich und Skandinavien bereits deutlich weiter fortgeschritten³⁶². Behinderte Kinder werden dort in normalen Regelschulklassen mit unterrichtet, die Integrationsklasse wird von zwei Lehrern, davon ein Sonderschullehrer, betreut, z. T. gibt es sogar Integrationskindergärten.

³⁵⁹ Vgl. Fandrey, Walter (1990): A. a. O, S. 207.

³⁶⁰ Vgl. Feuser, Georg (1994): Pädagogik ohne Ausgrenzung, S. 69.

³⁶¹ Vgl. hierzu auch Dörner, Klaus (2003): Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft.

³⁶² Vgl. Wisotzki, Karl Heinz (2000): Integration Behinderteter, S. 56-69.

Skandinavien gilt als Vorzeigemodell: Bereits in den 1950er-Jahren hat dort schon das so genannte „Normalisierungsprinzip“ eingesetzt, das bedeutet, dass Behinderte nicht „normal“ werden sollen, sondern dass ihre Lebensverhältnisse so gestaltet sein sollen, dass sie ein möglichst normales Leben führen können.

In Italien wurde die Integration per Gesetz eingeführt, in den 1970er und 1980er-Jahren wurden dort, wie auch in Norwegen, alle Sonderschulen geschlossen. Teilweise läuft die Integration in Italien, vor allem in Norditalien, hervorragend³⁶³.

In Deutschland ist die Integration von Kindern mit Behinderung in Regelschulen mehr und mehr im Kommen. Vorreiter unter den Bundesländern sind zum Beispiel Hamburg oder das Saarland. Im Saarland besuchen bereits 1100 behinderte Kinder, das sind knapp 25% aller behinderten Schüler im Land, die Regelschule³⁶⁴.

Eine häufige Kritik, der sich das Modell der Integrationsschule stellen muss, ist, ob die nichtbehinderten Kinder einer Integrationsklasse unter der abgeänderten Unterrichtsform nicht leiden würden. Professor Sander, Erziehungswissenschaftler der Universität Saarland, sieht dies anders:

„Nicht-behinderte Kinder profitieren in zweierlei Hinsicht: Erstens sind in der Regel ihre Schulleistungen etwas besser, da sie durch die zusätzliche Anwesenheit des Sonderpädagogen für einige Stunden pro Woche zwei Ansprechpartner haben. Zum anderen verbessert sich aber auch die soziale Entwicklung dieser Kinder. Vor allem, wenn sie Integration schon im Kindergarten und danach in der Grundschule erlebt haben, sind soziale Rücksicht und Hilfsbereitschaft ganz selbstverständlich. Gewalt tritt in Integrationsklassen generell seltener auf.“³⁶⁵

Wenn nichtbehinderte Kinder durch die Integration Behinderter keinen Nachteil erfahren, im Gegenteil sogar profitieren, ist es umso verwunderlicher, in welchem zögerndem Ausmaß die Integration in Deutschland stattfindet. Immer noch gehören

„Psychisch kranke und behinderte Menschen [...] zu den sogenannten „Randgruppen“ unserer Gesellschaft. Durch ihr abweichendes Verhalten von sozialen Normen stellen sie eine Herausforderung und Irritation für viele Mitglieder dieser Gesellschaft dar. Eine solche Irritation kann im positiven Sinne Anlaß zum Nachdenken über uns selbst

³⁶³ Vgl. Hafner, Michaela (2003): Schulische Integration im europäischen Vergleich.

³⁶⁴ Vgl. Pieke-Luzius, Anja (2003): Inklusive Pädagogik.

³⁶⁵ Auss. von Prof. Sander, Alfred, zitiert nach Pieke-Luzius, Anja (2003): Inklusive Pädagogik, vgl. außerdem Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 233.

werden; sie kann aber auch zur Ausgrenzung und Entwertung der Betroffenen führen.³⁶⁶

Die Praxis der Integration hängt einerseits von äußeren Voraussetzungen organisatorischer, finanzieller und verwaltungsrechtlicher Art ab, andererseits – und meines Ermessens noch viel wichtiger – sind jedoch unsere inneren Voraussetzungen zur Integration. Soll Integration beispielsweise in einer Schule gelingen, muss von den Eltern, von allen Lehrern und nicht zuletzt von den Kindern die Bereitschaft dazu vorhanden sein³⁶⁷.

Diese Einstellungen sind maßgeblich vom Umgang und Verhalten der Gesellschaft, in der der Einzelne lebt, geprägt und beeinflusst. Deshalb sei im Folgenden ein Blick auf die Einstellungen der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung in Deutschland geworfen.

Eine sehr fundierte Untersuchung über Grundhaltungen und Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu körperbehinderten Mitbürgern von Gerd Jansen stammt noch aus dem Jahre 1972. Viele Beobachtungen weisen jedoch darauf hin, dass diese Untersuchungsergebnisse keineswegs veraltet sind³⁶⁸. Jansen erfasste in seiner Studie mittels einer Repräsentativbefragung von 1567 Personen Meinungen, Einstellungen und Vorurteile nichtbehinderter Menschen zu Körperbehinderten.

Der folgenden Aussage stimmten die meisten der Befragten zu: *Manche Leute wissen nicht, wie sie sich einem Körperbehinderten gegenüber zu verhalten haben* (90%).

Überwiegende Zustimmung erhielten die Meinungen: *Ein körperbehinderter Mensch ist immer auch ein leidender Mensch* (83%).

Ein körperbehindertes Kind ist bei seinen Spielkameraden nicht so beliebt wie ein gesundes (79%).

Viele Körperbehinderte leiden auch unter charakterlichen Störungen (66%)³⁶⁹.

Ausführlichere und tiefer greifende Interviews ließen die Empfindungen der nichtbehinderten Bürger gegenüber ihren körperbehinderten Mitmenschen erkennen;

³⁶⁶ Zitiert nach Roelcke, Volker et al. (2001): Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 1943-1945, S. 41.

³⁶⁷ Vgl. Reinartz, Anton (1982): Möglichkeiten und Chancen gemeinsamen Lernens, S. 22f.

³⁶⁸ Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 247.

³⁶⁹ Jansen, Gerd W. (1972): Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten, S. 177.

die Begegnung mit körperbehinderten Menschen verursacht oft ein tiefes Gefühl der Verhaltensunsicherheit. Die Reaktionen schwanken zwischen: Soll ich die offensichtliche, mir ins Auge springende Behinderung ignorieren? Mitleid zeigen? Helfen?

Hinter dem Gefühl der Unsicherheit verbergen sich außerdem Empfindungen von Fremdartigkeit, Gefühle des Abgestoßenseins und Abscheureaktionen. Sehr stark empfinden viele Nichtbehinderte die – scheinbar offensichtliche – starke Einschränkung der Lebensmöglichkeiten von Körperbehinderten und reagieren mit Schuldgefühlen, die mit der selbstaufgelegten Pflicht zum Mitleid und zum Helfen verbunden sind.

Bereits Ewald Meltzer beschrieb 1925 in sehr beeindruckender Weise die zwiespältigen Gefühle, die die behinderten Kinder seiner Anstalt bei Nichtbehinderten hervorrufen können:

„Wenn ich aber einmal das Gefühl, das ich soeben noch mit „Mitleid“ bezeichnet habe, analysiere, so ist es eigentlich mehr eine Erschütterung darüber, daß es solche Entartungen geben kann und ein Mitleiden mit den Eltern dieser Kinder. Gewöhnlich mischt sich ein gewisses Erleichterungsgefühl ein, daß man nicht selbst solche Kinder hat und der Wunsch, diese Kinder möchten nicht leben, weil dadurch sowohl die Eltern wie die Gesellschaft von ihrer Last befreit wären. [...]

Die meisten [behinderten Kinder] fühlen sich jedenfalls glücklich und würden sich gegen eine Beendigung dieses Glücksgefühls durch Tötung sehr energisch sträuben. Bei denen aber, die diese Kinder niemals in der Nähe gesehen und ihr Seelenleben belauscht haben, kann man überhaupt nicht von Mitleid sprechen. Sie bemitleiden nur sich, als einen Teil der Menschheit, daß es solche taube Blüten gibt.“³⁷⁰

Derartige Gefühle führen bei Begegnungen mit Behinderten zu Versuchen, individuellen Kontakt zu vermeiden. Daraus folgt schließlich der Wunsch nach Isolierung Behinderter in Sondereinrichtungen und die grundsätzliche Vermeidung von Begegnungen mit ihnen. Auch der Gedanke an Euthanasie dürfte in diesen widersprüchlichen und unbewältigten Empfindungen eine Wurzel haben³⁷¹.

Die folgenden, überwiegend Zustimmung findenden Aussagen der Befragten in Jansens Studie gingen ebenfalls in entsprechende Richtung:

³⁷⁰ Meltzer, Ewald (1925): Die Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 64. Vgl. auch Kap. 6.6. dieser Arbeit. Tödliches Mitleid, S. 173ff.

³⁷¹ Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, S. 247-249.

Für einen Körperbehinderten ist sein eigenes Schicksal viel weniger hart, als für die Menschen, die mit ihm zusammenleben (61%).

Die Familie, in der es ein körperbehindertes Kind gibt, wird oft schief angesehen.

Man kann Eltern gut verstehen, die ihr körperbehindertes Kind vor der Öffentlichkeit verstecken (62%).

Körperbehinderte Kinder sind am besten in einem Heim aufgehoben (63%)³⁷².

Sehr häufig ist die Einstellung zu Menschen mit Behinderung auch maßgebend von Unwissenheit geprägt. In einer Befragung von 1976³⁷³ nannte die Mehrheit Vererbung, Inzucht, Trunksucht des Vaters oder der Mutter und Schädigungen während der Schwangerschaft als häufigste Ursache für die Entstehung von Schwachsinn. In der Realität spielt Inzucht gar keine und Vererbung im engeren Sinne eine eher geringe Rolle.

Weiterhin behauptete jeder zweite, die Ansicht, die Eltern hätten Schuld am Schwachsinn ihres Kindes, sei auch heute weit verbreitet.

Mitleid gegenüber Behinderten wurde als vordergründiges Gefühl genannt, eigene negative Gefühle bestritt die Mehrheit, den Nachbarn von geistig behinderten Kindern wurden allerdings auch ablehnende Haltungen zugetraut.

Dass das Ansehen einer Familie durch ein schwachsinniges Kind leide, vermutete knapp die Hälfte der Bevölkerung. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Eltern geistig behinderter Kinder musste dies aus eigener Erfahrung leider bestätigen.

Für ein geistig behindertes Kind sei es besser, in einem speziellen Heim als zu Hause aufzuwachsen, meinten zwei Drittel der Befragten. Die Anstalten für schwachsinnige Kinder sollten eher in entlegenen Orten als in dicht bevölkerten Gebieten erbaut werden. 22 Prozent der Befragten sagten sogar, es wäre gut, wenn ein geistig behindertes Kind früh sterben würde, 50 Prozent stimmten dieser Aussage bedingt zu. Betrachtet man diese enorm hohen Zahlen der Befragten, die dem frühen Tod eines behinderten Kindes zustimmen würden, muss man davon ausgehen, dass wir in unserer Gesellschaft auch heute – und trotz der Erfahrung der

³⁷² Jansen, Gerd W. (1972): Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten, S. 176f.

³⁷³ Nachfolgende Befragungsergebnisse beruhen auf: Bracken, Helmut von (1976): Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen, S. 356ff.

Kindereuthanasie des Nationalsozialismus – vor Bewegungen in eine ähnliche Richtung nicht vollends geschützt sind.

Eine ebenfalls interessante, neuere Studie liefert Heinrich Tröster. Er untersuchte die Unterschiede im verbalen und nonverbalen Verhalten gegenüber Körperbehinderten und nichtbehinderten Interaktionspartnern, da die meisten neueren Studien zur Einstellung der Gesellschaft gegenüber Behinderten auf verbal geäußerten Reaktionen der Befragten basieren. Die Ergebnisse Trösters verweisen auf folgende Diskrepanz: Im verbalen Verhalten Nichtbehinderter wird das Bemühen um eine freundliche und zuvorkommende Haltung gegenüber dem Behinderten sichtbar, während in nonverbalen Verhaltensaspekten Spannungs- und Vermeidungstendenzen zum Ausdruck kommen³⁷⁴.

Die sehr breit angelegte Studie von Alfred Fries aus dem Jahr 2005 beschäftigt sich mit der Diskriminierung behinderter Menschen und rückt dabei das Erleben und Wahrnehmen der Betroffenen in den Fokus. Fries reflektiert die Auswirkungen von Vorurteilen und Stigmatisierungen auf die individuelle, persönliche Ebene des Menschen. Dabei kommt er zum Ergebnis, dass "Ausgrenzung und Ablehnung sehr differenziert wahrgenommen und interpretiert werden"³⁷⁵. "Spannungen zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen" werden von Körperbehinderten sehr genau reflektiert³⁷⁶, wobei "die Ursachen [...] nicht einseitig den nichtbehinderten Menschen zugeschrieben werden"³⁷⁷ können, sondern insbesondere "unzureichendes Wissen und Uninformiertheit über behinderte Menschen"³⁷⁸ Auslöser für Spannungen seien und daher im Umkehrschluss die "Information über behinderte Menschen und Behinderungen und gegenseitige Kontaktaufnahme [...] als wichtige Mittel [...] gesehen [...] werden, um das Verhältnis zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen zu normalisieren"³⁷⁹.

³⁷⁴ Vgl. Tröster, Heinrich (1988): Interaktionsspannungen zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten, sowie ders. (1990): Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten, vgl. auch Cloerkes, Günther (1979): Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten, sowie Bächthold, Andreas (1981): Behinderte Jugendliche: Soziale Integration oder Partizipation? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage.

³⁷⁵ Fries, Alfred (2005): Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen, S. 357.

³⁷⁶ Fries, Alfred (2005): A. a. O., S. 358.

³⁷⁷ Fries, Alfred (2005): A. a. O.

³⁷⁸ Fries, Alfred (2005): A. a. O., S. 359.

³⁷⁹ Fries, Alfred (2005): A. a. O.

An den Ergebnissen sowohl der älteren als auch der neueren Studien sieht man, wie schwierig auch heute die Integration Behinderter immer noch ist. Selbst wenn die äußere Kommunikation von Freundlichkeit und Aufgeschlossenheit geprägt ist, ist die innere Zurückhaltung und Unsicherheit meist noch stark. Gegenüber geistig Behinderten ist die emotionale und soziale Distanz sogar noch größer als gegenüber Körperbehinderten. Vorurteile sind weit verbreitet und prägen die Einstellung gegenüber geistig Behinderten.

Auch in der Öffentlichkeit stoßen behinderte Menschen heute immer wieder auf deutliche Ablehnung. Besonders seit Beginn der 1990er Jahre wird in der Presse wieder häufiger von Übergriffen gegenüber Behinderten berichtet.

Diese Übergriffe reichen von Beschimpfungen, Verleumdungen und Diskriminierungen bis hin zu Gewaltanwendungen. Als besonderes Problem kommt hinzu, dass auch die Rechtsprechung in zunehmendem Maße nicht besonders behindertenfreundlich ist und in Teilbereichen sogar als behindertenfeindlich betrachtet werden muss³⁸⁰. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der Änderung des Grundgesetzes 1994 bemerkenswert: Nach der Verfassungsreform dieses Jahres wurde das so genannte Benachteiligungsverbot im Grundgesetz festgelegt. Artikel 3, Absatz 3 wurde um folgenden Satz erweitert: Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden³⁸¹.

Im Folgenden sollen einige Pressemeldungen wiedergegeben werden, die von einer zunehmenden Aggressivität gegenüber Behinderten berichten³⁸².

Als an einem Sommerabend eine Gruppe geistig behinderter und nichtbehinderter Erwachsener im Raum München sich in einen Biergarten begeben will, wird vom Kellner nur ein Teil der Gruppe an einem Tisch zugelassen, während der größere Rest der Gruppe aus dem Lokal verwiesen wird, weil alle Tische reserviert seien.

In Hamburg wird von Beschimpfungen einer Rollstuhlfahrerin berichtet, der junge Leute zurufen, sie gehöre in die Gaskammer.

³⁸⁰ Wisotzki, Karl Heinz (2000): Integration Behinderter, S. 46.

³⁸¹ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Eingliederung Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland, S. 16/10a. Vgl. auch Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

³⁸² Vgl. Wisotzki, Karl Heinz (2000): Integration Behinderter, S. 46-48.

In Halle werden fünf gehörlose Jugendliche, die auf einen Bus warten, von zehn Jugendlichen überfallen und geschlagen. Bemerkenswert ist dabei, dass von den übrigen anwesenden Personen niemand eingreift.

In Siegen wird ein 55-jähriger schwer seh- und geistig behinderter Mann von einem Sechzehn- und einem Zwanzigjährigen so misshandelt, dass er seinen Verletzungen erliegt.

Anfeindungen gegen Behinderte vor allem von Jugendlichen sind verbreiteter als man zunächst annimmt und erfordern besondere Wachsamkeit.

Neben der gesellschaftlichen Ausgrenzung von behinderten Kindern und Erwachsenen muss auch die gegenwärtige Entwicklung der pränatalen Diagnostik mit dem Ziel der Abtreibung eines behinderten Fetus in diesem Zusammenhang Beachtung finden³⁸³. Denn die Tatsache, dass sich heutzutage die überwiegende Mehrheit aller werdenden Mütter, deren Kind an einer Behinderung leidet, sich für eine – oft späte – Abtreibung ihres Kindes entscheiden, wirft die Frage auf, ob dies nicht als eine moderne Form der Euthanasie in unserer Zeit verstanden werden muss³⁸⁴.

In diesem Zusammenhang stellen sich viele ethische, aber auch praktische Fragen, die bereits den frühen Lebensbeginn eines Menschen betreffen. Hierzu gehören individuelle Entscheidungskonflikte, die bei Eltern eines möglicherweise behinderten Kindes aufgeworfen werden, aber auch gesellschaftliche Fragen wie zum Beispiel zum Umgang von Ärzten mit Behinderung am Lebensbeginn.

³⁸³ Vgl. Neuer-Miebach, Therese; Krebs, Heinz (1987): Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt?

³⁸⁴ Lenhard, Wolfgang (2003): Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozyds, S. 165-176.

5.2 Entscheidungskonflikte am Lebensbeginn

5.2.1 Die Einbecker Empfehlungen

Die Einbecker Empfehlungen sind für die Debatte um Sterbehilfe bei Neugeborenen von besonderer Bedeutung, da sie bislang die einzigen schriftlich festgehaltenen Richtlinien zum Umgang mit schwerstgeschädigten Neugeborenen in Deutschland darstellen³⁸⁵.

Die Einbecker Empfehlungen wurden erstmals 1986 von der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht veröffentlicht und thematisieren die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen. Dabei stellen sie keine berufsständisch verbindliche Handlungsanweisung dar, sondern sollen eine Orientierungshilfe für die konkrete, vom einzelnen Arzt jeweils zu verantwortende Situation geben. 1992 erschien eine revidierte Fassung der Einbecker Empfehlungen, die bis heute ihre Gültigkeit besitzt. Inhaltlich bezieht sich die folgende Darstellung auf die revidierte Fassung von 1992.

Ausgangspunkt für die Einbecker Empfehlungen, wie in der Präambel formuliert, ist die „grundsätzliche Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in jeder Entwicklungs- und Altersstufe“.

Der erste Paragraph lautet:

1. Das menschliche Leben ist ein Wert höchsten Ranges innerhalb unserer Rechts- und Sittenordnung. Sein Schutz ist staatliche Pflicht (Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz), seine Erhaltung vorrangige ärztliche Aufgabe.
2. Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen Zustand oder der geistigen Verfassung verstößt gegen Sittengesetz und Verfassung³⁸⁶.

³⁸⁵ Es sei an dieser Stelle ebenfalls auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin zum Umgang mit Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit verwiesen. Diese Leitlinien nennen im Falle einer schweren Gesundheitsstörung eines Frühgeborenen die Aussicht auf Besserung des Zustandes, sowie das Interesse des Kindes als Kriterium, setzen sich aber nicht schwerpunktmäßig mit Behinderungen bei Neugeborenen auseinander. Pohlandt, Frank (2004): Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes (B16), S. 1-4. Vgl. außerdem Symposium der Stiftung für das behinderte Kind „Therapie an der Grenze der Überlebensfähigkeit – Studienresultate und Leitlinien“.

³⁸⁶ Im Anhang dieser Arbeit findet sich eine komplette Abschrift der revidierten Fassung der Einbecker Empfehlungen. Vgl. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 52 (1992), S. 574f. Zur Erstfassung von 1986 vgl. Hiersche, Hans-Dieter et al. (1987): Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, S. 183-185.

Damit formulieren Juristen, Ärzte, Philosophen und Theologen mit Berufung auf das Sittengesetz und die geltende deutsche Verfassung das Grundprinzip der Würde und Unantastbarkeit menschlichen Lebens vom Lebensbeginn an.

Des Weiteren äußern sich die Einbecker Empfehlungen zum Thema Sterbehilfe.

Zum besseren Verständnis werde ich vorerst die drei gebräuchlichen Formen der Sterbehilfe mittels einer kurzen Definition erläutern:

Als *aktive* Sterbehilfe wird das Herbeiführen des Todes durch eine gezielte Handlung, wie zum Beispiel dem Verabreichen einer Todesspritze, bezeichnet.

Im Gegensatz dazu steht die *passive* Sterbehilfe, die den Tod durch Behandlungsverzicht zulässt. Behandlungsverzicht kann entweder der Abbruch oder das gänzliche Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen bedeuten.

Die dritte Form ist die *indirekte* Sterbehilfe. Hier wird die Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung starker Schmerzbekämpfung lediglich in Kauf genommen. Nicht die Herbeiführung des Todes, sondern die Linderung der Schmerzen ist hierbei intendiert.

Zum Thema der aktiven Sterbehilfe berufen sich die Verfasser der Einbecker Empfehlungen auf das generelle Tötungsverbot des geltenden Rechts und lehnen diese eindeutig und kompromisslos ab.

Die indirekte Sterbehilfe wird nicht ausdrücklich erwähnt. Man kann annehmen, dass die Verfasser die indirekte Sterbehilfe für legitim halten, wie sie heute auch überwiegend von Ärzten für zulässig gehalten wird. Die indirekte Sterbehilfe entspricht im Grundsatz dem in den Einbecker Empfehlungen formulierten Prinzip, dass dem Bemühen um Leidensminderung Vorrang vor dem Bemühen um Lebenserhaltung gegeben werden darf.

Die passive Sterbehilfe steht im Zentrum der Einbecker Empfehlungen. Es gibt Fälle, so heißt es, in denen der Arzt nicht den ganzen Umfang der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen muss. Zwei Fälle sind konkret erwähnt, in denen passive Sterbehilfe in Frage kommt, nämlich im Falle kurzer Lebenserwartung, sowie im Falle geschädigten Lebens. Im Weiteren heißt es, für den Arzt, der mit passiver Sterbehilfe konfrontiert ist, bestehe ein genereller „Beurteilungsrahmen“, wobei der Arzt zu prüfen habe, ob die „Belastung durch

gegenwärtige zur Verfügung stehende Behandlungsmöglichkeiten die zu erwartende Hilfe übersteigt und dadurch der Behandlungsversuch ins Gegenteil verkehrt wird“.

Diese Formulierung ist, wie der Rechtsphilosoph Norbert Hoerster bemerkt, nicht unproblematisch, denn *wann* übersteigt die Belastung einer möglichen Behandlung die von ihr zu erwartende Hilfe? Dies dürfte vor allem der Fall sein, wenn der Tod ohnehin in Kürze eintreten wird. Was ist jedoch mit den Fällen, in denen der Tod *nicht* in Kürze eintreten wird? Vorstellbar sind beispielsweise Fälle, in denen die Behandlung nicht nur den Lebenserhalt zur Folge, sondern auch negative Langzeitfolgen hat, wie etwa die Gebundenheit an ein Beatmungsgerät oder schwere Pflegebedürftigkeit. Ist in diesen Fällen passive Sterbehilfe legitim³⁸⁷?

Die Einbecker Empfehlungen geben darauf keine Antwort. In einigen zentralen Stellen verweisen die Empfehlungen ausdrücklich auf das Ermessen des Arztes im jeweiligen Fall. So postulieren sie ein grundsätzliches „Prinzip der verantwortungsvollen Einzelfallentscheidung nach sorgfältiger Abwägung“.

Hoerster sieht in den Einbecker Empfehlungen eine Kollision mit dem Prinzip des Patienteninteresses. In den Empfehlungen werden eine „kurze Lebenserwartung“, sowie ein „geschädigtes Leben“ als Gründe dafür angegeben, nicht alle medizinischen „Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen“ zu müssen.

Doch sowohl ein kurzes Leben, als auch ein Leben mit einer (unter Umständen sogar schweren) Behinderung, stellt für den Betroffenen nicht notwendigerweise ein wertloses Leben dar, postuliert Hoerster und verweist so auf die Inkonsistenz der Einbecker Empfehlungen, die eingangs das menschliche Leben explizit als „Wert höchsten Ranges“ definieren³⁸⁸.

Des Weiteren wirft Hoerster die Frage auf, ob der betreffende Arzt denn nicht sogar die *Pflicht* habe, dem in seiner Obhut befindlichen Neugeborenen zum Sterben zu verhelfen und bemerkt, dass die Einbecker Empfehlungen dieser Frage ausweichen³⁸⁹.

³⁸⁷ Hoerster Norbert (1995): Neugeborene und das Recht auf Leben, S. 82.

³⁸⁸ Vgl. revidierte Fassung der Einbecker Empfehlungen von 1992, S. 242 dieser Arbeit.

³⁸⁹ Hoerster ist konsequent: Entweder steht Neugeborenen ein Recht auf Leben zu, dann aber auch *jedem* Neugeborenen unter *allen* Umständen, oder der Lebensschutz Neugeborener ist generell einem Ermessensspielraum ausgesetzt. Hoerster Norbert (1995): Neugeborene und das Recht auf Leben, S. 92-94, 98.

In welchem Maße die Eltern an dem Entscheidungsprozeß mitbeteiligt sein sollen, setzen die Einbecker Empfehlungen folgendermaßen fest: Die Eltern sollen über die vorliegenden Schäden und deren Folgen, sowie über Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Außerdem sollen sie durch Beratung und Information in die Entscheidung einbezogen werden. In der Präambel heißt es, es sei Einvernehmlichkeit mit allen Betroffenen zu suchen und anzustreben. Gegen den Willen der Eltern, so die Einbecker Empfehlungen, darf eine Behandlung nicht unterlassen oder abgebrochen werden. Verweigern die Eltern umgekehrt die Einwilligung in eine ärztlich gebotene Maßnahme, so sei die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen.

Insgesamt betrachtet, geben die Einbecker Empfehlungen eine Orientierung im Entscheidungsprozeß, eine klare Regelung, wie Hoerster sie fordert, stellen sie aber nicht dar, denn sie sind kein verbindlicher Maßstab für die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe gegenüber Neugeborenen.

Ist das nicht anders möglich? Würde eine genauere Formulierung von Handlungsanweisungen das Finden einer ethisch richtigen Lösung, die sicherlich immer nur eine individuelle sein kann, blockieren? Es scheint als wäre dies die Sorge der Verfasser und der Grund, warum diese für die „verantwortungsvolle Einzelfallentscheidung“ plädieren. Hoerster räumt neben seiner ausführlichen Kritik auch ein, dass es nun einmal Lebensbereiche gebe, die so schwierig und komplex seien, dass eine präzise und prägnante Regelung von der Sache her unmöglich erscheint³⁹⁰.

Meiner Meinung nach stellen die Einbecker Empfehlungen eine gute Basis für klinische Entscheidungsprozesse dar. Die verantwortungsvolle und gewissenhafte Involvierung aller Entscheidungsträger kann in solchen Situationen durch das Festsetzen von Regeln und Handlungsanweisungen nicht abgenommen werden. Diese Problematik wird im Klinikalltag jedoch sicherlich zu wenig diskutiert und offengelegt. Für einen angemessenen Umgang mit derartigen Situationen wäre dies allerdings unbedingt erforderlich und würde den Ärzten enorm helfen. Dies kann aber nicht den Einbecker Empfehlungen angelastet werden, sondern ist eine Frage des Umgangs mit denselben in der klinischen Praxis.

³⁹⁰ Hoerster, Norbert (1995): A. a. O., S. 86f.

5.2.2 Die Behandlungspraxis in Kliniken – Auswertung einer empirischen Untersuchung von Mirjam Zimmermann³⁹¹

Um die heutige Situation im Umgang mit behinderten Neugeborenen in Deutschland umfassend darzustellen, ist es erforderlich, empirisch erhobene Daten mit einzubeziehen, die die gegenwärtige Behandlungspraxis in den Kliniken möglichst genau widerspiegeln.

Die folgende Darstellung geht zunächst auf die bisherige Studienlage ein und erläutert anschließend die empirische Untersuchung von Mirjam Zimmermann. Hierbei sollen Ziel und Durchführung Zimmermanns Untersuchung sowie Ergebnisse und ihre Interpretation aufgezeichnet werden.

Bisherige Studienlage

Zur Behandlungspraxis schwerstgeschädigter Neugeborener in Deutschland gibt es nicht viele Studien. Die meisten Daten beruhen auf mündlichen Befragungen, so zum Beispiel auch die Befragung Peter Singers von einer Auswahl von Kinderärzten. Leider mangelt es bei diesen Befragungen aber meist an Einheitlichkeit und Systematik. Die Konzeption der Fragen, der Fragebogen und die Auswahl des Personenkreises sind bei Singer beispielsweise nicht nachvollziehbar.

Schriftliche Umfragen speziell zum Umgang mit schwerstgeschädigten Neugeborenen führten bereits D. Crane³⁹², A. Shaw/J. G. Randolph/B. Manard³⁹³, P. Singer/H. Kuhse/C. Singer³⁹⁴ und Z. Szawarski/A. Tulczynski³⁹⁵ durch.

Die von Crane durchgeführte Forschungsarbeit bezieht sich in ihrer Fragestellung auf konkrete Fallbeispiele, bei denen sie auch die soziale Situation der Eltern oder deren Behandlungswünsche schildert und dann das Vorgehen des Arztes ermitteln möchte. Die Fallbeispiele bestechen zwar durch ihre Klarheit, problematisch ist jedoch, dass sie meist sowohl künstlich konstruiert sind als auch unvollständig selektiv dargestellt

³⁹¹ Sämtliche Daten dieses Kapitels beziehen sich auf: Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe?, S. 70-117.

³⁹² Crane, Diana (1974): Treatment of congenital anomalies and severe birth defects in newborns, S. 251-262.

³⁹³ Shaw, Anthony et al. (1977): Ethical issues in pediatric surgery: A national survey, S. 588-599.

³⁹⁴ Singer, Peter et al. (1981/1982): The treatment of newborn infants with major handicaps, S. 274-278.

³⁹⁵ Szawarski, Zbigniew; Tulczynski, Aleksander (1987): Treatment of defective newborns, S. 11-17.

werden und deshalb kaum ein realistisches Bild des klinischen Alltags vor Augen führen können.

Bei der Untersuchung von Shaw/Ranolph/Manard wurden 400 Fragebögen an die Mitglieder der Surgical Section of the American Academy of Pediatrics in ganz USA und an die leitenden Ärzte der Kinderarztausbildung in verschiedenen Departments versandt. Inhaltlich bezieht sich der Fragebogen auf konkrete Krankheitsbilder, geht aber unter anderem auch auf die Einbeziehung der Eltern, den Umgang mit „ausselektionierten“ Säuglingen und die Differenzierung zwischen Abtreibung und Kindstötung ein. Sowohl die Art der Durchführung der Befragungsaktion als auch inhaltliche Anregungen der Konzeption gingen in die Form und Ausführung Zimmermanns Untersuchung mit ein.

Bei der australischen Umfrage – begrenzt auf den Bundesstaat Victoria - von Singer/Kuhse/Singer werden 87 Kinderärzte und 111 Gynäkologen in mündlicher und schriftlicher Form interviewt. Wie viele Ärzte aus wie vielen Kliniken antworten, erfährt der Leser nicht. Indem auch Gynäkologen, die von der konkreten Behandlungsentscheidung meist nicht betroffen sind, in die Umfrage mit einbezogen werden, kann allenfalls ein Vergleich zwischen der Einschätzung von Pädiatern und Gynäkologen erstellt werden, das Ergebnis gibt aber kein valides Bild über die Behandlungspraxis in Victoria ab. Die Fragen zielen teilweise nicht darauf hin, die konkrete Situation an den Kliniken zu eruieren, sondern es werden Fragen zur ethischen Einschätzung gestellt. Es ist nun mal ein Unterschied, ob man fragt, was gemacht *wird* oder, wie Singer/Kuhse/Singer das teilweise praktizieren, was gemacht werden *soll*, bemerkt Zimmermann.

Die polnische Umfrage von 1987, in ihrer Konzeption eng an die Untersuchung Singer/Kuhse/Singer angelehnt, eruiert in kurzen Fragen durch vorgegebene Antworten Bereiche wie den Umgang mit maximaler Behandlung, Entscheidungskompetenz und die Möglichkeit einer aktiven Tötung. Im Vorgehen beschränkten sich Szawarski/Tulczynski auf die Situation in Warschau und schrieben 15 der größten relevanten Kliniken an, an die für die praktizierenden Ärzte 200 Fragebögen verteilt wurden. Wie auch Singer/Kuhse/Singer beschränken sich die Autoren auf eine Stadt und deren Umfeld und akzeptieren Mehrfachnennungen aus einer Klinik, was das Bild sehr leicht verfälscht.

Die folgende Ausführung wird sich lediglich auf die empirische Untersuchung der Theologin und Sozialwissenschaftlerin Mirjam Zimmermanns beschränken, die sie 1997 im Rahmen ihrer Dissertation „Geburtshilfe als Sterbehilfe“ veröffentlichte.

Ziel und Durchführung Zimmermanns Untersuchung

Das Ziel Zimmermanns Untersuchung besteht darin, die gegenwärtige Behandlungspraxis neonatologischer Intensivstationen in deutschen Kliniken offenzulegen und den ärztlichen Standpunkt zu zentralen Fragen des Umgangs mit klinischen Situationen zu ermitteln.

Das Hauptanliegen ihrer Untersuchung ist hierbei, zu eruieren, ob es Kriterien oder Richtlinien gibt, nach denen Ärzte sich für oder gegen eine lebenserhaltende intensivmedizinische Maßnahme entscheiden. Spielen dabei beispielsweise soziale Gründe eine Rolle? Wie wird das Kriterium Lebensqualität bewertet?

Weitere Fragen der Untersuchung sind unter anderem die Einschätzung der Kindstötung und die Abgrenzung zum Schwangerschaftsabbruch, sowie die Form der Einbeziehungen von Eltern in die Behandlungsentscheidung.

Befragt wurden die Chefärzte/Chefärztinnen von 101 deutschen Kliniken³⁹⁶ mittels eines detaillierten Fragebogens, der im Dialog mit Ethikern, Hebammen, betroffenen Eltern, Behindertenverbänden und vor allem einigen Kinderärzten entstanden ist.

Ergebnisse und ihre Interpretation

Wie relevant das Problem der Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen ist, sieht man bereits daran, dass bei einem Drittel der befragten Kliniken eine Therapieentscheidung dieser Art mindestens wöchentlich ansteht (bei 11% sogar täglich). Bei beinahe zwei Drittel der erfassten Kliniken ist der Entscheidungskonflikt mindestens monatlich zu lösen.

³⁹⁶ Von 230 verschickten Fragebögen (nach Deutschland, Schweiz, Österreich und einigen wenigen außereuropäischen Ländern) erhielt Zimmermann einen Rücklauf von 128 (=55,6%) vollständig ausgefüllten Fragebögen, 101 davon entstammten deutschen Kliniken, was einer Rücklaufquote von 57,1% innerhalb der befragten deutschen Kliniken entspricht. Ich werde mich im Folgenden nur auf die Ergebnisse der deutschen Kliniken beziehen.

Die Häufigkeit derartiger Entscheidungssituationen steht demnach vor allem im deutschsprachigen Raum im krassen Gegensatz zum bestehenden Mangel an theoretischer Reflexion und Aufarbeitung dieser Thematik.

Des Weiteren ergibt Zimmermanns Untersuchung einen beachtlichen Dissens in der Behandlungspraxis einzelner Kliniken. Diese Uneinheitlichkeit bezieht sich sowohl auf die so genannte bipolare Sofortentscheidung als auch auf alternative Vorgehensweisen bei einzelnen Krankheitsbildern.

Die bipolare Sofortentscheidung gibt an, wie mit einer kurz nach der Geburt notwendig werdenden Entscheidung umgegangen wird. Die Frage ist, ob auf jeden Fall lebenserhaltend behandelt wird, um dann später „in Ruhe“ über die Weiterführung der Behandlung zu entscheiden, oder ob gleich bei der ersten Konfrontation nach der Geburt gegebenenfalls nichts unternommen wird.

Hier war erstaunlicherweise kein eindeutiges Ergebnis festzustellen. 54% der Ärzte vertraten für ihre Klinik eine unbedingte Behandlung zur Absicherung der Diagnose, während fast die gleiche Anzahl, nämlich 43% ein „hands-off“, das heißt ein sofortiges Unterlassen jeglicher Behandlung, bei der ersten Konfrontation praktiziert. Bei den einzelnen Krankheitsbildern setzt sich dieser Dissens fort.

Lediglich in drei Krankheitsbildern kann man von einer annähernd gleichen Einschätzung sprechen: Beim Anenzephalus behandeln 80% der Kliniken nie, während bei der Ösophagusatresie 98% und bei der Gastroschisis/Omphalocele 96% der Kliniken immer ohne Diskussion behandeln.

Das Krankheitsbild der Meningomyelozele jedoch wird beispielsweise nur in 2/3 der Kliniken mit Maximaltherapie behandelt, bei den restlichen Kliniken findet eine Diskussion (in 12% der Kliniken sogar eine häufige Diskussion) über den eventuellen Behandlungsabbruch statt. Dieses Beispiel lässt sich in ähnlicher Weise für diverse andere Krankheitsbilder fortsetzen. Potter Syndrom, Osteogenesis imperfecta letalis und Trisomie 18 werden besonders kontrovers beurteilt, denn hier wird in fast ebenso vielen Kliniken generell nie behandelt, wie in anderen Kliniken grundsätzlich ohne Diskussion behandelt wird.

Die generelle Behandlungspflicht wird hier also geradezu konträr eingeschätzt, jedoch ohne dass die divergierende Praxis zu einer vermehrten Diskussion in diesen Fällen führen würde. Man muss also festhalten, dass die Behandlungspraxis bei den meisten schweren Schädigungen uneinheitlich ist.

Dass das Schicksal eines Kindes also nicht ausschlaggebend durch seine Krankheit festgelegt wird, sondern vielmehr durch den Umstand in welcher Klinik es behandelt wird, ist ein kaum zu akzeptierender Zustand.

Interessant sind auch die Ergebnisse zur Entscheidungsinstanz und Entscheidungsform Zimmermanns Untersuchung.

Auf die Frage, wer in schwerwiegenden Fällen der Entscheidungsträger für Behandlungsfragen sei, sprachen sich $\frac{3}{4}$ der Ärzte für eine Teamentscheidung aus, jedoch bleibt unklar, wie das Team zusammengesetzt sein soll. Von den 73% der Kliniken, in denen im Team entschieden wird, entscheidet das Team nur in 24% der Fälle in Eigenverantwortung, während bei 49% der Team-Chef entscheidet. Das Team hat hier offenbar nur beratende Funktion.

Ebensolche Unklarheiten zeigen sich in der Frage der Elternbeteiligung an der Entscheidung. Hierbei fällt auf, dass nur 15% der Ärzte glauben, dass die Eltern tatsächlich auch mitentscheiden *wollen*. In der Mehrzahl der Fälle überlassen die Eltern lieber den Ärzten die Entscheidung (45%) oder übernehmen die Einstellung der Ärzte (61%).

Besonders augenfällig ist dabei auch, dass die Eltern in unterschiedlichem Maße an der Entscheidung beteiligt werden, je nachdem wie ihre Entscheidung ausfällt: Sprechen sich Eltern gegen den ärztlichen Rat *für* eine Behandlung aus, wird ihre Meinung in 87% der Fälle berücksichtigt. Fordern sie hingegen einen Behandlungsabbruch findet ihre Position nur bei 48% der Neonatologen Gehör.

Insgesamt bestätigt die Umfrage die Formulierung des Kinderarztes Prof. v. Loewenich, der die Beteiligung der Eltern folgendermaßen beschrieb: Die Eltern entscheiden zwar nicht, ihre Meinung wird jedoch gehört und (nach Möglichkeit) berücksichtigt³⁹⁷.

Diese Formulierung macht die paternalistische Einstellung im deutschen Gesundheitswesen deutlich. Eine Patienten- oder in diesem Falle Elternautonomie, wie sie von einigen Ethikern gefordert wird, ist in Deutschland fern der Realität.

Darf ein verantwortungsvoller Arzt in einer derartigen Situation überhaupt diese schwierige Entscheidung den Eltern überlassen? Darf umgekehrt aber auch den Ärzten unserer Gesellschaft so viel Verantwortung überlassen werden?

³⁹⁷ Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe?, S. 111.

Ich werde auf diese Fragen zu einem späteren Zeitpunkt zurückkommen.

Wie man bereits an der Frage zur Behandlung einzelner Krankheitsbilder sehen konnte, werden nicht immer alle technischen Möglichkeiten zur Behandlung schwerstgeschädigter Neugeborener ausgeschöpft. Eine Lebenserhaltung um jeden Preis lässt sich also im Behandlungsalltag der deutschen Kliniken nicht wiederfinden. Im Gegenteil, statt einer Maximaltherapie findet überwiegend eine selektive Behandlung statt.

Die Praxis der selektiven Behandlung wird aber offenbar nicht bewusst reflektiert. Dies sieht man an folgendem Ergebnis: Nur 16 der befragten Neonatologen akzeptieren die selektive Behandlung ohne Gegenargumente, während eine Mehrzahl ethische (74), religiöse (25) oder gesellschaftliche (13) Gründe gegen eine Selektion für gewichtig halten.

Die Praxis der Selektion ist also offenbar mit ethischen Unsicherheiten behaftet, nicht zuletzt, da der Arzt Kriterien benennen muss, nach denen er das Maß an Therapie bei einem schwerstbehinderten Neugeborenen bemisst.

Was sind geeignete Auswahlkriterien?

Die Antworten der Ärzte zeigen eine generelle Tendenz (fast $\frac{3}{4}$), medizinischen Kriterien wie Lebenserwartung (Prognose), Grad der Behinderung, cerebrale Schädigung oder unheilbare Grunderkrankung oberste Priorität einzuräumen.

Das Kriterium der Lebensqualität oder Qualitätskriterien im weiteren Sinn, wie zum Beispiel Leid, Schmerz oder soziale Kriterien wie die Belastung der Eltern, werden nur selten angeführt. Hierbei muss man meines Ermessens aber auch beachten, dass in die Beurteilung medizinischer Kriterien, wie der Grad der Behinderung, immer auch soziale Bewertungsmaßstäbe der jeweiligen Gesellschaft mit einfließen.

Die Nennung medizinischer Kriterien lässt sich als Bedürfnis nach einer größeren Klarheit und Objektivierung der Entscheidung bewerten. Ob sie allein jedoch für eine ethisch korrekte Beurteilung der Thematik ausreichend sind, ist sehr zu bezweifeln. Rein medizinische Kriterien können eine Praxis der Selektion sicherlich nicht begründen, ist doch die zu erwartende Lebensqualität eines Kindes auch enorm abhängig von den sozialen Gegebenheiten seines Umfelds, allen voran von der Akzeptanz der Eltern für ihr Kind. Auch hier sieht man wiederum das Defizit in der ethischen Reflexion dieses Sachverhaltes.

Das gerade von utilitaristischen Ethikern³⁹⁸ vielfach vertretene Kriterium der Lebensqualität als Maßstab für einen eventuellen Behandlungsabbruch zeigt unter den Ärzten ein sehr uneinheitliches Ergebnis. Die Hälfte der Ärzte (48%) halten ein Urteil über die Lebensqualität eines Neugeborenen für möglich, während die andere Hälfte (46%) der Meinung ist, dass eine Bestimmung der Lebensqualität von außen gänzlich unmöglich sei.

Überraschend ist, dass 71%, d. h. fast 3/4 der Ärzte, die Auffassung vertreten, eine geistige Behinderung mindere den Wert eines Lebens nicht oder kaum. Auch in der Einschätzung von Lebenswertfragen zeigt sich eindeutiger Klärungsbedarf. Im Falle von geistiger Behinderung muss die Einschätzung der Ärzte, eine geistige Behinderung bringe keine maßgebliche Einschränkung der Lebensqualität mit sich, ernst genommen werden; im Falle von körperlichem Leid und Behinderung muss die Forderung der Palliativmedizin nach einer starken Gewichtung des Schmerzempfindens berücksichtigt werden.

Widersprüchlich ist auch die Beurteilung der sozialen Kriterien unter den Ärzten. Einerseits wird sozialen Faktoren, wie soziale Beziehungen oder Kommunikationsfähigkeit, im Hinblick auf die Lebensqualität große Bedeutung beigemessen. Andererseits sind die Ärzte jedoch offenbar bemüht, den Einfluss des sozialen Umfelds bewusst klein zu halten oder zu negieren (73% der Ärzte sprechen sich gegen die Einbeziehung sozialer Faktoren bei der Begründung eines Behandlungsabbruchs aus). Möglicherweise sind hier Ängste vor einem „Dambruch“³⁹⁹ maßgeblich.

Weiterhin bergen die Angaben zu Fragen der Kindstötung und Abtreibung ein hohes Maß an Widersprüchlichkeit in sich. Die Möglichkeit des Infantizids wird von den meisten Ärzten (88%) abgelehnt. Da jedoch 1/3 aller Ärzte keinen Unterschied zwischen der Abtreibung eines Fötus und dem Infantizid eines Neugeborenen sieht, müsste folgerichtig ein entsprechend hoher Anteil auch gegen Abtreibung sein. Da dies nicht anzunehmen ist, zeigt sich hier einerseits ein Widerspruch im Hinblick auf die Logik der Argumentation, andererseits könnte auch die gängige Praxis, die Abtreibung legitimiert, Kindstötung aber nicht, auf die ethische Einschätzung

³⁹⁸ Vgl. Kapitel 5.3.1. dieser Arbeit, Die Position Singers, S. 136ff..

³⁹⁹ Vgl. Kapitel 6.7. dieser Arbeit, Das Argument der schiefen Ebene, S. 178ff..

eingewirkt haben, meint Zimmermann und mahnt auch hier wiederum zu stärkerer Reflexion:

„Da der Zeitpunkt der Geburt angesichts der technischen Möglichkeiten unserer Zeit keine ethisch relevante Grenze darstellt, muss hier verstärkt eine ethische Reflexion und ein Bewußtwerdungsprozess einsetzen. [...] Ethische Reflexion wird [...] insbesondere in konfliktiven Situationen notwendig, wenn keine Klarheit darüber besteht, welche Handlung als 'richtig' oder 'falsch' eingestuft werden soll.“⁴⁰⁰

Insgesamt zeigt die Umfrage Zimmermanns, dass innerhalb deutscher Kinderkliniken ein markant uneinheitliches Vorgehen im Umgang mit schwerstbehinderten Neugeborenen besteht. Angesichts der doch relativ großen Häufigkeit, mit der derartige Behandlungskonflikte in der klinischen Praxis auftreten, ist eine ethische Reflexion der jeweiligen Entscheidung und ihrer Grundlagen unbedingt angezeigt.

Für den dringenden Handlungsbedarf spricht auch die hohe Anzahl der Ärzte (91%), die aufgrund einer vollzogenen Therapie Schuldgefühle haben. Dies ist vor allem problematisch, wenn man berücksichtigt, dass die Zahl der Ärzte mit Schuldgefühlen nach abgebrochener Therapie geringer ist⁴⁰¹. Zimmermann folgert hieraus, dass das am Leben erhaltene schwerstbehinderte Kind allein durch seine Präsenz eine bleibende Anfrage an die Richtigkeit der Entscheidung darstellt. Ist das Kind gestorben, gibt es hingegen nichts, was uns ermahnt, unsere Entscheidung über seinen Tod zu erinnern und zu überdenken.

Um die Gewissensnot des Arztes zu erleichtern, könnten klare Richtlinien über Maß und Grenze der Behandlung eine sachliche Orientierung für solch schwierige Entscheidungen geben.

Sind die Einbecker Empfehlungen hier eine Hilfe oder nicht? Was können Richtlinien regeln und was nicht?

Wie oben schon deutlich wurde, können sie einen gewissen Rahmen abstecken, und so der Gewissensnot des Arztes vielleicht ein Stück weit entgegenkommen. Würden sie aber die ethische Konfliktentscheidung in solchem Maß beeinflussen, dass der Arzt in seiner menschlichen Kompetenz nicht mehr gefragt wäre, hätten sie ihr Ziel

⁴⁰⁰ Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe?, S. 115.

⁴⁰¹ Diese Diskrepanz stellt man fest, wenn man die Häufigkeit der Schuldgefühle in die Auswertung mit einbezieht: 70% haben nach einem Behandlungsverzicht selten oder nie Schuldgefühle, während dieser Anteil bei durchgeführter Behandlung mit 45% deutlich geringer ist.

verfehlt. Starre Richtlinien würden dann an die Stelle von gewissenhaftem ethischem Handeln treten und eine humane Lösung verhindern.

Wie problematisch die Formulierung allgemeiner Richtlinien sein kann, sieht man an dem Einfluss der Einbecker Empfehlungen im klinischen Alltag. Immerhin geben 15% der Chefarzte in Kinderkliniken an, die Einbecker Empfehlungen gar nicht zu kennen. In der klinischen Praxis messen den Empfehlungen 49% viel, 47% nur wenig Bedeutung zu. Häufig bestehen Richtlinien in Kliniken aus einem unausgesprochenen Konsens oder darin, dass der Klinikchef – nach der Beratung im Team – die Entscheidung fällt.

Offenbar können die Einbecker Empfehlungen nur eine bedingte Hilfe im klinischen Alltag sein. Das bedeutet, dass der ethischen Kompetenz des jeweiligen Entscheidungsträgers umso größere Bedeutung zukommt.

5.3 Ethische Positionen

5.3.1 Die Position Singers – Jeder Mensch ist ersetzbar

Der australische Moralphilosoph Peter Singer (geb. 1946 in Melbourne) hat mit seiner Schrift „Praktische Ethik“ vor allem seit 1989/90 die Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland maßgeblich angeregt.

In seiner „Praktischen Ethik“ stellt Singer nicht nur die Frage nach dem menschlichen Lebensrecht, sondern erörtert auch den Umgang mit Tieren in unserer Gesellschaft. Singer prägte den Begriff des „Speziesismus“. Damit beschreibt er die gängige Moralvorstellung in unserer Gesellschaft, mit der wir das menschliche Lebensrecht fraglos über das Lebensrecht von Tieren stellen. Die Spezieszugehörigkeit als Basis für das Recht auf Leben lässt Singer jedoch nicht gelten:

„Daß es unrecht ist, einem Wesen Schmerz zuzufügen, kann nicht von seiner Gattungszugehörigkeit abhängen; ebenso wenig, daß es unrecht ist, es zu töten.“⁴⁰²

Beispielhaft kritisiert Singer hierbei die moderne Massentierhaltung und Tierversuche. Singer ist der Ansicht, es sei an der Zeit, unsere christlich geprägte Vorstellung von der Einzigartigkeit menschlichen Lebens, die im europäischen Wertesystem fest verankert ist, zu überdenken⁴⁰³.

Er selbst baut seine Argumentation nach der Theorie des Präferenzutilitarismus⁴⁰⁴ auf. Dieser Theorie zufolge sind Handlungen nur in dem Maße unrecht, in dem sie Präferenzen, das heißt Wünsche und Interessen, eines Individuums durchkreuzen. Die Interessen verschiedener Individuen sind hier nach dem grundlegenden Prinzip der Gleichheit in gleichem Maße zu berücksichtigen. Singer nennt dies das Prinzip der „gleichen Interessensabwägung“.

⁴⁰² Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 121.

⁴⁰³ Singer, Peter (1994): A. a. O., S. 121-123.

⁴⁰⁴ Der Utilitarismus wurde von Jeremy Bentham und John Stuart Mill entwickelt. Die utilitaristische Ethik bewertet eine Handlung danach, ob sie im Vergleich mit anderen Handlungsalternativen die größte Anzahl positiver Werte, z. B. Glück, Reichtum, Gesundheit, Schönheit, Einsicht usw., hervorbringt. Der Utilitarismus wird der konsequentialistischen Ethik und dem Eudämonismus zugerechnet. Vgl. Definition des Utilitarismus, Historisches Wörterbuch der Philosophie Bd.11, Darmstadt (2001), S. 503ff.

Da Singer dem Neugeborenen jedoch die Fähigkeit abspricht, eigene Interessen und Wünsche auszubilden, d. h. sich in die Zukunft zu entwerfen, hat dieses nach seiner Auffassung nur ein eingeschränktes Lebensrecht.

Das Neugeborene erfüllt, nach Singers Definition, noch nicht die Kriterien einer Person, denn es hat noch keine eigenen Wünsche und keine Vorstellung von Zukunft, es ist weder rational, noch autonom und selbstbewusst. Deshalb würde sein Tod auch keinerlei Präferenzen durchkreuzen und wäre daher für das Neugeborene selbst von keinerlei Nachteil.

„Kein Säugling, - mag er nun behindert sein oder nicht - hat in gleichem Maße Anspruch auf das Leben wie Wesen, die fähig sind, sich selbst als distinkte, in der Zeit existierende Entitäten zu sehen.“⁴⁰⁵

Nicht-Personen, wie das Neugeborene, sind nicht nach präferenzutilitaristischer Sicht zu beurteilen, sondern nach der Totalansicht des Utilitarismus, wie Singer sie nennt⁴⁰⁶. In der Totalansicht sind nicht die Präferenzen oder die Lust des einzelnen Individuums maßgeblich für das Unrecht des Tötens, entscheidend ist hierbei allein die Gesamtsumme von Lust (bzw. die Gesamtsumme von Schmerz). Dies bedeutet, wenn das Leben eines Kindes in der Gesamtsumme mehr Lust erzeugt als ein anderes Leben, ist dieses Leben als wertvoller anzusehen.

Hierdurch wird der Säugling für Singer „ersetzbar“⁴⁰⁷. Durch den Tod des Säuglings, im Falle einer Behinderung, könne seine Mutter möglicherweise einem nächsten gesunden Kind das Leben schenken. Dieses gesunde Leben sei sowohl für das Kind selbst als auch für dessen Eltern, sein soziales Umfeld und die ganze Gesellschaft als wertvoller anzusehen, denn insgesamt bringe das Leben eines gesunden Kindes ein Mehr an Glück in die Welt als das Leben eines kranken Kindes dies tun würde. Säuglinge werden nach Singers utilitaristischer Sicht also nach einer reinen Schmerz-Lust-Bilanz beurteilt und das menschliche Recht auf Leben wird somit eingeschränkt.

Aus dieser Argumentation rechtfertigt Singer auch einen eventuellen Behandlungsabbruch im Falle einer schweren Behinderung. Diese selektive

⁴⁰⁵ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 233.

⁴⁰⁶ Singer, Peter (1994): A. a. O., S. 139.

⁴⁰⁷ Singer, Peter (1994): A. a. O., S. 238-241.

Behandlungsweise vertritt er in seiner gemeinsamen Veröffentlichung „Should the baby live“ mit Helga Kuhse von 1985 am Beispiel des Krankheitsbildes Spina bifida (Rückgratspalte mit zystisch hervortretendem Rückenmark). Hierbei sind Singer/ Kuhse der Meinung, dass Kinder mit schwerer Form der Spina bifida, medizinisch bekannt unter Spina bifida mit Myelomeningozele, nicht unter allen Umständen behandelt werden sollten. Sie berufen sich hierbei auf die Untersuchungen des Pädiaters John Lorber⁴⁰⁸, der 1972 versuchte, Kriterien für eine selektive Behandlung bei schweren Fällen von Spina bifida zu entwickeln. Lorbbers Ziel war es, diejenigen Kinder nicht zu behandeln, auf die ein Leben mit schweren Behinderungen warte. Er war mit anderen Worten bereit, am ersten Lebenstag eines Spina-bifida-Kindes vorherzusagen, mit welcher Lebensqualität es voraussichtlich zu rechnen habe.

„...weil schwerbehinderte Kinder ‘gerettet’ wurden, haben sehr viel mehr potentiell normale Leben nie begonnen, weil die Eltern nicht den Mut hatten, weitere Kinder zu bekommen.“⁴⁰⁹

meint Lorber und teilt hiermit die utilitaristische Sichtweise Singers und Kuhses.

John Freeman, ein führender Pädiater aus Baltimore, übte starke Kritik an Lorbbers Auswahlkriterien. Er bezweifle, so äußerte er sich während eines Symposiums 1976, ob man die Qualität eines fremden Lebens wirklich einschätzen könne, denn ein Kind, das versehrt oder behindert aufwachse, nehme seine Lebensqualität ganz anders wahr als ein Erwachsener, der plötzlich invalide oder behindert sei⁴¹⁰.

Aufgrund seiner Thesen wurde Singer oft der Vorwurf der Behindertenfeindlichkeit entgegengebracht. Diesen weist Singer folgendermaßen zurück: Seine Ansicht bedeute keine Diskriminierung Behinderter, denn er erkenne lediglich die Realität der Schwierigkeiten an, der sich Betroffene gegenübersehen, die mit solch einer Behinderung leben müssen. Wer behaupte, dass ein Leben mit einer Behinderung im gleichen Maße glücklich für die Betroffenen sei, wie ein Leben ohne diese, verkenne die Realität. Die Tatsache, dass wohl jeder behinderte Mensch, wenn er die

⁴⁰⁸ Vgl. Lorber, John (1971): Results of treatment of myelomeningocele. Sowie Lorber, John (1972): Spina bifida cystica, Results of treatment of 270 consecutive cases.

⁴⁰⁹ Zitat von John Lorber, zitiert nach Kuhse, Helga; Singer, Peter (1985): Muß dieses Kind am Leben bleiben?, S. 96.

⁴¹⁰ Kuhse, Helga; Singer, Peter (1985): A. a. O., S. 75-104.

Möglichkeit dazu hätte, sein Leben gerne einem Leben ohne diese Behinderung vorziehen würde, spreche für diese Realität⁴¹¹.

Diese Auffassung Singers steht zumindest im Falle geistiger Behinderung im Gegensatz zur Haltung der Ärzte in unserer Gesellschaft, denn nach Zimmermanns Untersuchung von 1997 erkennen die Mehrheit der Ärzte keine oder kaum eine Minderung des Lebenswerts durch eine geistige Behinderung an⁴¹².

Bemerkenswert ist jedoch, dass Singer seine Bewertung ganz unabhängig vom Zustand des Kindes vornimmt⁴¹³. Das bedeutet, dass er weder kranken *noch* gesunden Neugeborenen ein uneingeschränktes Recht auf Leben zuspricht.

Einzig maßgebend ist für Singer hierbei der Wille der Eltern. Sie sollen entscheiden, ob ihr Kind leben solle oder nicht, denn sie seien schließlich auch diejenigen, deren Leben maßgeblich durch diesen Umstand beeinflusst werde. Das bedeute einerseits, dass ein Säugling nicht gegen den Willen seiner Eltern getötet werden dürfe, auch wenn er schwer behindert ist. Umgekehrt hieße es aber auch, dass die Eltern den Tod ihres Säuglings veranlassen dürften, falls sie sein Leben nicht wünschten, selbst wenn dieser vollkommen gesund wäre⁴¹⁴.

Die elterliche Willkür, der Säuglinge in der von Singer vorgeschlagenen Regelung ausgesetzt wären, ist meines Ermessens sehr bedenklich. So stellt sich die Frage, welche Verantwortung die Gesellschaft hierbei innehat und übernehmen muss.

Wo zieht man nun die Grenze für den Beginn des Lebensrechts?

In welchem Alter ein Neugeborenes beginnt, die Kriterien einer Person zu entwickeln und damit ein volles Recht auf Leben innehat, ist freilich schwer zu sagen, erkennt Singer. Er schlägt vor, das menschliche Recht auf Leben erst mit dem zweiten Lebensmonat nach der Geburt beginnen zu lassen. Wem diese eindeutig festgelegte Grenze zu schockierend erscheint, solle sich daran erinnern, dass der heutige absolute Schutz des neugeborenen Lebens Ausdruck einer klar definierten

⁴¹¹ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 242.

⁴¹² Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe?, S. 114.

⁴¹³ Hieraus zeigt sich, dass die Vorwürfe gegen Singer, er sei diskriminierend gegenüber Behinderten, nur eingeschränkt gelten dürfen, denn, wie man sieht, fordert er diese Regelung unabhängig von einer Behinderung. Vgl. hierzu Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 425ff.

⁴¹⁴ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 233-234.

christlichen Haltung ist. Dies sei reine Glaubensfrage und habe nichts mit universalen moralischen Werten zu tun, behauptet Singer⁴¹⁵.

Des Weiteren ist Singer ein Vertreter der aktiven Sterbehilfe. Er sieht keinen moralisch entscheidenden Unterschied zwischen aktiver Tötung und dem Unterlassen von Behandlungsmaßnahmen, denn er beurteilt Handlungen lediglich nach ihrer Konsequenz. Da beide Formen der Sterbehilfe den Tod als sichere Konsequenz mit sich brächten, seien beide Formen prinzipiell gleich zu bewerten, argumentiert er.

Es gebe jedoch Fälle in denen der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle spiele. Dies seien zum Beispiel Fälle, die mit größtem Leid verbunden seien, in denen der Tod jedoch nicht in kurzer Zeit eintreten werde.

Dem Verfahren der passiven Sterbehilfe wirft Singer vor, dass es Leiden unnötig hinauszögere. Er fordert, man solle das Ziel einer schnellen und schmerzlosen Tötung offen zugeben und plädiert – insbesondere hinsichtlich der Zeit bis zum Eintritt des Todes – deutlich für die aktive Sterbehilfe⁴¹⁶.

5.3.2 Die Position Hoersters – Die Geburt als Grenze für das Recht auf Leben

Auch Norbert Hoerster (geb. 1937 in Lingen) setzt in seiner Schrift „Neugeborene und das Recht auf Leben“⁴¹⁷ wie Singer das Überlebensinteresse eines Individuums an die zentrale Stelle seiner Argumentation. Dieses Überlebensinteresse, gemeint ist der Wunsch eines Individuums weiterzuleben, bildet nach Hoerster die Grundlage für das Recht auf Leben eines Menschen.

Ein Überlebensinteresse könne ein Wesen nur dann haben, wenn es entweder einen ausdrücklichen Überlebenswunsch oder einen sonstigen Wunsch habe, für dessen Erfüllung das Überleben eine notwendige Voraussetzung ist. Jedes Interesse sei also auf einen Wunsch bezogen, postuliert Hoerster.

Da aber ein Neugeborenes offenbar noch keine Wünsche hinsichtlich seiner Zukunft habe, könne es auch noch kein Interesse an seinem Überleben haben und deshalb stehe ihm auch kein Recht auf Leben zu, argumentiert er.

Ab wann entwickelt sich nun das so entscheidende Überlebensinteresse?

⁴¹⁵ Singer, Peter (1994): A. a. O., S. 223.

⁴¹⁶ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 258-272.

⁴¹⁷ Vgl. hierzu Hoerster, Norbert (1998): Sterbehilfe im säkularen Staat.

Hoerster ist der Ansicht, dass es aus praktischen Gesichtspunkten nicht möglich sei, eine genaue Grenze für den Beginn des Überlebensinteresses und somit des Lebensschutzes festzulegen, denn die Entwicklung eines Kindes sei ein kontinuierlicher Prozess. Das Problem einer Grenzziehung beispielsweise bei drei Monaten sei, dass man nicht jedem Kind ansehe, ob es einige Tage oder gar Wochen vor oder nach der Vollendung des dritten Lebensmonats stehe. Würde man das Lebensrecht nun erst mit Vollendung des dritten Lebensmonats beginnen lassen, so ließe sich für die Praxis des täglichen Lebens nicht ausschließen, dass auch ältere Kinder real gefährdet wären⁴¹⁸.

Aus diesem Grund kehrt Hoerster zur traditionellen Grenze der Geburt als Beginn des Lebensrechtes zurück, da sie den einzigen Zeitpunkt darstelle, an dem ein optimaler Schutz aller (zumindest geborenen) menschlichen Individuen gewährleistet sei⁴¹⁹.

Hieraus ergibt sich auch Hoerstes zentrale Kritik an Singer, der einen solchen Zeitpunkt generell festlegen möchte. Hoerster sieht darin gewisse „Dambruchgefahren“ für das allgemeine, unverzichtbare menschliche Recht auf Leben.

Eine solche Regelung würde auf Dauer das Leben aller Neugeborenen, seien sie behindert oder gesund, erheblich gefährden. Nur eine klare und für jedermann ersichtliche Grenze wie die der Geburt gewährleiste den nötigen Sicherheitsrahmen. Hoerster findet eine klare und widerspruchsfreie Regelung in einer modernen Gesellschaft unverzichtbar. Wäre diese nicht vorhanden, könne ein Patient lediglich auf das ärztliche Gewissen vertrauen. Dies schaffe jedoch Unsicherheit und Ungleichbehandlung.

Die Grenze der Geburt für den Beginn des Lebensrechtes bedeutet aber auch, dass ein menschliches Individuum *vor* der Geburt kein volles Lebensrecht besitzt.

An anderer Stelle setzt Hoerster den Beginn des Lebensrechtes für Frühgeborene auf die 28. Schwangerschaftswoche, was einen partiellen Widerspruch zur oben erwähnten Grenze der Geburt darstellt. Die 28. Schwangerschaftswoche sei unter dem Gesichtspunkt der „frühestmöglichen natürlichen Lebensfähigkeit“ die

⁴¹⁸ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 23-24.

⁴¹⁹ Hoerster, Norbert (1995): A. a. O., S. 11-28.

entscheidende Grenze für das Recht auf Leben, denn ab diesem Zeitpunkt werde das Überleben eines Feten ohne medizinische Behandlung sehr wahrscheinlich⁴²⁰. Jedoch, räumt Hoerster ein, folge hieraus nicht, dass ein vor der 28. Schwangerschaftswoche geborenes Kind nach Belieben getötet werden darf. Ohne Einwilligung der Eltern darf ein solches Kind weder getötet werden, noch darf auf eine Behandlung verzichtet werden. Die Eltern tragen hier die absolute Entscheidungsgewalt, die Ärzte dürfen lediglich aufklärende und beratende Funktion ausüben⁴²¹.

Die Grenze der 28. Schwangerschaftswoche vertritt Hoerster in seinem Modell sowohl für die Lebenserhaltung bei Frühgeborenen als auch für die Erlaubnis zur Abtreibung.

Hoerster befürwortet die generelle Freigabe der Abtreibung. Das heißt, er möchte die Erlaubnis zur Tötung des Feten, entgegen der heutigen Rechtsprechung⁴²², bis zur 28. Schwangerschaftswoche und unabhängig von einer Behinderung, rein dem Willen der Eltern überlassen. Die Eltern seien ja auch diejenigen, die diese Entscheidung am meisten betreffe.

Im Falle einer Behinderung hält Hoerster die Abtreibung jedoch nicht nur für legitim, sondern sogar für begrüßenswert⁴²³, denn ein Leben ohne Behinderung habe sowohl für das Kind selbst als auch für die Gesellschaft einen höheren Wert.

Hoerster räumt ein, dass die allermeisten Leben dieser Art natürlich sehr wohl einen Eigenwert (für den Betroffenen selbst) als auch einen Fremdwert (für das Umfeld, die Gesellschaft) haben, jedoch schätzt er diesen Fremd- bzw. Eigenwert geringer als bei einem Leben ohne ein solches Defizit. Manche Leben sind offensichtlich für die Gesellschaft wertvoller bzw. für ihre Träger wertvoller, nämlich sinnvoller und erfüllter, als andere, meint Hoerster und nennt es Heuchelei, das Gegenteil zu

⁴²⁰ Hoerster, Norbert (1995): A. a. O., S. 57-59.

⁴²¹ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 66.

⁴²² Gemäß heutiger Rechtsprechung in Deutschland ist eine Abtreibung aus medizinischer Indikation (früher auch eugenische/embryopathische Indikation) bis zur 22. Schwangerschaftswoche straffrei. Vgl. StGB § 218.

⁴²³ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 123.

behaupten⁴²⁴. Er trifft somit eindeutig eine Unterscheidung im Lebenswert von Menschen.

Er gibt auch zu bedenken, dass eine Frau, die eine eugenisch motivierte Abtreibung vornimmt, wenn möglich zu einem späteren Zeitpunkt einem gesunden Kind das Leben schenken wird⁴²⁵.

In dieser Ansicht bekennt sich Hoerster zum utilitaristischen Denkmodell Singers⁴²⁶.

Er sieht aus den oben genannten Punkten auch keinen ethischen Grund, den betroffenen Frauen die modernen Methoden der pränatalen Diagnostik vorzuenthalten⁴²⁷.

Für die Zulässigkeit von Sterbehilfe gegenüber Neugeborenen darf eine Behinderung als solche jedoch nicht ausschlaggebend sein, bemerkt Hoerster andererseits. Das fundamentale Gebot der Gleichbehandlung fordere schließlich, dass jede behinderungsspezifische Diskriminierung zu unterbleiben habe. Hierbei stelle allein das Interesse des Patienten das zentrale Motiv dar.

Hoerster behauptet, dass sein Modell dem Gebot der Gleichbehandlung in vollem Umfang Rechnung trage, denn er räume schließlich jedem menschlichen Individuum das gleiche Recht auf Leben ein, wohl unter der Voraussetzung dass es geboren sei und ein Gesamalter von mindestens 28 Wochen habe.

„*Jedes* menschliche Individuum, das dieser Voraussetzung *nicht* genügt – ob behindert oder nicht – darf prinzipiell auf Wunsch seiner Eltern getötet werden; und *jedes* menschliche Individuum, das dieser Voraussetzung genügt – ob behindert oder nicht – , darf prinzipiell selbst auf Wunsch seiner Eltern *nicht* getötet werden.“⁴²⁸

Diese Position steht im Widerspruch zu dem oben gesagten, nämlich dass behindertes und nichtbehindertes Leben eben *nicht* gleich zu bewerten seien.

Basierend auf dem Interesse⁴²⁹ des Neugeborenen als Grundlage für jede Entscheidung über Leben und Tod, findet Hoerster weiterhin zu der Ansicht, dass

⁴²⁴ Hoerster, Norbert (1995): A. a. O., S. 117-121.

⁴²⁵ Hoerster, Norbert (1995): A. a. O., S. 123.

⁴²⁶ Siehe hierzu Kapitel 5.3.1. dieser Arbeit, Die Position Singers, S. 136ff..

⁴²⁷ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 124.

⁴²⁸ Hoerster, Norbert (1995): A. a. O., S. 113-114.

⁴²⁹ Mit „Interesse“ ist hier das Interesse nach dem präferenzutilitaristischen Modell Singers gemeint, vgl. hierzu die Erläuterung unter 5.3.1., Die Position Singers, S. 136ff..

eine aktive Sterbehilfe unter gewissen Umständen viel eher dem Interesse des Patienten entspreche als dies die passive Sterbehilfe tut. Die passive Sterbehilfe zögere Leiden in bestimmten Fällen unnötig hinaus und sei daher keine adäquate Lösung für den Patienten.

„Liegt es hier wirklich im Interesse der Neugeborenen, daß man sie – mehr oder weniger langsam und unter Schmerzen und Belastungen ...[einer] zusätzlichen Krankheit – sterben läßt, anstatt sie schmerzlos zu töten?“⁴³⁰

Hoerster sieht wie Singer zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe keinen moralischen Unterschied. Sie sind prinzipiell gleich zu bewerten, da sie sich beide im gleichen Maße über die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens hinwegsetzen.

Das Argument, dass bei der passiven Sterbehilfe – im Gegensatz zur aktiven – nicht der Mensch den Tod ursächlich herbeiführen würde, sondern die Natur die eigentliche Ursache des Todes sei, wie es von Gegnern der aktiven Sterbehilfe angeführt wird, erklärt Hoerster für irrig. In beiden Fällen sei es der Mensch, der den Tod verursache und für denselben verantwortlich sei. Die Intention der Tötung sei bei beiden Formen dieselbe und hätte sowohl im Falle der aktiven Tötung als auch bei der Tötung durch Unterlassen dieselbe Folge, nämlich den Tod selbst. Die angewandten Mittel machten hierbei nicht den entscheidenden Unterschied.

Die Entscheidung, ob und in welcher Form Sterbehilfe durchgeführt werden solle, weist Hoerster den Eltern zu. Stimme die elterliche Entscheidung nicht mit der Ansicht des Arztes überein, so solle ein Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Der Wille der Eltern ist für Hoerster zwar in starkem Maße zu berücksichtigen, doch es wäre offensichtlich inhuman, das leidende Kind rettungslos einer elterlichen Willkür auszuliefern⁴³¹.

5.3.3 Die Position Merkels – Die Entscheidung zwischen Leben und Tod als Interessensabwägung

Der Rechtsphilosoph Reinhard Merkel (geb. 1950 in Hof) zeigt in seinem Werk „Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher

⁴³⁰ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 97.

⁴³¹ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 112.

Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin“ die Inkonsistenzen der aktuellen Rechtslage auf und sucht mit ethischen Argumenten und Beispielen aus dem klinischen Alltag nach neuen Lösungsansätzen.

Im Gegensatz zu Singer und Hoerster spricht Merkel einem Neugeborenen aufgrund seiner Potentialität, das heißt seiner zukünftigen Ausbildung eines sicheren Lebensinteresses, bereits ab der Geburt ein vollständiges Lebensinteresse zu. Der Singersche Utilitarismus ist bei Merkel in der Art nicht zu finden, er argumentiert vielmehr aus einer rechtsphilosophischen Sicht.

Er betont die „Innenperspektive“ eines Neugeborenen bezüglich seines Lebensinteresses. Damit meint er, dass ein Interesse nur als echtes Interesse gelten kann, wenn es für dessen Inhaber erfahrbar sei.

Jedoch müsse man in Situationen schwerster Behinderung verbunden mit größtem Leid noch ein zweites mögliches Interesse des Patienten zu beachten, nämlich sein eventuelles Sterbensinteresse. Es gelte bei jeder Sterbehilfeentscheidung eine Abwägung zu treffen zwischen diesen beiden Interessen, dem Lebens- und dem Sterbensinteresse des Neugeborenen.

Merkel kritisiert hiermit die herrschende Strafrechtslehre, die die Überzeugung vertritt, dass menschliches Leben kein Gegenstand einer Abwägung sein kann und darf⁴³². Er positioniert sich auch gegen die Aussage der Einbecker Empfehlungen, dass jede Abstufung des Lebensschutzes nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen oder geistigen Zustand als schwerer Verstoß gegen Sittengesetz und Verfassung gelten muss⁴³³.

Für Merkel ist das einzig tragbare Entscheidungskriterium der Zustand des Neugeborenen, auf dessen Basis eine Entscheidung über Leben und Tod gefällt werden kann. Diese Interessensabwägung, er nennt sie auch Notstandsabwägung⁴³⁴, sieht Merkel als die unumgehbare Aufgabe des

⁴³² Merkel, Reinhard (2001): Früheuthanasie, S. 523.

⁴³³ Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) zu den Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen. Rev. Fassung 1992, I.2.

⁴³⁴ Merkel basiert seine Argumentation auf §34 des StGB. Dieser Paragraph rechtfertigt eine Tat vor dem Gesetz, wenn unter der Abwägung widerstreitender Interessen das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. In diesem Notstandsparagraphen sieht Merkel eine geeignete Verbindung zwischen Recht und Ethik, da er einen rechtlich garantierten Raum eröffnet, innerhalb dessen moralische Überlegungen möglich werden. Vgl. Merkel Reinhard (2001): Früheuthanasie, S. 154ff., 528ff., 639.

behandelnden Arztes und legitimiert sie strafrechtlich folgendermaßen: Auf beiden Seiten der Abwägung stehen jeweils strafrechtlich zu schützende Interessen: Auf der einen Seite das Leben selbst und auf der anderen Seite die körperliche Unversehrtheit.

Daraus folge für den zuständigen Arzt eine Entscheidungs- und Handlungspflicht⁴³⁵. Das heißt, es gebe Situationen in denen die Sterbehilfe als einzig humane Lösung des Konflikts angestrebt werden *müsse*. Nämlich dann, wenn die konkrete Lebenssituation des Neugeborenen so von Leid geprägt sei, dass sie ein überwiegendes Sterbensinteresse des Neugeborenen zweifelsfrei mache. In diesem Fall habe der Arzt, der im Sinne des Patienten handle und nur um sein Bestes bemüht sei, nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht, diesen Patienten von seinem Leid zu erlösen. Denn in Situationen größten Leids wäre eine Lebenspflicht schlichtweg inhuman⁴³⁶.

Merkel stellt hier die Humanität noch über den Lebenserhalt, der das höchste Rechtsgut des Menschen bilde⁴³⁷, denn die Freiheit der Lebensentscheidung selbst, die Merkel als Kriterium für Humanität anführt, müsse in gerade diesen Fragen gewährleistet bleiben. Dass Neugeborene noch nicht über die Möglichkeit zur freien Willensäußerung verfügen, tritt hier als besonderes Problem zutage.

Durch Merkels Humanitätsbegriff wird nicht der grundsätzliche Lebenserhalt, sondern das Ziel, im besten Interesse des Patienten zu handeln, zur primären ärztlichen Aufgabe⁴³⁸.

Merkel postuliert weiterhin, und hiermit teilt er seine Meinung mit Singer und Hoerster, dass er keinen normativen Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe sehe, da beiden Formen der Sterbehilfe in gleichem Maße eine Abwägung über den Lebenswert des betroffenen Neugeborenen zugrunde liege. Der Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen sei irrelevant, da sich das Kriterium der Sterbehilfeentscheidung lediglich aus dem Interesse des Patienten ergebe⁴³⁹.

⁴³⁵ Merkel, Reinhard (2001): Früheuthanasie, S. 532.

⁴³⁶ Merkel, Reinhard (2001): A. a. O., S. 527.

⁴³⁷ Merkel, Reinhard (2001): Früheuthanasie, S. 354-356.

⁴³⁸ Merkel, Reinhard (2001): A. a. O., S. 639.

⁴³⁹ Merkel, Reinhard (2001): A. a. O., S. 360.

Mehr noch vertritt Merkel die Ansicht, dass in vielen Fällen die aktive Sterbehilfe wohl die weitaus humanere Lösung wäre, da sie dem Sterbensinteresse des Neugeborenen auf sanftere Weise nachkomme und unnötiges Leid vermeide. Die passive Sterbehilfe, also die Tötung durch Unterlassen oder Behandlungsabbruch, wie sie in Deutschland praktiziert wird, findet Merkel äußerst problematisch, da sie die zugrundeliegende Entscheidung über Leben und Tod verschleierte. Die Praxis der Sterbehilfe in Holland hingegen, wo in schweren Fällen die aktive Sterbehilfe durchaus praktiziert wird, nennt Merkel einen ehrlicheren Umgang mit diesen Problemen⁴⁴⁰. Durch das Verbot der aktiven Tötung in Deutschland werde eine ethische und humane Lösung des Problems blockiert, denn die gegenwärtige Rechtslage verleite zu (selbst-)täuschenden Umgehungsstrategien.

Die Gefahr, die von solch einer unkontrollierten Ausweitung des Tötungsverbots durch eine Abwägungserlaubnis ausgeht, erkennt Merkel durchaus. Er sieht die Notstandslösung jedoch als die einzig mögliche Lösung des Problems, da das Strafrecht keine akzeptablen Lösungen bereithalte und man den Arzt nicht als Entscheidungsträger vollkommen allein lassen könne. Am Ende bleibe jedoch trotz aller vorstellbaren Klarheit der Rechtslage eine große Unsicherheit, Zweideutigkeit und unvermeidliche moralische Schuld, mit der der Arzt im Umgang mit dieser schweren Aufgabe zurückbleibe⁴⁴¹, räumt Merkel ein.

⁴⁴⁰ Merkel, Reinhard (2001): A. a. O., S. 581.

⁴⁴¹ Merkel, Reinhard (2001): A. a. O., S. 639f.

6 Lernen aus der Geschichte? - Ethische Grundfragen und das Geschichtsargument in der Debatte um Früheuthanasie und selektive Abtreibung

6.1 Catel und Singer – Beklemmende Parallelitäten

„Vollidiotische Menschen sind aber biologisch gar keine Menschen, sondern eine stumpf hinvegetierende Masse ohne funktionsfähiges Großhirn. Sie stellen ein ‘überlebendes Präparat’ dar [...]. Beim vollidiotischen Wesen wird also niemals die Stufe eines beseelten Tieres oder eines Menschen erreicht [...]. Die Auslöschung dieser Wesen bedeutet also weder Mord noch Tötung, sondern etwas Drittes, das bisher in der Rechtsprechung nicht berücksichtigt wurde. Ich gebrauche vorläufig dafür den Ausdruck ‘Auslöschung’.“⁴⁴² [Catel, 1964]

„Manche Angehörige anderer Gattungen sind Personen: manche Angehörige unserer eigenen Gattung sind es nicht. [...] So scheint es, daß etwa die Tötung eines Schimpansen schlimmer ist als die Tötung eines schwer geistesgestörten Menschen, der keine Person ist.“⁴⁴³ „[...] die Tötung eines behinderten Säuglings ist nicht moralisch gleichbedeutend mit der Tötung einer Person. Sehr oft ist sie überhaupt kein Unrecht.“⁴⁴⁴ [Singer 1984]

Die Gegenüberstellung dieser beiden Zitate bildet gleichsam einen Brückenschlag zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Die inhaltliche Parallelität zwischen den Äußerungen Catels als einer der Hauptprotagonisten der NS-Kindereuthanasie und der Stellungnahme Singers aus der „Praktischen Ethik“ ist bemerkenswert⁴⁴⁵, besonders wenn man bedenkt, dass die Worte Catels aus dem Jahre 1964, also weit nach Kriegsende, stammen.

Beide Autoren machen eine eindeutige Unterscheidung zwischen der Tötung eines behinderten und der eines gesunden Menschen. Singer nennt die Tötung eines behinderten Menschen kein Unrecht, Catel geht noch weiter und postuliert, sie könne in diesem Falle noch nicht einmal als Tötung oder Mord bezeichnet werden. Sowohl Catel als auch Singer stellen den Lebenswert bestimmter Tierarten über den eines behinderten Menschen. Catel argumentiert mit der fehlenden Funktion des Großhirns

⁴⁴² Catel, Werner (1964): Vernehmung vom 28.04.1964 vor dem Untersuchungsrichter beim LG Hannover (UR3/63), zitiert nach Klee, Ernst (1986): Was sie taten – Was sie wurden, S. 141.

⁴⁴³ Singer, Peter (1984): Praktische Ethik, S. 134f.

⁴⁴⁴ Singer, Peter (1984): A. a. O., S. 188f.

⁴⁴⁵ Vgl. Dahl, Matthias (2000): „Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig“, S. 160f.

als Sitz des Bewusstseins, Singer stützt seinen Personenbegriff letztendlich ebenfalls auf die Fähigkeit des bewussten Erlebens eines Lebewesens⁴⁴⁶.

Bei Singer muss verwundern, dass er es sowohl in der ersten als auch in der zweiten Auflage seiner „Praktischen Ethik“ unterlässt, auf den gesamten ideologischen Hintergrund der nationalsozialistischen Politik in diesem Zusammenhang einzugehen. Er behauptet, „die Nazis“ hätten kein Euthanasie-Programm im eigentlichen Sinn des Wortes gehabt, da es nicht um die Rücksicht auf das Leiden der zu tötenden Personen ging⁴⁴⁷. Diese Behauptung ist nicht zutreffend, wenn man die Anfänge der Debatte um Euthanasie betrachtet, aus denen sich die nationalsozialistischen Verbrechen schrittweise entwickeln konnten. Sicherlich kann man die Gräueltaten der Nationalsozialisten nicht mehr mit dem Mitleid der Täter für ihre Opfer erklären, doch ursprünglich war Mitleid sehr wohl das leitende Motiv, die Euthanasie in Erwägung zu ziehen⁴⁴⁸.

Historische Forschungen haben außerdem gezeigt, dass man nicht von „den Nazis“, die Euthanasie und Holocaust erfunden hätten, sprechen kann. Singer berücksichtigt nicht die jahrzehntelange Vorbereitungsphase, in der sich dieses Gedankengut entwickelt hatte. Außerdem fällt auf, dass er die geistigen Grundlagen der NS-Euthanasie wie z. B. die Schriften von Binding und Hoche nicht erwähnt oder nicht kennt, obgleich deren Definition der „Geistig Toten“ große Ähnlichkeiten zu Singers Begriffsbestimmung von Nicht-Personen hat⁴⁴⁹. Sowohl Singer, als auch Binding/Hoche benennen die Fähigkeit eines Menschen, sich seiner selbst bewusst zu sein, als zentrale Voraussetzung für sein Lebensrecht.

„Entscheidend sind [...] Eigenschaften wie Rationalität, Autonomie und Selbstbewusstsein. Säuglinge haben diese Eigenschaften nicht. Sie zu töten kann daher nicht gleichgesetzt werden mit der Tötung normaler menschlicher Wesen [...]“⁴⁵⁰ [Singer, 1994]

⁴⁴⁶ Vgl. Kapitel 5.3.1 dieser Arbeit, Die Position Singers, S. 136ff.

⁴⁴⁷ Singer, Peter (1984): Praktische Ethik, S. 274f.

⁴⁴⁸ Vgl. Jost, Adolf (1895): Das Recht auf den Tod, S. 18. Vgl. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“, S. 26.

⁴⁴⁹ Burleigh, Michael (1994): Tod und Erlösung, S. 339, vgl. Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 85, 119, 233. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 57f.

⁴⁵⁰ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 233.

„Das Wesentlichste aber ist das Fehlen der Möglichkeit sich der eigenen Persönlichkeit bewußt zu werden, das Fehlen des Selbstbewußtseins. [...] Ein geistig Toter ist somit auch nicht imstande, innerlich einen subjektiven Anspruch auf Leben erheben zu können, ebensowenig wie er irgendwelcher anderer geistiger Prozesse fähig wäre.“⁴⁵¹
[Hoche, 1920]

Ein Lebewesen, das sich seiner selbst nicht bewusst ist, ist nach Binding und Hoche „geistig tot“ bzw. erfüllt nach Singer nicht die Kriterien einer Person. Deshalb, so folgern die Autoren beider Schriften, wird durch die Tötung eines solchen Menschen auch kein subjektives Interesse durchkreuzt und es geschieht somit kein Unrecht⁴⁵². Wenn das behinderte Individuum ohnehin kein eigenes Überlebensinteresse hat, sind sich Singer und Binding/Hoche einig, können die Interessen der Umwelt ausschlaggebend für die Entscheidung um sein Weiterleben werden. Binding/Hoche führen in diesem Zuge die Belastung sowohl der Angehörigen als auch der Gesellschaft durch Unproduktivität und Pflegebedürftigkeit an⁴⁵³, während Singer die Umwelt mit einbezieht, indem er nach utilitaristischer Sicht argumentiert: Die „Gesamtsumme von Lust“ durch die Geburt eines gesunden Kindes sei größer als durch die Geburt eines behinderten⁴⁵⁴. Weiter findet Singer durch seine utilitaristische Argumentation zum „Ersetzbarkeitsargument“ als zentrale Rechtfertigung für die Tötung eines behinderten Kindes⁴⁵⁵.

„Der Verlust eines glücklichen Lebens für den ersten Säugling wird durch den Gewinn eines glücklicheren Lebens für den zweiten aufgewogen.“⁴⁵⁶

Analog bedienten sich bereits NS-Ärzte wie Duken und Ibrahim in der Konfrontation mit den Eltern der Kindereuthanasie-Opfer dieses Argumentes:

„Nichts kann solchen Eltern den Schicksalsschlag mehr erleichtern und ihnen darüber hinweghelfen als ein gesundes Kind.“⁴⁵⁷ [Ibrahim, 1934]

⁴⁵¹ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 57f.

⁴⁵² Vgl. Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 128-133, 235. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 59.

⁴⁵³ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 57.

⁴⁵⁴ Vgl. Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 234, 238. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 53, 57.

⁴⁵⁵ Vgl. Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 174, 238-240.

⁴⁵⁶ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 238.

⁴⁵⁷ Zitiert nach Seidler, Eduard; Posselt Miriam (2002): Jussuf Ibrahim, S. 1002. Vgl. Kap. 4.4. dieser Arbeit, Die Haltung der Angehörigen, S. 83.

„Möge Ihnen ein gütiges Geschick bald ein neues Kindle schenken.“⁴⁵⁸ [Duken, 1943]

Durch genannte Parallelitäten lässt sich zeigen, dass in der gegenwärtigen philosophischen Diskussion, so von Seiten Peter Singers, Argumente zugunsten der Bewertung von Leben verwendet werden, die analog in der Volkskörperideologie des Dritten Reiches wirksam wurden. Hierbei erweist sich die Philosophie Singers nicht als Nazi-Philosophie, jedoch liefert die Geschichte der Kindereuthanasie eine Anschauung davon, wohin seine Vorschläge führen könnten. Denn gemeinsam ist der NS-Euthanasie und der Euthanasie heutiger Prägung die – zunächst harmlos erscheinende – Bewertung von menschlichem Leben im Sinne von lebenswert/lebensunwert und der Ausschluss bestimmter Formen menschlichen Lebens aus dem Lebensschutz⁴⁵⁹.

Im Folgenden sollen wesentliche ethische Grundfragen vor dem Hintergrund der Geschichte der NS-Kindereuthanasie diskutiert werden, die sich in der Auseinandersetzung mit Behandlungs- bzw. Nicht-Behandlungsentscheidungen bei schwerstbehinderten Neugeborenen stellen. Zunächst wird im Punkt 6.2. der Frage nachgegangen, wer über Leben und Tod eines schwerbehinderten Kindes entscheiden soll. Als Entscheidungsträger kommen hier die Eltern, der Arzt oder die Gesellschaft in Betracht. Die Eltern sind dem Kind emotional am ehesten verbunden, es lässt sich jedoch zeigen, dass ihre Haltung von Ambivalenz geprägt ist, was eine ethisch richtige Entscheidung erschwert. Gesellschaftliche Regelungen sind, aus der historischen Erfahrung gesehen, sehr anfällig für Missbrauch.

Den Arzt zum Entscheidungsträger über Leben und Tod zu machen ist aus mehreren Gründen höchst problematisch, wie im Punkt 6.3 erörtert wird. Inwiefern Töten überhaupt zum Spektrum ärztlichen Handelns gehören soll, wird im Bezug auf das ärztliche Selbstverständnis – Ärzte verstehen sich seit Generationen als Erhalter des Lebens – als auch im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und

⁴⁵⁸ Brief Prof. Duken an die Mutter vom 9.7.1943. Vgl. Kap. 4.4. dieser Arbeit, Die Haltung der Angehörigen, S. 82.

⁴⁵⁹ Vgl. Leven, Karl-Heinz (1998): Die „NS-Euthanasie“, S. 20f.

Patient diskutiert. Vor dem Hintergrund der Geschichte ist diese Kompetenzerweiterung als äußerst problematisch zu sehen.

Im Punkt 6.4 wird genauer auf das emotionale Spannungsfeld eingegangen, in dem Eltern behinderter Kinder sich bewegen. Hierbei stehen Zuneigung und emotionale Verbundenheit einerseits neben Enttäuschung und Abwehrreaktionen aufgrund eigener Überforderung andererseits. Es kann gezeigt werden, dass diese ambivalente Haltung der Eltern von den Tätern der nationalsozialistischen Kindereuthanasie ausgenutzt und missbraucht wurde, was für die heutige Legitimation der Sterbehilfe bei Neugeborenen starke Berücksichtigung erfordert.

Schließlich wird in 6.5 untersucht, ob es ethisch und moralisch überhaupt zulässig ist, über den Wert eines menschlichen Lebens zu urteilen. Es stellt sich heraus, dass das Urteil über den Wert eines Lebens unmittelbar an die Frage nach dem Recht auf Leben geknüpft ist.

Nachdem Punkt 6.6 auf den in der Diskussion um Sterbehilfe viel zitierten Begriff des Mitleids genauer eingeht, wird in Punkt 6.7 das Argument der schiefen Ebene für die Früheuthanasie angewandt. Die These des Dambrucharguments besagt, dass durch das Zulassen der Frage nach dem Wert eines menschlichen Lebens eine schiefe Bahn betreten wird, auf der ein Abgleiten im Sinne eines schrittweisen Verlustes ethischer Wertmaßstäbe nicht zu verhindern ist. Dieses Abgleiten auf der schiefen Bahn geht schließlich bis zur Legitimation der Tötung behinderter Neugeborener.

6.2 Wer entscheidet?

In der Debatte des Umgangs mit schwerstgeschädigten Neugeborenen stößt man immer wieder auf die unumgängliche Frage: Wer entscheidet? Wem steht es zu, eine Entscheidung über Tod oder Leben eines Dritten zu fällen?

In der Diskussion um Sterbehilfe und assistierten Suizid bei Erwachsenen ist eine Berufung auf den Willen und die Selbstbestimmung des Kranken über sein Leben möglich. Einwilligungsunfähige Menschen – wie Demente, geistig Behinderte oder Wachkoma-Patienten – und neugeborene Kinder sind jedoch nicht fähig, ihren Willen zu äußern, ja sie sind sich noch nicht einmal, so wird zumindest behauptet, ihres eigenen Lebens bewusst.

Es geht dabei einerseits um die Entscheidung des Behandlungsabbruchs oder -verzichts; beispielweise in Fällen, in denen eine Operation einer schweren Missbildung lebensrettend wäre oder in Fällen, in denen Kinder sich nicht selbst ernähren können und über die Einleitung einer künstlichen Ernährung entschieden werden muss. Andererseits geht es aber auch um die Entscheidung, ob dem Leben eines schwerstbehinderten Kindes nicht aktiv ein Ende gesetzt werden soll, auch wenn es ohne besondere medizinische Maßnahmen weiterleben würde.

Vorausgesetzt, es kann überhaupt zulässig sein, über das Leben eines Dritten zu entscheiden, kämen als mögliche Entscheidungsträger die Eltern des Kindes, die behandelnden Ärzte oder die Gesellschaft in Frage.

Die Gesellschaft könnte mittels einer gesetzlichen Regelung den Umgang mit allen neugeborenen Kindern festlegen, so dass anhand objektiver Richtlinien über den Tod von Kindern entschieden würde – Alfred Ploetz plädierte hierfür bereits 1895⁴⁶⁰.

Das historische Beispiel der NS-Kindereuthanasie zeigt jedoch, dass eine staatliche Regelung sehr anfällig für Missbrauch ist. Auch wenn die Tötungen im Zuge der Kindereuthanasie nicht explizit oder per Gesetz vorgeschrieben wurden, so wurden sie doch staatlich sanktioniert. Die Zusprechung der Entscheidungsgewalt an eine Institution, die sich unter Umständen auch noch besonders in dieser Thematik spezialisiert, birgt immer eine hohe Gefahr von Missbrauch in sich.

Bestehen gesetzliche Maßgaben eines Staatsapparates – werden Entscheidungen über Leben und Tod also instrumentalisiert – tendiert der Mensch dazu, eigenen Gewissenskonflikten weniger Gewicht beizumessen und moralische Skrupel eher zurückzustellen. Die persönliche Involvierung eines Menschen, der über das Leben oder den Tod eines Kindes entscheiden muss, scheint hier zwar eine Bürde für den einzelnen Entscheidungsträger, jedoch ein größerer Schutz vor Missbrauch zu sein.

Beim Arzt – in unserem Fall dem Neonatologen – als Entscheidungsträger wäre diese persönliche Involvierung eher gegeben. Er wäre unmittelbarer mit dem Schicksal des Kindes konfrontiert und davon berührt. Auch wäre er vermutlich zu einer größeren Objektivität als beispielsweise die Eltern fähig, die es ihm ermöglicht, seine Entscheidung auf fachlichen Kriterien – soweit diese überhaupt zu ermitteln sind – zu stützen. Wobei gerade bei der Behandlung von Kindern auch bei Ärzten

⁴⁶⁰ Vgl. Ploetz, Alfred (1895): Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen, S. 144.

sicherlich eine vergleichsweise hohe emotionale Beteiligung vorhanden ist, die im Spannungsfeld zur objektiven, rationalen Beurteilung steht. Gerade dieses Spannungsfeld zwischen fachlicher Kompetenz und emotionaler Beteiligung würde allerdings vielleicht einer moralisch guten Entscheidung den Weg bereiten.

Des Weiteren kann der Arzt durch seine Ausbildung und seine Berufserfahrung im Umgang mit Neugeborenen den Zustand des Kindes, die Schmerzen unter denen es zu leiden hat, seine Chancen auf Besserung und seine zukünftigen Lebensbedingungen besser einschätzen.

Für betroffene Eltern kann eine Konfrontation mit einem schwerbehinderten Kind in manchen Fällen massive Gewissenskonflikte oder sogar eine Abwehrreaktion hervorrufen und so eine Entscheidung zum erforderlichen Zeitpunkt unmöglich machen⁴⁶¹. Hier wäre der Arzt als außen stehende Person geeignet, den Eltern die Entscheidung abzunehmen. Häufig übertragen Eltern aus diesen Gründen gerne dem Arzt die Entscheidung, was man bereits bei Ewald Meltzer 1925 beschrieben findet. Auf die Frage, ob die Eltern in die schmerzlose Tötung ihres (unheilbar) behinderten Kindes einwilligen würden, antworteten – wie bereits erwähnt – 73% mit „Ja“. Meltzer gab es damals sehr zu denken, dass eine „ganze Reihe dieser Jasager“ sich dabei mit folgenden Worten ausdrückten⁴⁶²:

„Was soll ich als alleinstehende Frau machen; stelle es zu Ihrer Verfügung, machen Sie, was Sie für am besten halten! Richtiger hätten Sie mir das dar nicht gesagt und hätten das Kind einschlafen lassen.“

„Wären lieber nicht mit dieser Frage behelligt worden. Bei einer plötzlichen Todesnachricht würden wir uns drein ergeben haben. Wie wohl wäre dem Kinde schon lange, wenn im Anfangsstadium etwas dafür getan worden wäre.“

„Lieber wäre mir gewesen ich hätte nichts davon gewusst.“

„Im Prinzip einverstanden; nur dürften Eltern nicht gefragt werden; es fällt ihnen doch schwer, das Todesurteil für ihr eigen Fleisch und Blut zu bestätigen. Wenn es aber hieße, es wäre an einer [...] beliebigen Krankheit gestorben, da gibt sich jedes zufrieden.“

⁴⁶¹ Vgl. Dahl, Matthias (2000): „Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig“, S. 164.

⁴⁶² Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 90.

Meltzer bemerkt hierzu:

„Hier schiebt man also ganz unverhohlen dem Arzte bzw. der Kommission das Schwere zu, was man nicht selbst übernehmen will. Gern will man sich selbst und vielleicht auch das Kind von der Last befreien, aber man will seine Gewissensruhe haben.“⁴⁶³

Gerade die Tatsache, dass Eltern bei der Entscheidung um das Leben ihres Kindes nicht beteiligt sein wollten, wurde von den NS-Ärzten ausgenutzt. In der Praxis der Kindereuthanasie wurden die Eltern systematisch aus der Angelegenheit um die „Erlösung“ des Kindes ausgeschlossen. Die Ärzte entschieden, welches Kind zu welchem Zeitpunkt getötet werden sollte, die Eltern wurden lediglich nach dem Ableben ihres Kindes über dessen Tod informiert. Sicherlich hat das nationalsozialistische Tötungssystem deshalb so lange funktioniert, weil damit dem großen Bedürfnis der Eltern, sowohl nach Unterstützung in der Sorge um ihr Kind, als auch nach Abnahme einer Entscheidung über Leben oder Tod, Rechnung getragen wurde. Die Eltern delegierten somit die Verantwortung für ihr Kind an die Ärzte und hatten ihre „Gewissensruhe“.

Diese große Bereitschaft, dem Anderen die Entscheidung zuzuschieben, könnte ein Indiz für ein tief vorhandenes Bewusstsein der Eltern sein, dass eine Entscheidung für den Tod ihres Kindes moralisch nicht zulässig ist. Andere Entscheidungen, die ihr Kind unmittelbar betreffen, wie beispielsweise die Erziehung oder Ernährung, geben Eltern im Gegensatz hierzu nur sehr ungern an Fremde ab. Hier scheint klar zu sein, dass Eltern am besten wissen, was gut ist für ihr Kind. In diesem Zusammenhang scheint es nun überraschend, dass Eltern bei der wohl unmittelbarsten Entscheidung, nämlich dem Weiterleben oder dem Tod ihres Kindes, die Entscheidungskompetenz häufig bereitwillig in ärztliche Hände legen.

Auch Ärzte erleben die Eltern in dieser Weise, wie man in der Studie Zimmermanns beschrieben findet. Nur 15% der befragten Ärzte glauben, dass die Eltern tatsächlich (mit)entscheiden wollen, 45% denken, die Eltern überlassen lieber den Ärzten die Entscheidung und 61% sind der Meinung, die Eltern würden die Entscheidung der Ärzte übernehmen⁴⁶⁴.

⁴⁶³ Meltzer, Ewald (1925): A. a. O., S. 90.

⁴⁶⁴ Vgl. Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe ?, S. 111.

Die Gegenwart eines schwerbehinderten Kindes scheint so belastend zu sein, dass die Neigung groß ist, das tiefliegende Unrechtsbewusstsein zu übergehen und die Entscheidung in der Hoffnung nach einer „Lösung“ des Problems abzugeben.

Doch ist es nicht, genauso wie für die Eltern, eine unglaubliche Überforderung des Arztes, über das Leben eines Kindes zu entscheiden?

Den Arzt zum Entscheidungsträger über Leben und Tod zu machen, ist aus mehreren Gründen höchst prekär und soll im Folgenden genauer erläutert werden.

Rein intuitiv wäre am ehesten den Eltern die Entscheidungskompetenz zuzutrauen, sind sie doch diejenigen, denen das Kind am nächsten steht und deren Entscheidung am ehesten von Liebe und Fürsorge für ihr Kind getragen sein könnte.

Doch sind die Eltern – gerade weil sie so elementar betroffen sind – auch diejenigen, deren persönliche Freiheit durch die Existenz eines behinderten Kindes die größte Einschränkung erfährt. Ängste und Verunsicherung, welche Bedeutung eine solche Entscheidung für den eigenen Lebensentwurf und die eigenen Interessen haben mag, können hier die Entscheidung über das Leben des Kindes beeinflussen.

Des Weiteren kollidiert die reine Elternentscheidung mit dem Arzt-Patientenverhältnis, denn der Arzt behandelt primär das Kind und nicht die Eltern. Er ist somit verpflichtet, alles in seiner Macht stehende für das Wohlergehen seines Patienten, dem Kinde, zu tun. So gehört es auch zu seiner ärztlichen Aufgabe, das Kind vor eventuellen egoistischen Beweggründen seiner Eltern oder anderer Angehöriger zu schützen. Auch wenn die Eltern die Sorgeberechtigten für ihr Kind sind, so ist der Arzt, unter Umständen auch gegen den Willen der Eltern, verpflichtet, dem Kind eine optimale Behandlung zukommen zu lassen.

Wohl könnte eine Lösung im Dialog der verschiedenen Beteiligten liegen. Meines Ermessens besteht in der verteilten Entscheidungskompetenz zwischen Arzt und Eltern – die Eltern sind die Sorgeberechtigten, der Arzt verfügt über die fachliche Kompetenz – im Prinzip ein Vorteil, denn diese Lage zwingt die Betroffenen zum Austausch und zur Auseinandersetzung mit verschiedenen Standpunkten.

Dieser Anspruch an ärztliche Fachkompetenz muss jedoch durch eine angemessene Thematisierung und Aufarbeitung ethischer Problemfälle an den jeweiligen Kliniken ergänzt werden. Eine solche Auseinandersetzung – egal welche Entscheidung letztendlich getroffen wird – würde sicherlich immer zu einem fundierteren Ergebnis führen, als die alleinige Entscheidung nur einer Partei. Genau dieser Dialog hat in

der NS-Kindereuthanasie nicht stattgefunden und wäre doch von so enormer Bedeutung gewesen.

Bezüglich Behandlungsentscheidungen erscheint die Notwendigkeit eines Dialogs relativ klar, offen bleibt allerdings trotzdem die grundsätzliche Frage, ob überhaupt über die Tötung eines Kindes entschieden werden darf.

6.3 Töten als ärztliche Handlung

Soll Töten zum ärztlichen Handeln gehören? Schon durch den Hippokratischen Eid, dem sich Mediziner seit Generationen verpflichtet haben, ist jeder Arzt angehalten, alles für den Erhalt des Lebens seiner Patienten zu tun:

„§3 Meine Verordnungen werde ich zum Nutzen der Patienten treffen, nach meinem Vermögen und Urteil; Schädigungen und Unrecht aber werde ich von ihnen abwehren.
§4 Ich werde keinesfalls jemandem auf Verlangen hin ein tödliches Mittel geben, auch nicht einen entsprechenden Rat erteilen [...].“⁴⁶⁵

Andererseits gehört es natürlich auch zur ärztlichen Aufgabe, Leid und Schmerz nach allen Mitteln der Kunst zu lindern.

Dies ist im Falle von schwersten und unheilbaren Behinderungen ein auswegloses Dilemma. Die schmerzlose Tötung durch den Arzt erscheint als eine – auf den ersten Blick „elegante“ – Lösung aus dieser Zwangslage.

Doch die Auswirkungen, die eine solche Kompetenzerweiterung der Ärzte mit sich brächte, sind höchst problematisch. Das Vertrauen des Patienten zum Arzt oder in unserem Falle das Vertrauen der Eltern zum Arzt, als Basis jeder Behandlung, wäre aufs Empfindlichste gestört, wenn Töten in der Macht der Ärzte stünde.

Töten als Instrumentarium ärztlichen Handelns würde einen Paradigmenwechsel im Selbstverständnis der ärztlichen Rolle bedeuten, die sich seit jeher als Erhalter des Lebens definierte.

Befürworter der Freigabe der Sterbehilfe könnten entgegnen, dass der Arzt doch niemals aus eigenem Ermessen den Tod herbeiführen würde, sondern dass dies nur in Absprache mit den Eltern, sowie im „wohlverstandenen Eigeninteresse“ des Kindes geschehen könne. Das Beispiel der NS-Kindereuthanasie zeigt uns

⁴⁶⁵ Vgl. Wilmanns, Juliane C. (2000): Ethische Normen im Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Grundlage des Hippokratischen Eides, S. 203ff.

jedoch eindeutig, dass Ärzte unter bestimmten Umständen sehr wohl bereit sind aus eigener Verantwortlichkeit und unter Umgehung der Eltern zu töten.

Als Legitimation diente den NS-Ärzten das gesellschaftliche Prädikat des „lebensunwerten Lebens“ nach Binding und Hoche, wobei der Lebenswert nicht primär aus der subjektiven Sicht der Betroffenen bestimmt wurde, sondern das Leben musste seinen Wert für die Angehörigen und die Gesellschaft verloren haben⁴⁶⁶. Als weitere Begründung spielten für die Entwicklung der Tötung auf Verlangung hin zur Freigabe der Kindereuthanasie die Ergebnisse aus Meltzers Studie aus den 1920er Jahren eine Rolle, die verdeutlichte, dass es ohnehin der Wunsch der Mehrheit der Eltern sei, ihre behinderten Kinder von ihrem Schicksal zu „erlösen“⁴⁶⁷. In der Praxis der Kindeuthanasie wurden die Tötungen dann mit dem mutmaßlichen Willen der Kinder und ihrer Eltern gerechtfertigt und aber eben gerade nicht nach ihrem expliziten Einverständnis durchgeführt.

Entscheidend ist hierbei, dass es trotz dieser Rechtfertigungsgrundlage, auf die sich die NS-Ärzte bei der Tötung behinderter Kinder berufen konnten, zu keiner Zeit eine Pflicht zur Tötung gegeben hatte. Die Auswahl der Kinder und die letztendliche Durchführung lag trotzdem zu jeder Zeit in der Verantwortung und im Ermessen der jeweiligen Ärzte.

Insofern muss man aus geschichtlicher Sicht von jeglicher Form der aktiven Tötung durch Ärzte Abstand nehmen.

Zu berücksichtigen gilt es auch, dass selbst die Tötung im „wohlverstandenen Eigeninteresse“ des Kindes, wie sie heute von beispielsweise von Singer gefordert wird, immer ein Urteil über den Wert seines Lebens – ein Lebensunwert-Urteil also – voraussetzt.

Diese Überzeugung spiegelt sich auch in der Tendenz der deutschen Rechtsprechung wider, Tötungen, wie sie im medizinischen Bereich immer wieder vorkommen, hart zu bestrafen; obwohl die Täter, sei es Pflegepersonal oder Ärzte, zum Teil Mitleid als Tatmotiv angegeben hatten. Ein Krankenpfleger aus Sonthofen wurde 2006 wegen Mord an 29 Patienten zu lebenslanger Haft verurteilt, Mitleid

⁴⁶⁶ Vgl. Hohes Begriff der „Ballastexistenzen“, S. 26 dieser Arbeit. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S.57ff.

⁴⁶⁷ Vgl. Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens.

wurde als Tatmotiv vom Täter wiederholt geäußert⁴⁶⁸. Im Jahr 2007 wurde die Krankenschwester Irene B. an der Berliner Charité wegen Mord an fünf Patienten ebenfalls zu lebenslanger Haft verurteilt⁴⁶⁹.

Meines Ermessens ist im Falle der aktiven Sterbehilfe die Berufung der Ärzte auf den Erhalt und den Schutz menschlichen Lebens, wie es im Hippokratischen Eid festgelegt ist, genau angemessen und enorm wichtig.

Im Falle von ethischen Konfliktsituationen gibt es eine starke Tendenz der Gesellschaft, die Entscheidung auf die Ärzte abzuschieben und umgekehrt eine Tendenz der Ärzte, sich derartige Entscheidungen aufzubürden. Leicht kommt es zu einer Überhöhung des Fachmannes, vergessen wird dabei jedoch, dass Schicksalsschläge wie die Geburt eines schwerbehinderten Kindes weit mehr als nur ein medizinisches – allem voran nämlich ein psychosoziales – Problem sind. Ärzte sind allerdings in erster Linie Mediziner – und von daher primär für die Behandlung und Heilung von Krankheiten zuständig – und sie müssen sich auch auf ihre Rolle als Mediziner beschränken. Das soll nicht bedeuten, dass ethische Kompetenz und Menschlichkeit nicht zu den Fähigkeiten eines guten Arztes gehören sollen, aber es gibt Grenzen. Ärzte können nicht ungelöste gesellschaftliche Probleme auf ihre Schultern nehmen und sich zum Fachmann über Leben und Tod aufschwingen – das genau war im Nationalsozialismus der Fall. Sie müssen diese Verantwortung an die Gesellschaft, in unserem Falle insbesondere die Eltern, zurückgeben.

Sicherlich bewegt sich ärztliches Handeln in solchen Grenzfällen auf einem schmalen Grat zwischen einer Haltung von Empathie und haltender Fürsorge auf der einen und der eindeutigen Rückgabe der Verantwortung an die Eltern auf der anderen Seite.

Einige Ärzte sagen wohl zu Recht: „Wer sich von seinem Arzt den Tod wünscht, der ist zuvor von eben diesem Arzt zu sehr allein gelassen worden.“⁴⁷⁰ Dies nimmt Bezug darauf, dass der Wunsch nach lebensverkürzender Sterbehilfe meist nur dann aufkommt, wenn Menschen, und insbesondere auch der Arzt, in der Zeit davor die mitmenschliche Begleitung vernachlässigt haben. Wer das Sterben nicht als einen

⁴⁶⁸ Anonymus (2005): Mord aus Mitleid. Sowie Anonymus (2006): Lebenslang für „Todespfleger von Sonthofen“.

⁴⁶⁹ Vgl. Anonymus (2006): Krankenschwester tötete aus Mitleid, sowie Rebien, Kerstin (2007): Urteil im Prozess gegen Krankenschwester.

⁴⁷⁰ Vgl. Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, S. 118.

Teil des Lebens begriffen hat, kann – so scheint es – nur noch zur „Nothilfe“ Sterbehilfe greifen.

Im Falle der Sterbehilfe bei Neugeborenen bedeutet dies für den Arzt, nicht nur das Kind, sondern auch insbesondere die Eltern zu begleiten und in der Annahme und Betreuung ihres Kindes zu unterstützen. Auch und gerade dann, wenn eine Leidminderung oder heilende Behandlung nicht möglich ist.

Nicht heilen zu können, erzeugt bei Ärzten schnell ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Diese Hilflosigkeit kratzt am ärztlichen Selbstverständnis und am weit verbreiteten Allmachtsanspruch der Ärzte und kann so weit gehen, dass schweres Leid oder die Behinderung eines Patienten als Kränkung empfunden wird.

Dass Leiden – ohne es glorifizieren zu wollen – zur Wahrheit des Menschen gehört, dass er durch Leiden und leidend geboren wird und dass er nur durch Leiden zu seinen entscheidenden Entwicklungs- und Reifungsschritten kommt, muss erst wieder in das Selbstbild des modernen Menschen und auch des modernen Arztes integriert werden.

„Das Leid ist ja eigentlich in jedem Dasein und man verdrängt es nicht ohne die Gefahr der lustlosen Oberflächlichkeit. Darum ist nicht Sterbehilfe angesagt, sondern Hilfe zum Leben – gerade auch mit allem Schweren. Sterbehilfe ist einfach und das Gegenteil von Humanität. Sie ist nicht Erlösung des anderen, sondern sie ist Erlösung vom anderen, der mich in seiner von mir geschiedenen Lebensform beunruhigt.“⁴⁷¹

Ein praktischer Schritt in diese Richtung ist die Hospiz-Bewegung, die sich in allen Industriegesellschaften im Aufbau befindet. Hospize dürften in Zukunft entscheidend dazu beitragen, dass Menschen auch das angeblich Unerträgliches tragen lernen und das Sterben als einen wesentlichen Teil ihres Lebens empfinden können, weil sie in diesen existentiellen Zeitspannen ihres Lebens nicht mehr alleine gelassen, sondern begleitet werden⁴⁷². „Der Tod ist ein Teil des Lebens“ ist ein Leitsatz der Hospiz-Bewegung⁴⁷³.

Auch gibt es für unheilbar kranke und schwer behinderte Kinder erste Kinderhospize. In der Kinderhospiz-Bewegung steht die Entlastung der Familien, die durch die

⁴⁷¹ Zitiert aus einem Brief des behinderten Fredi Saal an Klaus Dörner, April 1988. Vgl. Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, S. 137.

⁴⁷² Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, S. 121f.

⁴⁷³ Vgl. bspw. Oduncu, Fuat S. (2007): In Würde sterben.

Pflege und Sorge um das kranke Kind, oft enorm beansprucht sind, im Vordergrund. Kindern wird es so ermöglicht, im engsten Kreis der Familie zu bleiben, Eltern werden durch ambulante Hospizdienste, aber auch durch stationäre Aufenthalte des Kindes, entlastet. Kinderhospize sind ein Ort der Begegnung mit anderen betroffenen Familien, was sehr tröstlich und hilfreich sein kann. Neben einer professionellen, medizinischen Versorgung, besonders einer guten Schmerztherapie, werden die Kinder und ihre Familien von emotionaler Seite beim Abschiednehmen begleitet und unterstützt⁴⁷⁴.

6.4 Die Ambivalenz der Eltern

Sehr bezeichnend für die Haltung von Eltern, die mit einem behinderten Kind konfrontiert werden, ist ein hohes Maß an Ambivalenz – ein Nebeneinander von gegensätzlichen Gefühlen, Gedanken und Wünschen gegenüber diesem Kind.

Eine gewisse Zwiespältigkeit in einer Situation, die für Eltern sicherlich immer einen enorm schweren Schicksalsschlag bedeutet, ist nur allzu verständlich und menschlich und es soll hier gewiss nicht darum gehen, Eltern dafür zu verurteilen. Nichts ist nachvollziehbarer als der Wunsch nach einem gesunden Kind, als die Sehnsucht nach Glück und Gesundheit für das eigene Leben.

Die Geburt eines behinderten Kindes stellt diesbezüglich eine Erschütterung größten Ausmaßes dar. Auch wenn diese Gefühle irrational sein mögen, wird ein behindertes Kind von seinen Eltern oft als Strafe oder eigenes Versagen erlebt. Womit haben wir das verdient? Was haben wir falsch gemacht?

Einerseits gibt es zwar wohl keine tiefere Liebe als die Liebe zum eigenen Kind, andererseits ruft eine schwere Behinderung immer auch Angst, Unsicherheit, vielleicht sogar Abscheu und Hass hervor – natürlich auch bei den Eltern; ein inneres Spannungsfeld, in dem sich die Eltern behinderter Kinder bewegen.

Hinzu kommt die enorme Belastung, die ein behindertes Kind für die Partnerschaft darstellt. Auch Geschwister leiden unter der großen Aufmerksamkeit, die ein solches Kind braucht. Und schließlich spielt nicht zuletzt die zeitliche und finanzielle Belastung eine Rolle.

⁴⁷⁴ Kinderhospize und ambulante Kinderhospizdienste: www.deutscher-kinderhospizverein.de, Ambulantes Kinderhospiz München: <http://www.kinderhospiz-muenchen.net/>, Kinderhospiz St. Nikolaus im Allgäu: <http://www.kinderhospiz-allgaeu.de/de/index.php>.

Von außen werden Eltern unter Umständen mit Reaktionen konfrontiert, die den Umgang mit ihrem Kind nicht immer erleichtern. Vorwurfsvolle Haltungen wie „Wie konnte denn so etwas passieren? Habt ihr davon denn nichts gewusst?“ erschüttern auch Eltern, die sich vielleicht ganz bewusst für ein Kind mit Behinderung entschieden haben.

Auch bei Eltern, die zur Zeit des Nationalsozialismus ein behindertes Kind hatten, kann man diese zwiespältige Haltung nachvollziehen. Besonders spürbar wurde diese Ambivalenz in den bereits erwähnten Briefen von Eltern an die behandelnden Ärzte ihrer Kinder. Vor allem in einer Gesellschaft wie der des Nationalsozialismus, in der der gesunde Volkskörper als besonderes Vorbild galt, rief die Geburt eines behinderten Kindes besondere Scham hervor. Hinzu kam die fehlende finanzielle Unterstützung und die soziale Ausgrenzung, die die Erziehung eines behinderten Kindes zusätzlich erschwerte, ja für viele Eltern nahezu unmöglich machte.

Mit dieser elterlichen Ambivalenz wurde in der NS-Kindereuthanasie, wie bereits erwähnt, Missbrauch betrieben. Den Eltern wurde ein Vorschlag unterbreitet, der suggerierte, dass diese Behandlungsmaßnahme oder dieser Klinikaufenthalt sicherlich das Beste für das Wohlergehen ihres Kindes wäre. Einem solchen Vorschlag von ärztlicher Seite würden heute vermutlich auch viele Eltern nichts entgegensetzen, auch wenn ihnen die Trennung von ihrem Kind schwer fiel.

Vom Tod des Kindes wurden die Eltern dann mit Worten unterrichtet, die gezielt die „Erlösung“ des Kindes und die Erleichterung, die dies für das eigene Leben der Eltern bedeute, in den Vordergrund stellten. Hier wurde also sowohl dem Wunsch der Eltern nach dem kindlichen Wohlergehen als auch ihrer eigenen Belastung durch die Behinderung ihres Kindes Rechnung getragen.

Man stelle sich nun vor, es gäbe eine gesetzliche Regelung, die erlaubt, schwerbehinderte Neugeborene zu töten. Dass hierdurch ein gesellschaftlicher Druck auf Eltern ausgeübt würde, ist leicht denkbar, denn Behinderung würde zu einem behebbaren Übel. Behebt man dieses Übel nicht, bräuchte man zumindest eine gute Rechtfertigung.

Alleine die Möglichkeit der Entscheidung würde die Ambivalenz der Eltern in eine bestimmte Richtung lenken. Dies sieht man bereits bei Ewald Meltzer, der die

Reaktion eines Elternpaares beschreibt, die den Wunsch nach Erlösung ihres Kindes äußern, sobald ihnen der Vorschlag dazu unterbreitet wird⁴⁷⁵.

Eine echte Entscheidungsfreiheit ist illusorisch und in der Praxis nicht gegeben, denn jede Entscheidungsmöglichkeit ist gleichzeitig auch eine Entscheidungslast, unter Umständen sogar ein Entscheidungszwang.

Der auffallend seltene Wunsch der Eltern an einer Entscheidung über das Schicksal ihres Kindes beteiligt zu werden, ist auch ein Ausdruck ihrer Ambivalenz. Ewald Meltzer beschrieb dieses Phänomen bereits in den 1920er-Jahren⁴⁷⁶.

Es zeigt sich die enorme Schwierigkeit, die Eltern mit der Entscheidung über die Tötung ihres Kindes haben. Und man sollte ihnen meines Ermessens diese Entscheidung durch eine Legalisierung der Früheuthanasie auch nicht zumuten. Betroffene Eltern brauchen nicht auch noch die zusätzliche Last einer derart unzumutbaren Entscheidung, sondern vielmehr die Unterstützung, mit ihrem Schicksal zu leben und umzugehen.

6.5 Die grundsätzliche Entscheidung über Lebenswert

Hier soll der Frage nachgegangen werden, ob eine Entscheidung über den Wert eines anderen Lebens überhaupt grundsätzlich möglich und zulässig ist.

Die Problematik des Lebenswert-Urteils ist für die heutige Debatte um Sterbehilfe bei schwerstgeschädigten Neugeborenen von enormer Bedeutung, ist sie doch die Kernfrage, die der Diskussion um die Zulässigkeit von Sterbehilfe zu Grunde liegt. Denn ist es eindeutig, dass ein Leben lebenswert ist, liegt der Gedanke, dieses Leben zu beenden, fern.

Diskutiert man die Beurteilbarkeit von Lebenswert, so stellt sich zunächst die Frage, woran sich der Wert eines Menschenlebens festmachen lässt.

⁴⁷⁵ Vgl. Kap. 4.4 dieser Arbeit, Die Haltung der Angehörigen, Zitat S. 80f. Vgl. Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 93.

⁴⁷⁶ Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe?, S. 111. Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 90.

Ist ein Menschenleben nur wertvoll, wenn es nützlich ist?

In den Reaktionen nichtbehinderter Menschen auf schwerbehinderte Kinder findet man häufig Formulierungen, wie „Was bringt einem Kind denn ein solches Leben?“ oder „In so einem Zustand hat man doch nichts vom Leben“.

Hierbei ist zu fragen; wie ein Leben denn sein soll, damit es „etwas bringt“, damit es „lebenswert“ ist, damit man etwas von diesem Leben „hat“. Welche Frage in Worten wie diesen immer mitschwingt, ist diejenige nach dem Nutzen eines menschlichen Lebens, wie sie in jeder Lebenswertentscheidung früher oder später gestellt wird.

Implizit wird davon ausgegangen, dass der Wert eines Menschenleben dadurch beeinflusst wird, ob dieses Leben für das Kind selbst aber auch für die Eltern und für die Gesellschaft von Nutzen ist.

Aus anthropologischer Sicht stellt sich somit die Frage nach der Bestimmung des Menschen auf dieser Welt: Ist ein Mensch auf der Welt, um nützlich zu sein? Und wenn ja, ist sein Leben, wenn es nicht nützlich ist, ganz und gar wertlos? Oder hat ein menschliches Leben einen Eigenwert, gibt es ein würdiges Leben, jenseits von Nützlichkeit, jenseits von Erfolg und Produktivität?

Auch Singer fragt nach der Nützlichkeit eines Menschenlebens. Er bewertet den Nutzen eines Lebens primär aus der „Binnenperspektive“ des betroffenen Menschen selbst. Zusätzlich berücksichtigt Singer aber auch gesellschaftliche Belange und die Interessen der Eltern, deren Leben durch das Leben ihres Kindes maßgeblich beeinflusst wird. Pointiert formuliert behauptet Singer: Wertvoll ist ein Leben, wenn es für seinen „Inhaber“ und seine Umwelt möglichst viel Gutes bringt oder von Nutzen ist. Indem Singer die Umwelt des Betroffenen in die Summe der Entstehung von Glück mit einbezieht, verleiht er der Lebenswertbestimmung ebenfalls eine gesellschaftliche Komponente⁴⁷⁷.

In der NS-Diktatur, aber auch bereits im sozialdarwinistischen Denken, wurde der Wert eines Menschenlebens rein nach seiner Brauchbarkeit für die Gesellschaft definiert, im Sinne: Wertvoll ist ein Leben, wenn es produktiv, erfolgreich und der Gesellschaft von Nutzen ist.

⁴⁷⁷ Kuhse, Helga; Singer, Peter (1985): Muß dieses Kind am Leben bleiben?, S. 94. Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 232-244.

Im Nationalsozialismus war der Wert eines Menschenlebens also von bestimmten Bedingungen abhängig. Das Menschenbild der Psychiatrie war geprägt von der Formbarkeit des Menschen durch den Menschen. Der historisch vorgefundene Mensch war im Prinzip unvollkommen, da er für Erbkrankheiten und schädigende Umwelteinflüsse anfällig war. Die oberste Aufgabe der Wissenschaften lag darin, die Natur des Menschen zu perfektionieren, hin zu einer höheren Leistungs- und Gemeinschaftsfähigkeit⁴⁷⁸.

Das gesunde, unversehrte Leben wurde im Nationalsozialismus allerdings hauptsächlich im Bezug auf die Gesellschaft idealisiert und bewertet. Dies wurde schon in der NS-Propaganda deutlich, in der – wie bereits beschrieben – die gutbürgerliche deutsche Familie zum zahlreichen Nachwuchs angespornt wurde, um eine „Überwucherung“ der Gesellschaft durch die übermäßige Fortpflanzung „Asozialer“, Krimineller, psychisch kranker und behinderter Menschen zu vermeiden. Diese Menschen wurden als minderwertiger Ballast für die Gesellschaft bewertet und ihre Ausmerzung angestrebt. Das Lebensrecht bestimmter Menschen, die nicht in diese Gesellschaft passen, in Frage zu stellen, geht mit einer Herabwürdigung dieser Menschen einher⁴⁷⁹.

Am Beispiel der Kindereuthanasie kann man die grausamen Konsequenzen, die die zu Beginn scheinbar harmlose Differenzierung von lebenswertem und lebensunwertem Leben verursachte, in voller Ausprägung sehen. Kinder, die aufgrund einer Behinderung oder auch nur aufgrund verminderter Intelligenz als lebensunwert und damit als unnützlich für die Gesellschaft beurteilt wurden, wurden von ihren Eltern getrennt und getötet. Die Tötung wurde im Rahmen der Ideologie einer biologischen Sanierung der Gesellschaft verharmlost und verschleiert, um sie in der Bevölkerung akzeptabel erscheinen zu lassen.

Am Beispiel der Geschichte sieht man somit, dass sich Lebenswertbestimmung nicht trennen lässt von gesellschaftlicher Wertbestimmung. Nimmt man dies ernst, muss man letztendlich von jeglicher Fremdbestimmung über den Wert oder Unwert menschlichen Lebens Abstand nehmen.

⁴⁷⁸ Vgl. Roelcke, Volker et al. (2000): Psychiatrische Forschung, S. 207.

⁴⁷⁹ Vgl. Memorandum gegen die neue Lebens(un)wert-Diskussion, in: Des Lebens Wert, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, S. 150.

Daraus würde folgen, dass Fragen der medizinischen Behandlung bzw. Nichtbehandlung bis hin zur Tötung sich nicht an die Tatsache einer Behinderung knüpfen dürften.

Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe im Bezug auf die Lebenswert-Entscheidung

Sterbehilfe impliziert – häufig unbewusst – immer eine Beurteilung über den Wert eines menschlichen Lebens und ist daher zu verurteilen, argumentieren ihre Gegner. Die Gültigkeit dieser Feststellung soll hier für die verschiedenen Formen der Sterbehilfe untersucht werden.

Singer, Hoerster und Merkel sind sich einig, dass sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe ein Lebensunwert-Urteil in sich tragen. Sie plädieren für die aktive Sterbehilfe, da diese mit geeigneten Mitteln den Tod schnell und schmerzlos herbeiführe, wohingegen bei der Tötung durch Unterlassen oft ein längerer Zeitraum voller Leid und Schmerzen bis zum Eintritt des Todes verstreiche. Deshalb sei die aktive Sterbehilfe der einzig humane und moralisch angemessene Weg⁴⁸⁰. Außerdem verschleierte die passive Sterbehilfe lediglich die Tötungsabsicht, eine Entscheidung für die aktive Sterbehilfe bedeute in dieser Hinsicht einen ehrlicheren Umgang mit der Thematik.

Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch oder ein Sterbenlassen, die allein aufgrund einer Behinderung getroffen werden, bedeuten meines Ermessens tatsächlich im gleichen Maße ein Urteil über den Lebenswert wie die aktive Tötung aufgrund einer Behinderung dies impliziert. Die Schlussfolgerung jedoch, die aktive Sterbehilfe deshalb als ehrlichere und humanere Form der Sterbehilfe zu befürworten, halte ich für nicht zulässig.

Wenn nun beiden Formen der Sterbehilfe ein Lebensunwert-Urteil zugrunde liegt, müsste man somit jegliche Form der Sterbehilfe aufgrund einer Behinderung ablehnen.

Meiner Meinung nach eindeutig ist, dass Entscheidungen über den Behandlungsabbruch bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, die allein aufgrund

⁴⁸⁰ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 270.

der Behinderung gefällt werden, als Lebensunwert-Urteil betrachtet werden müssen und somit ethisch nicht zulässig sind.

Wenn aber nicht die Behinderung selbst, so stellt sich die Frage, was dann als Entscheidungskriterium für die passive Sterbehilfe dienen kann.

Wird eine Entscheidung für einen Behandlungsabbruch oder für das Nichtdurchführen einer Behandlung aufgrund einer Aussichtslosigkeit auf Besserung getroffen, bedeutet dies zumindest kein Werturteil über behindertes Leben. Eine solche Entscheidung wäre beispielsweise vergleichbar mit der moralisch relativ klaren Entscheidung, ein metastasiertes Tumorleiden nicht zu operieren.

Entscheidet man rein nach der Aussicht auf Besserung, spielt die Behinderung dabei keine Rolle. Das bedeutet, dass ein behindertes Kind mit einer Chance auf Besserung seines Zustandes mit der gleichen Selbstverständlichkeit behandelt werden würde, wie ein Kind ohne Behinderung.

Der in der Literatur viel zitierte Fall des Baby Doe, das aufgrund seines Down-Syndroms einer lebensnotwendigen Operation an der Speiseröhre nicht unterzogen wurde und wenige Tage darauf starb, wäre unter dieser Prämisse moralisch zu verurteilen⁴⁸¹.

Insofern kann bei der Tötung durch Unterlassen im Unterschied zur aktiven Tötung nur über das Schicksal von Kindern entschieden werden, die schwer krank sind. Bei der passiven Sterbehilfe besteht hier eine Art natürliche Grenze bezüglich des Personenkreises. Eine Ausweitung auf andere, zum Beispiel gesunde, aber unerwünschte Kinder, ist hier nicht möglich⁴⁸².

Für die Akzeptanz der passiven Sterbehilfe spricht außerdem, dass hier einem sich ohnehin im Gang befindlichen Prozess lediglich sein natürlicher Lauf gelassen wird. Der Tod geschieht und man lässt ihn geschehen. Die Frage, ob dieser Tod ethisch richtig ist oder nicht, wird dabei nicht berührt. Die aktive Sterbehilfe hingegen führt den Tod eines Menschen herbei, der natürlicherweise weiterleben würde und bedarf daher einer ethischen Rechtfertigung.

Nicht zu vergessen sind auch die Möglichkeiten der modernen Palliativmedizin, durch die im Rahmen der passiven Sterbehilfe Schmerzen und seelische Not oft auf

⁴⁸¹ Vgl. Kuhse, Helga; Singer, Peter (1985): Muß dieses Kind am Leben bleiben?, S. 39-46.

⁴⁸² Vgl. hierzu Kapitel 6.7. dieser Arbeit, Das Slippery-Slope-Argument, S. 178ff.

hervorragende Weise gelindert werden können und kranken Menschen in vielen Fällen ein friedliches Sterben ermöglicht wird.

Generell ist der Verzicht auf eine ärztliche Tötung zugunsten einer Entscheidung für das Sterbenlassen wohl als eine prinzipielle Entscheidung für das Leben beziehungsweise als Ausdruck einer Achtung vor dem Leben zu verstehen⁴⁸³.

Das Problem der Außenansicht – Empfinden Behinderte ihr Leben als wertlos?

Das grundsätzlichste Problem bei der Bestimmung des Lebenswerts eines anderen Menschen ist die Tatsache, dass jede Abwägung durch Dritte immer nur eine Außenansicht darstellt. Es ist nie möglich, sich wirklich in den anderen, das behinderte Kind und dessen Empfinden über sein eigenes Leben, hineinzusetzen. Wir können uns vorstellen, wie es sich anfühlen mag und mutmaßen, wie wir uns selbst in einer vergleichbaren Lage fühlen würden. Aber auch das suggeriert uns nur eine falsche Sicherheit. Wir können niemals wissen, ob wir uns in solch einer Lage immer noch mit dem gleichen Bewusstsein beurteilen würden wie aus unserer heutigen Sicht.

Wenn wir allerdings um die Lebensqualität eines schwerbehinderten Kindes wirklich nicht wissen können, ist die Lebensqualität weder ein Grund zu behandeln, noch ein Grund, nicht zu behandeln, argumentiert Helga Kuhse als Befürworterin der aktiven Sterbehilfe. Folglich müssten für die Entscheidung andere Faktoren wie die Folgen für die Familie oder der möglichst effektive Gebrauch medizinischer Ressourcen ausschlaggebend sein⁴⁸⁴, postuliert Kuhse.

Meines Erachtens ist dieses Argument unschlüssig. Das Nicht-Wissen über die Lebensqualität eines Kindes rechtfertigt in keinerlei Hinsicht die Erlaubnis zu seiner Tötung, schon gar nicht im Hinblick auf einen gesellschaftlichen Nutzen. Immerhin bedeutet dies, ein Kind, das mit einer Wahrscheinlichkeit von fünfzig Prozent durchaus Lebensqualität hat, aus anderen, sicherlich weniger gewichtigen Gründen, zu töten.

⁴⁸³ Vgl. Ginters, Rudolf (1982): Werte und Normen, S. 64f. Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus (1997): Euthanasie, S. 223-276.

⁴⁸⁴ Kuhse, Helga; Singer, Peter (1985): Muß dieses Kind am Leben bleiben?, S. 94.

Fredi Saal, ein philosophischer Denker der deutschsprachigen Gegenwart, verbrachte elf Jahre seiner Kindheit und Jugend in einer Anstalt für geistig Behinderte, da man ihn wegen einer Körper- und Sprachbehinderung für geistig behindert hielt. Saal geht so weit, dass er jedem Nicht-Behinderten das Recht abspricht, ihm als Behinderten eine Unerträglichkeit des Lebens zuzusprechen. Er verbietet sich jedes Mitleid mit ihm als Behinderter, unter anderem mit dem Argument, dass man Mitleid nur mit Wesen haben kann, die man für unter sich stehend hält⁴⁸⁵.

Nehmen wir das Beispiel eines Down-Syndrom-Kindes. Solche Kinder sind in der Regel sehr lebensfrohe Zeitgenossen, die ihrem Dasein durchaus viel Gutes und Schönes abgewinnen können, obwohl die meisten von ihnen sich ihrer Einschränkung ab einem gewissen Alter durchaus bewusst sind.

Doch sie kennen es nicht, nicht behindert zu sein und die meisten von ihnen sind so nicht über die Maßen unzufrieden. Würde hingegen ein gesunder Mensch von einem Tag auf den anderen die gleiche Einschränkung erfahren wie ein solches Kind, würde das für diesen Menschen, obwohl er, objektiv betrachtet, das gleiche Maß an Behinderung erfährt, wohl einen ungleich härteren Schlag bedeuten.

Für schwerstbehinderte Neugeborene gilt dies in umso größerem Maße, denn sie haben noch kein, oder zumindest ein eingeschränktes Bewusstsein von sich selbst. Sie haben auch nicht die gleichen Möglichkeiten, sich zu äußern wie dies beispielsweise ein Down-Syndrom-Kind kann.

Wie kann man in diesem Falle beurteilen, ob dieses Kind leidet, solange es kein von Schmerzen verzerrtes Gesicht hat oder sein Unwohlsein durch Weinen äußert? Jede Beurteilung ist hier ein von außen auferlegtes Weltbild, das dem Innenleben des betroffenen Neugeborenen niemals gerecht werden kann, denn über die Subjektivität von Lebenswert lässt sich nicht urteilen.

Singer meint, wenn ein Kind sich nicht seiner selbst bewusst ist, dann leidet es auch nicht unter seiner Tötung, denn es hat keinerlei Vorstellung, was es in der Zukunft erwartet hätte. Doch leidet es dann wohl auch nicht unter seiner Nichttötung. Wie

⁴⁸⁵ Vgl. Saal, Fredi (1992): Warum sollte ich jemand anderes sein wollen? – Erfahrungen eines Behinderten, in: Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, S. 128.

kann man ein Leben für beendenswert erklären, ohne eine vollständige Sicherheit darüber zu haben, dass dies im Sinne des Kindes ist?

Gerechtfertigt wird solches Tun als Handeln im so genannten „wohlverstandenen Eigeninteresse“ des Kindes. Genau betrachtet ist dieser Begriff jedoch lediglich ein behelfsmäßiges Konstrukt und lässt uns glauben, wir wüssten über den Willen des Kindes Bescheid.

Stellen wir uns vor, wir könnten nicht selbst atmen und uns überhaupt nicht mehr bewegen, unser Leben sei von „Apparaten“ abhängig.

90% der Normalbevölkerung würde bei einer Meinungsumfrage zu dieser Situation spontan äußern, *dann will ich nicht mehr leben*. In der Mehrheit aller Patientenverfügungen finden sich vergleichbare Formulierungen.

Gero Goob-Hähndel beschreibt in seiner Arbeit „Hilfe und Solidarität mit Behinderten und psychisch Kranken in Baden während der Zeit der sog. Euthanasie (1939-1945)“ ein Projekt mit verblüffendem Ergebnis. Der Tübinger Professor Niels Birbaumer beschäftigt sich mit Patienten, die an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) leiden, eine unheilbare neuromuskuläre Erkrankung, die zu fortschreitenden Lähmungen der gesamten Skelettmuskulatur und am Ende zum Tod durch Ersticken führt. Im fortgeschrittenen Stadium können die Patienten weder sprechen, noch schlucken, keinen Finger bewegen, keine Fliege verscheuchen. Dabei sehen und hören die Betroffenen aber wie früher, spüren jede Bewegung und sind bei klarem Verstand. Birbaumer entwickelte im Rahmen seines Forschungsprogramms ein Computerprogramm mit dessen Hilfe solche Patienten durch Aufzeichnung ihrer Gehirnströme kommunizieren können. Dabei machte er eine überraschende Entdeckung:

„Was uns verblüfft hat, ist, dass bei Personen, die beatmet werden, völlig gelähmt sind und künstlich ernährt werden, bei denen unterscheidet sich der psychische Zustand, wenn die Pflege und Versorgung in Ordnung ist, überhaupt nicht von dem von normalen, gesunden Menschen. Sie sind sogar psychisch in einem besseren Zustand. Man würde ja erwarten, die sind depressiv, niedergeschlagen, total verzweifelt – das ist alles nicht der Fall...

Die psychische Katastrophe, die von behandelten Ärzten und Angehörigen oft behauptet wird, tritt nicht ein.“⁴⁸⁶

⁴⁸⁶ Zitiert nach Goob-Hähndel, Gero (2006): Hilfe und Solidarität mit Behinderten und psychisch Kranken in Baden, S. 142. Vgl. auch Foerstl, Hans (2008): Lebenswille statt Euthanasie.

Dies deckt sich mit Beobachtungen bei anderen Pflegebedürftigen und Bewohnern von Altenheimen, wie dementen Patienten. Nicht die Pflegebedürftigkeit an sich wird als Katastrophe erlebt, sondern Schmerzen, unpersönliche Pflege, Allein-Sein und Sich-Verlassen-Fühlen⁴⁸⁷.

Dies gilt sicher für Neugeborene in ganz besonderem Maße. Ein Mensch wird als komplett schutzloses und abhängiges Wesen geboren, ist angewiesen auf Wärme, Zuneigung und Liebe seines Umfelds. Gelingt es, ein Kind auch mit einer schweren Behinderung in diesem Sinne zu versorgen, ihm gegebenenfalls eine gute Schmerztherapie zukommen zu lassen und es ganz nach seinen Bedürfnissen zu pflegen, zu lieben und anzunehmen, dann wäre es vorstellbar, dass ein solches Kind sich trotz seiner Behinderung wohl fühlt.

Selbst wenn die Tatsache stimmen würde, dass das Neugeborene noch kein Bewusstsein über seine Existenz hat, also im Singerschen Sinne noch keine Person ist, wäre das meines Ermessens kein Grund, sein Leben beenden zu dürfen, sondern vielmehr eine Ermutigung, ihm in seinem Schicksal beizustehen. Denn ein Neugeborenes, das sich über sein Schicksal nicht bewusst ist, wird auch weniger von Ängsten um seine Zukunft geplagt und wird deshalb trotz einer Behinderung eher zu Wohlbefinden finden als ein Erwachsener, der seine Situation mit vollem Bewusstsein erlebt.

Die Beobachtungen Birbaumers sind also in diesem Sinne eine Ermunterung, einem Menschen – sei es am Anfang oder am Ende seines Lebens – beizustehen, anstatt über seinen Lebenswert zu urteilen.

Hinzu kommt, dass gerade für ein behindertes Neugeborenes in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keineswegs voraussehbar ist, wie sich dieses ganz am Anfang seines Lebenswegs stehende Kind entwickeln wird.

Bei einem Neugeborenen darf meines Ermessens auch alleine schon deshalb nicht über Leben und Tod entschieden werden, weil es die Möglichkeit gibt, dieses Kind heranwachsen zu lassen bis zu einem Stadium, in dem es selbst in der Lage ist, die Entscheidung für oder gegen sein Leben zu fällen. Der Suizid steht jedem Menschen offen, der sein Weiterleben als unerträglich empfindet. Menschen, die durch ihre

⁴⁸⁷ Vgl. Goob-Hähndel, Gero (2006): Hilfe und Solidarität mit Behinderten, S. 142f.

Behinderung so stark beeinträchtigt sind, dass sie sich noch nicht einmal selbst umbringen könnten, können dann zumindest in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ihren Sterbenswunsch äußern. Würde die Mehrzahl aller Menschen mit Behinderungen tatsächlich um Tötung bitten oder sich das Leben nehmen, müsste der Sachverhalt anders diskutiert werden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Im Gegenteil möchten die meisten Menschen mit Behinderungen trotz erheblicher Beeinträchtigungen lieber leben als sterben und dies gilt es zu würdigen und anzuerkennen⁴⁸⁸.

Wer unter allen Menschen könnte besser beurteilen, ob ein Leben mit Behinderung lebenswert ist, als behinderte Menschen selbst? Betroffene behinderte Neugeborene können wir nicht fragen, gesunde Eltern und Ärzte können dies aus den genannten Gründen nicht beurteilen, Menschen, die mit ihrer Behinderung leben, äußern sich allerdings sehr wohl darüber. Einer der Bekanntesten unter ihnen ist der schwer körperbehinderte Peter Radtke, der seit Geburt an Osteogenesis imperfecta⁴⁸⁹ leidet und in seinem Leben schon über hundert Knochenbrüche erlitt.

„Rein objektiv gesehen habe ich in den ersten zehn Jahren meines Lebens mehr Zeit im Bett wegen Knochenbrüchen verbracht als außerhalb desselben. All diese Frakturen waren mit Schmerzen verbunden. Diese Kindheit war also alles andere als schön. Tatsächlich aber kommt es mir heute im Rückblick so vor, als hätte kein Kind solch eine glückliche Jugend erlebt wie ich. Lebensqualität berechnet sich eben nicht nach der Quantität sondern nach der Intensität eines Glücksmomentes.“⁴⁹⁰

Peter Radtke ist Schriftsteller, Schauspieler, Vorsitzender der "Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien e.V." und seit 2003 Mitglied des Nationalen Ethikrates. Er setzt sich durch zahlreiche Tätigkeiten und Veröffentlichungen für die Rolle behinderter Menschen in unserer Gesellschaft ein und ist selbst ein lebendes Beispiel für ein sinnerfülltes Leben *trotz* oder gerade *mit* einer schweren

⁴⁸⁸ Bereits Ewald Meltzer beobachtete einen ungeschmäleren Lebenswillen bei seinen Anstaltsinsassen. Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 54f., vgl. außerdem: Förstl, Hans (2008): Lebenswille statt Euthanasie, sowie Lulé, Dorothee et al. (2008): Depression und Lebensqualität bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose.

⁴⁸⁹ Osteogenesis imperfecta, auch Glasknochenkrankheit genannt, ist eine Erberkrankung, die mit einer erhöhten Knochenbrüchigkeit und multiplen Frakturen einhergeht.

⁴⁹⁰ Radtke, Peter (2006): Wie hoch ist das Risiko? Symposium „Liegt alles Heil in der Diagnostik?“

Behinderung. 2006 sagte Radtke in einem Vortrag zur Pränataldiagnostik in München:

„Ich kenne viele behinderte Menschen; ich bin selber behindert. Nicht alle sind so zufrieden mit ihrem Los wie ich. Dennoch habe ich kaum jemanden getroffen, der nicht irgendwie Freude am Leben gehabt hätte, oder der bei einer möglichen Wahl zwischen Existenz und Nichtexistenz die Nichtexistenz vorgezogen hätte.“⁴⁹¹

Sein jüngstes Buch ist 2007 erschienen und trägt den aussagekräftigen Titel „Der Sinn des Lebens ist gelebt zu werden. Warum unsere Gesellschaft behinderte Menschen braucht“⁴⁹².

6.6 Tödliches Mitleid – Die emotionale Komponente der Entscheidung

Die Euthanasie-Debatte schmückt sich gerne mit dem Begriff des Mitleids. Mitleid steht für die Fähigkeit des Menschen, sich in andere Menschen hineinzusetzen, an ihrem Leiden teilzuhaben und ihnen Hilfe und Beistand zu leisten. Mitleid im Sinne von Mitgefühl oder Nächstenliebe setzt die Fähigkeit zum Einfühlen des Einen in die Situation des Anderen voraus.

Allerdings gibt es auch eine Form von Mitleid, in der nicht der Leidende und dessen Wohlergehen im Vordergrund steht, sondern in der der Mitmensch, anstatt aufrichtig „Mit-zu-leiden“, sich eher abwendet und in erster Linie sein eigenes Gewissen beruhigen möchte. Das Bedürfnis des Anderen nach Zuwendung wird dabei verachtet. Hierbei ist der Begriff Mitleid eher im Sinne von Selbstmitleid zu verstehen, denn es geht vielmehr um die Befriedigung eigener unangenehmer Empfindungen, die durch den Anblick eines leidenden Mitmenschen aufkommen können.

So werden Leiden, Behinderung oder die Nähe des Todes als Bedrohung der eigenen Gesundheit und Stabilität empfunden⁴⁹³. Der leidende Mitmensch erinnert einerseits an die Endlichkeit des eigenen Daseins und kann so Angst hervorrufen; Andererseits können durch die Diskrepanz zwischen der eigenen Gesundheit, des eigenen Glücks und Wohlergehens und dem Leiden des Anderen Schuldgefühle hervorgerufen werden, die verhindern, dass echte Anteilnahme möglich wird.

⁴⁹¹ Radtke, Peter (2006): „Wie hoch ist das Risiko? – Über die pränatale Diagnose“, S. 7.

⁴⁹² Radtke, Peter (2007): Der Sinn des Lebens ist gelebt zu werden.

⁴⁹³ Vgl. Payk, Theo R. (2004): Töten aus Mitleid?, S. 180.

Dieses „falsche“, den Anderen in seinem Leiden und seinem Anspruch auf Zuwendung letztendlich verachtende Mitleid⁴⁹⁴, wird bereits in den von Ewald Meltzer 1920 zitierten Worten eines Besuchers seiner Einrichtung für geistig behinderte Kinder am Katharinenhof spürbar:

„Warum sorgt man nicht dafür, daß diese unglücklichen Wesen, soweit sie unheilbar sind, schmerzlos von ihrem Jammerdasein erlöst werden? Wäre das nicht zugleich eine Erlösung für die Eltern, für die Mitwelt und für den Staat, die doch allesamt erhebliche, für andere Zwecke viel nützlicher zu verwendende Beiträge für die Pflege dieser lebensunwerten Leben aufbringen müssen?“⁴⁹⁵

Auffallend ist auch die Anspielung auf die – wohl finanzielle – Belastung des Staates. Solcher Aufrechnungen bediente sich die nationalsozialistische Propaganda nur wenige Jahre später⁴⁹⁶. Hinter dem Topos von Mitleid und Erlösung kann sich also auch die Frage verbergen, welche Ressourcen eingesetzt werden sollen, um Leiden tragbar zu machen⁴⁹⁷. Auf die ökonomische Argumentation soll später noch näher eingegangen werden.

Man muss auch davon ausgehen, dass es dieses „falsche“ Mitleid ist, das immer wieder als Tatmotiv angegeben wird, wenn in der Presse Fälle über einzelne oder gar Serientötungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern durch dort arbeitendes Pflegepersonal bekannt werden⁴⁹⁸. Oft befanden sich die Opfer noch keineswegs im Endstadium ihrer Krankheit, sondern in einem zufriedenstellenden Zustand und äußerten in den seltensten Fällen selbst den Wunsch nach einer Erlösung durch den Tod, die Täter begründen ihre Tat jedoch mit dem empfundenen Mitleid gegenüber den Kranken.

Wer empfindet diese Situation nun also in erster Linie als unerträglich?

Es scheinen wohl oft eher die Täter zu sein, die in solchen Fällen nicht in der Lage sind, lästige und anstrengende, verwirrte und belastende Patienten zu versorgen und zu begleiten – zweifellos bedeutet das für jeden Menschen eine große

⁴⁹⁴ Vgl. Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, S. 157.

⁴⁹⁵ Zitiert nach Meltzer, Ewald (1925): Die Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 1.

⁴⁹⁶ Vgl. hierzu Kapitel 4.1.3. dieser Arbeit, S. 29ff.

⁴⁹⁷ Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, S. 161.

⁴⁹⁸ Vgl. Payk, Theo R. (2004): Töten aus Mitleid?, S. 168-184.

Herausforderung. Mangelt es dann an seelischer Begleitung des Pflegepersonals, sind die Arbeitsbedingungen für das Personal nicht unterstützend und tragend, ist echtes Mitleid, im Sinne von Mitgefühl, oft wohl nur schwer möglich. Eine Reflexion über eigene Gefühle kann in einem solchen Rahmen nicht stattfinden und verhindert die Etablierung einer professionellen Sicht mit der nötigen inneren Abgrenzung. Die „Mitleids-Handlung“ durch Tötung muss dann eher als eine „Befreiungs-Handlung“ verstanden werden, eine Befreiung von denjenigen Kranken, die eigenes Unwohlsein und Überforderung hervorrufen.

Auch für die spätere Legitimation der Euthanasie spielte der Begriff des Mitleids eine große Rolle. Bereits Jost appellierte 1895 an das Mitleid, das einem unheilbar kranken Menschen gebührt, der sich geplagt von seinen Qualen ohnehin nur den Tod wünscht, und begründete so das von ihm geforderte Recht auf den Tod auch emotional⁴⁹⁹. 1920 forderte Karl Binding, dass die Erlösung durch den Tod eine „Pflicht gesetzlichen Mitleids“ sein müsse⁵⁰⁰.

Mitleid war in der Euthanasie-Debatte der Vorkriegsjahre an die Pflicht zur Erlösung des Leidenden gekoppelt und wurde so zum tödlichen Mitleid, wie Klaus Dörner es im Titel seines Buches benannt hat⁵⁰¹.

So sollten nicht nur das Leiden, der Schmerz und die Qualen der Betroffenen beseitigt werden, sondern der Betroffene selbst, was ihn in seiner Hoffnungslosigkeit nur noch bestärken musste. Diese Form des Mitleids trägt ein Unwerturteil in sich, ein So-wie-du-möchte-*ich*-nicht-leiden-wollen. So wird dem Leidenden einerseits die Sinnhaftigkeit seines Lebens abgesprochen, andererseits wird ihm die Anteilnahme entzogen, die ihm im Leiden eigentlich zusteht⁵⁰².

Die Ärztin und Psychoanalytikerin Alice Platen-Halermund befasste sich als Beobachterin des Nürnberger Ärzteprozesses besonders mit der Euthanasie psychiatrischer Patienten. Sie erkannte die Doppeldeutigkeit des nationalsozialistischen Mitleidbegriffs schon kurz nach dem Krieg und bezieht sich hierbei auf Ewald Meltzer:

⁴⁹⁹ Vgl. Kapitel 4.1.2. dieser Arbeit, Der Euthanasiediskurs, S. 21ff.

⁵⁰⁰ Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 31.

⁵⁰¹ Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid und Dörner, Klaus (2002): Tödliches Mitleid.

⁵⁰² Vgl. Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, S. 160.

„[...] wenn man genauer zusieht, ist hauptsächlich das Mitleid mit den Angehörigen des Geisteskranken gemeint oder die Erschütterung durch ihren traurigen Anblick. Meltzer in seiner Schrift gegen die Freigabe der Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens betont mit Recht, daß Binding-Hoches „geistig Tote“ nur selten leiden oder Lebensüberdruß zeigen und daß das Mitleid der Besucher von Irrenanstalten meist der Menschheit gilt, die solche Entartungen hervorbringt.“⁵⁰³

So muss in der Diskussion um den Mitleids-Begriff also stets gefragt werden: Mitleid mit wem? Leidet ein Behinderter an seiner Behinderung oder leidet etwa die Gesellschaft beim Anblick von Behinderten oder bei der Finanzierung ihrer Versorgung? Mitleid mit anderen und Selbstmitleid liegen oft eng zusammen, die Berufung auf das Mitleid verleiht jedoch jeder Tat etwas Edles und lenkt so allzu leicht von den eigentlichen Motiven ab⁵⁰⁴.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen Mitleid und Mitgefühl, wie es sich an einem historischen Beispiel veranschaulichen lässt. Der Psychiater Friedrich Hölzel (1894-1965) galt grundsätzlich als Befürworter der nationalsozialistischen Lebensvernichtungsmaßnahmen, als er allerdings im Sommer 1940 die Kinderfachabteilung Eglfing-Haar übernehmen sollte, begründete er seine Ablehnung mit der emotionalen Verbundenheit zu den ihm anvertrauten Kindern:

„So lebhaft ich in vielen Fällen den Wunsch hätte, den natürlichen Ablauf [gemeint ist die Lebensverkürzung bei behinderten Kindern] verbessern zu können, so sehr widerstrebt es mir, dies als eine systematische Aufgabe nach kalter Überlegung und nach wissenschaftlich-sachlichen Richtlinien – nicht aus ärztlicher Gefühlsnötigung den Kranken gegenüber auszuführen. [...] Und so kommt es, daß ich zwar bei der Begutachtung volle Objektivität zu wahren glaube, mich aber doch als ärztlicher Betreuer den Kindern irgendwie gefühlsmäßig verbunden fühle, und ich glaube, daß dieser Gefühlskontakt vom Gesichtspunkte des nationalsozialistischen Arztes kein Mangel ist. Aber es hindert mich, die neue Aufgabe mit den bisherigen zu vereinen.“⁵⁰⁵

⁵⁰³ Platen-Hallermund, Alice (1948): Die Wurzeln des Euthanasiegedankens in Deutschland, S. 10. Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, S. 54-56.

⁵⁰⁴ Wunder, Michael (1994): Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen, S. 31.

⁵⁰⁵ Brief Friedrich Hölzel an Direktor Pfannmüller vom 28.8.1940, zitiert nach Klee, Ernst (1985): Dokumente zur „Euthanasie“, S. 246f. Vgl. auch Wilmanns, Juliane C.; Hohendorf, Gerrit (2007): Der Verlust des Mitgefühls, S. 199-202.

Mitgefühl mit den betroffenen Menschen macht offensichtlich, im Gegensatz zum „falschen“ Mitleid, zumindest die rational begründete Form des medizinischen Tötens unmöglich⁵⁰⁶.

Insofern könnte es die Erhaltung des echten Mitgefühls sein, die uns vor einer Wiederholung der Geschehnisse im Nationalsozialismus bewahren würde.

Die Fähigkeit, Mitgefühl zu empfinden ist sicherlich als eine zentrale Eigenschaft der menschlichen Seele hervorzuheben, jedoch ist diese Fähigkeit zum Mitgefühl leider nicht absolut verlässlich, sondern lässt sich durch gegensätzliche Gefühle – sei es beispielsweise Angst, Eifersucht, der Wille zur Macht oder Geltungsbedürftigkeit – aufheben oder zumindest schmälern. Die Empfindung von Mitgefühl oder gar ein Unrechtsbewusstsein mag es zeitweise wohl auch in der Seele eines Täters gegeben haben, jedoch müssen andere, stärkere Überzeugungen und Gefühle, die durch das ideologische Gedankengebäude des Staatssystems geschickt protegirt wurden, überwogen haben. Im Nationalsozialismus wurde somit versucht, grundsätzliche Werte wie Mitgefühl, Nächstenliebe und das gleiche Recht auf Leben eines jeden Menschen aufzuheben und zu widerlegen – leider mit großem Erfolg.

⁵⁰⁶ Vgl. Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, S. 161.

6.7 Das Slippery-Slope-Argument – Auf der schiefen Bahn von der Fragestellung des Lebensrechtes zur Praxis des Krankenmordes

„Welches Ausmaß die [Nazi-]Verbrechen am Ende auch annahmen, es wurde allen, die sich damit beschäftigten, klar, daß sie im Kleinen begonnen hatten. Zunächst war es lediglich eine subtile Verschiebung in der Grundhaltung der Ärzte. Es begann mit der Akzeptanz der grundlegenden Haltung der Euthanasiebewegung, daß es so etwas wie ein lebensunwertes Leben gibt. Gemeint waren damit anfänglich lediglich schwer- und chronisch Kranke. Nach und nach wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einzuschließen sind, ausgedehnt auf die sozial Unproduktiven, ideologisch Unerwünschten, rassistisch Unerwünschten und schließlich auf alle Nicht-Deutschen. Es ist jedoch wichtig zu erkennen, daß der winzige, in das ethische Denken hineingetriebene Keil von dem die gesamte Geisteshaltung ausging, die Haltung gegenüber unheilbar Kranken war.“⁵⁰⁷ (Leo Alexander während des Nürnberger Ärzteprozesses)

Leo Alexander beschreibt hier den Mechanismus eines in der medizinischen Ethik häufig angewandten Argumentationsmusters: Das Argument der Schiefen Ebene oder auch Slippery-Slope-Argument genannt.

In einem Schiefe-Ebenen-Argument wird davor gewarnt, dass mit der Zulassung oder Unterlassung einer bestimmten Handlung der erste Schritt auf eine schiefe Ebene getan sein könnte. Hat man die schiefe Ebene erst einmal beschritten, gleitet man, so wird prognostiziert, über kleine Stufen, in einem graduellen Prozess immer weiter ab, bis diese Bewegung schließlich bei einem erschreckenden Resultat endet, das zu Beginn keineswegs beabsichtigt war und das wir ursprünglich nicht in Kauf zu nehmen gewillt waren⁵⁰⁸.

Es geht also um die nicht intendierten Nebenwirkungen einer an sich ethisch zulässigen Regelung. Diese Argumentationslinie trägt dem Umstand Rechnung, dass auch eine ethisch unbedenkliche Zulässigkeitsregel das moralische Empfinden ihrer Adressaten in einer Weise verändern kann, dass nunmehr eine neue unmoralische Regelung ihren Weg in die Praxis finden kann.

In diesem Kapitel soll das Argument der schiefen Ebene für die Früheuthanasie untersucht werden.

Dabei zeigt sich, dass die eugenisch indizierte Abtreibung und die Pränataldiagnostik eng mit der Früheuthanasie verwandte Themen sind, deren Erwähnung für eine

⁵⁰⁷ Alexander, Leo (1949): Medical science under dictatorship, S. 39-47

⁵⁰⁸ Vgl. Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene, S. 5.

vollständige Darstellung der Thematik erforderlich ist. Denn die Entscheidungsmuster, die hinter der Tötung eines behinderten Kindes stehen, sind sich sehr ähnlich, ob das Kind noch im Mutterleib oder bereits geboren ist.

So kann für die Abtreibungsdebatte ein zweites Slippery-Slope-Argument formuliert werden, in dem die schiefe Ebene durch eine Lebensunwert-Entscheidung während der Schwangerschaft betreten wird. Auf der Basis dieser Argumentationsstruktur wird besonders häufig ein dammbruchartiger Übergang von der eugenisch indizierten Abtreibung zur Früheuthanasie und zu anderen Fällen unfreiwilliger Sterbehilfe prognostiziert⁵⁰⁹. Diese Ansicht wird beispielsweise auch von Barbara Guckes vertreten⁵¹⁰.

Ich werde deshalb im Folgenden auf die Problematik der selektiven Abtreibung eingehen, obwohl im Rahmen dieser Arbeit die vollständige Darstellung der Abtreibungsdebatte nicht geleistet werden kann.

Die schiefe Ebene in der heutigen Debatte um Früheuthanasie

Betrachtet man die Debatte um die Legalisierung der Früheuthanasie schwerstbehinderter Neugeborener im Hinblick auf die Argumentation der Schiefen Ebene, erscheint diese Entwicklung sehr gefährlich.

Für die meisten Menschen ist die Tötung eines neugeborenen Kindes moralisch nicht vertretbar. Wenn nun, entgegen solcher moralischer Einstellungen der Gesellschaft, die Tötung Neugeborener gesetzlich legitimiert würde, besteht die Gefahr, dass es zu einer Veränderung der emotionalen und moralischen Einstellung der Gesellschaft kommt. Die Folgen wären äußerst prekär, argumentiert Hoerster. Würde die Grenze, für die Erlaubnis zur Tötung eines Neugeborenen beispielsweise beim Alter von einem Lebensmonat gezogen werden, kann dies von den meisten Menschen intuitiv nicht nachvollzogen werden und so würden diese – nach einer Veränderung ihrer emotionalen Einstellung – die Grenze auch nicht bei der Vollendung des ersten Monats ziehen. Es würde vielmehr auch die Tötung älterer Säuglinge für diskutabel

⁵⁰⁹ Schmuhl, Hans-Walter (2000): Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs, Eine Zwischenbilanz, S. 392.

⁵¹⁰ Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene, S. 82-134; 164-200.

gehalten werden. Und schließlich wäre vielleicht eine Regelung vorstellbar, die auch Menschen bedroht, die bereits über den „Personenstatus“ verfügen⁵¹¹.

Bei weitem nicht alle Menschen sind in der Lage, die oft sehr abstrakten Überlegungen der Moralphilosophie nachzuvollziehen. Da das handlungsleitende Motiv bei den meisten Menschen nicht rationale Überlegung oder das aufgrund dieser Überlegungen entwickelte moralische Gefühl ist, sondern moralische Intuitionen eher emotionalen Ursprungs, muss diesen Intuitionen Rechnung getragen werden⁵¹². Die Abgrenzbarkeit zu gesunden, aber vielleicht unerwünschten oder sozial schwierigen, Kindern ist hier nicht ausreichend gegeben.

Auch bei Peter Singer wird das Phänomen der schiefen Ebene sichtbar: Er etwa verwischt die Grenzen zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Euthanasie, indem er die Zwischenkategorie der „nichtfreiwilligen“ Euthanasie einführt, die auf behinderte Säuglinge und auf Menschen abzielt, die infolge eines Unfalls, einer Krankheit oder hohen Alters zu keiner Willensäußerung für oder gegen die Euthanasie mehr fähig sind⁵¹³.

Beispielhaft zeigt die aktuelle Praxis in den Niederlanden, wie das Slippery-Slope-Argument wirksam werden kann. In den Niederlanden, aber auch in Belgien und Luxemburg, ist Euthanasie bereits gesetzlich geregelt. Die vom Arzt durchgeführte Tötung auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten wurde in den Niederlanden seit 1994 von der Strafverfolgung ausgenommen. Im Rahmen bestimmter Kriterien entscheidet der Arzt über die Euthanasie. Der Staat übernimmt lediglich eine – allerdings unzureichende – Kontrolle.

Im Jahre 1990 baten in den Niederlanden jährlich 8900 Patienten um Euthanasie oder assistierten Suizid. Zwischen 1995 und 2001 waren es jährlich bereits 9700 Patienten. Diese Zahl entspricht ca. 2,5% aller Todesfälle in den Niederlanden.

Bei knapp 1% aller Todesfälle wurden Sterbehilfe-Entscheidungen allerdings *ohne* explizite Einwilligung des Patienten gefällt⁵¹⁴. Die Tatsache, dass die Niederländer

⁵¹¹ Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene und das Recht auf Leben, S. 27f., S. 42.

⁵¹² Vgl. Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene, S. 202f. Sowie Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene und das Recht auf Leben, S. 27f., S. 42.

⁵¹³ Singer, Peter (1994): Praktische Ethik, S. 230ff. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1994): Die Geschichte der Lebens(un)wert-Diskussion, Bruch oder Kontinuität?, S. 54.

⁵¹⁴ Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. et al. (2003): Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands, S. 395-399.

diese jährlich vielen Fälle veröffentlichten, in denen Menschen auch dann euthanasiert wurden, wenn sie nicht sprechen konnten, könnte dafür sprechen, dass sie so einen hinreichenden öffentlichen Druck erzeugen wollten, um auch den zweiten, schwierigeren Gesetzgebungs-Akt zu legitimieren; nämlich die Legalisierung der Tötung von Einwilligungsunfähigen, bei denen dann Dritte – letztlich die Gesellschaft – die Tötung erlaubt oder gar verordnet⁵¹⁵. Im Jahre 2005 wurde veröffentlicht, dass bereits in 22 Fällen aktive Euthanasie an unheilbar kranken Neugeborenen geleistet wurde, obwohl aktive Sterbehilfe an Minderjährigen damals unter Strafe stand⁵¹⁶. Diese Publikation bezieht sich auf das Groninger Protokoll, in dem die Sterbehilfe an Neugeborenen als legitim definiert wurde, wenn das Leid des Kindes „unerträglich“ und die Prognose sehr schlecht ist. Genannt werden beispielsweise Fälle von schwerer Spina bifida. Die Eltern müssen einverstanden sein und ein unabhängiger Arzt muss der Entscheidung zur Sterbehilfe zustimmen. Seit Kurzem stellt das Groninger Protokoll die öffentliche Grundlage dafür dar, von einer Strafverfolgung der Ärzte bei aktiver Sterbehilfe an schwerstkranken Neugeborenen abzusehen⁵¹⁷.

An der Situation in den Niederlanden sieht man deutlich, wie Regelungen im Laufe der Zeit eine Ausweitung erfahren, die zu Beginn nicht beabsichtigt war. Vom assistierten Suizid auf expliziten Wunsch des Patienten wurde die Regelung auf nichteinwilligungsfähige Patienten ausgeweitet, zunächst kamen nur erwachsene Patienten für die Euthanasie in Frage, schließlich werden nun auch Kinder und schwerstbehinderte Neugeborene getötet.

Diskutiert wird bereits über Sterbehilfe an selbstmordgefährdeten und anderen psychiatrischen Patienten⁵¹⁸.

⁵¹⁵ Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, S. 175. Zur Praxis der Sterbehilfe bei Nichteinwilligungsfähigen vgl. Van der Maas, Paul et al. (1992): Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, Van der Maas, Paul et al. (1996): Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995, S. 1699-1705. Zimmermann-Acklin, Markus (1999): Das niederländische Modell, in: Das medizinisch assistierte Sterben, S. 351-370.

⁵¹⁶ Klinkhammer, Gisela (2005): Niederlande: Sterbehilfe an Säuglingen.

⁵¹⁷ Verhagen, Eduard; Sauer, Pieter J. J. (2005): The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns.

⁵¹⁸ Vgl. Huyse, Frits, J. et al. (1994): Consultant-liaison psychiatrists and euthanasia in The Netherlands. Finger, Catrin (2004): Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden für das Jahr 2001. Bahro, Marcel; Strnad, Jindrich (2000):

Die schiefe Ebene in der Geschichte der NS-Kindereuthanasie

In der Euthanasie-Debatte, die bereits Ende des 19. Jahrhunderts ihren Ausgang nahm, ist die schiefe Ebene ebenfalls erkennbar. Zunächst wurde lediglich die Tötung auf Verlangen diskutiert⁵¹⁹, in den 1920er Jahren ging es dann schon um die Euthanasie bei nicht einwilligungsfähigen Menschen⁵²⁰. Den Präzedenzfall für die Realisierung der Kindereuthanasie – als weiterer Schritt im Abgleiten auf der schiefen Bahn – lieferte schließlich das auf den ersten Blick harmlos erscheinende Gnadengesuch eines Vaters für seinen behinderten Sohn⁵²¹. Schon wenige Monate später wurde bereits ein geheimer Runderlass verfasst, der zur Meldung bestimmter behinderter Kinder verpflichtete und somit die zur Tötung bestimmten Kinder auf einen deutlich größeren Kreis ausdehnte⁵²². Zunächst blieb die Kindereuthanasie beschränkt auf die eigens dafür eingerichteten Kinderfachabteilungen, im Laufe der Zeit erfuhr sie jedoch eine kontinuierliche Ausweitung auf die allgemeine Praxis in der Pädiatrie, wie man am Beispiel der Kinderklinik Heidelberg nachvollziehen kann. Es zeigt sich, dass die Erlaubnis der Tötung auf Verlangen untrennbar verbunden ist mit der Tötung nicht äußerungsfähiger Personen⁵²³.

Die Ausweitung auf andere Personenkreise ist die unmittelbare Konsequenz einer einmal überschrittenen, wenn auch ursprünglich klar definierten Grenze.

Gegner des Slippery-Slope-Arguments, wie Hoerster zum Beispiel, verweisen auf den völlig unterschiedlichen historischen Kontext aus dem sich die heutige Debatte um Sterbehilfe und Abtreibung entwickelt: Die von den Nationalsozialisten verübten Medizinverbrechen hätten unter den Bedingungen eines totalitären Regimes stattgefunden, die mit dem demokratischen Rechtsstaat der Gegenwart nicht zu vergleichen sei. So wichtig die Berücksichtigung der jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch ist, die Interpretation des nationalsozialistischen Staates

Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe. Eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie.

⁵¹⁹ Vgl. Jost, Adolf (1895): Das Recht auf den Tod

⁵²⁰ Vgl. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

⁵²¹ Vgl. Hitlers Erlass von 1939 über den Gnadentod von Kind K., Kapitel 4.2. dieser Arbeit, S. 38f.

⁵²² Vgl. Heyde – Aussage S. 62ff. Zitiert nach Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im NS-Staat, S. 80.

⁵²³ Wunder, Michael (1994): Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen, S. 30.

als eine eindimensionale Diktatur ist überholt⁵²⁴. Tatsächlich eröffnete das Regime den wissenschaftlichen Funktionseliten gerade auf dem Sektor der Medizin erhebliche Freiräume, die diese nutzten, um Medizinverbrechen zu begehen. Eine gesetzliche Pflicht zur Euthanasie war zu keinem Zeitpunkt notwendig oder gegeben⁵²⁵. Die Euthanasie entwickelte sich auf dem Boden der Eugenik, deren Entwicklung sich bis in das ausgehende 19. Jahrhundert zurückverfolgen lässt. Zu jener Zeit war die spätere Praxis der Euthanasie genauso weit entfernt wie heute.

Vergleicht man die aktuelle Euthanasiedebatte mit den Diskussionen um Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen, die in den 1890er Jahren geführt wurden, so ergeben sich viel weitgehendere Übereinstimmungen, als wenn man die durch Binding und Hoche angestoßene Kontroverse um die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in den 1920er/30er Jahren zum Vergleichsobjekt wählt, wobei – und das ist der entscheidende Punkt – historisch nachweisbar ist, dass die Debatten vor und nach dem Ersten Weltkrieg eng zusammenhängen⁵²⁶.

Die „Unschuldigkeit des Anfangs“, wie sie für jedes Schiefe-Ebenen-Argument vorausgesetzt wird, ist hier – entgegen der Vorstellung einiger Kritiker⁵²⁷ – also durchaus gegeben⁵²⁸.

Es ist schon im Sinne einer allgemeinen Intuition und einer Werteorientierung auf den Schutz des Lebens relativ klar, wie problematisch die Befürwortung der Tötung von Neugeborenen ethisch wäre. Aus der Erfahrung der Geschichte der NS-Kindereuthanasie können wir jedoch sehen, welche untragbaren Folgen, im Sinne einer kontinuierlichen Ausweitung der Definition des lebensunwerten Lebens, eine Legalisierung der Früheuthanasie haben könnte.

⁵²⁴ Schmuhl, Hans-Walter (2000): Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs, S. 395.

⁵²⁵ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1994): Die Geschichte der Lebens(un)wert-Diskussion, S. 51-60. Sowie Schmuhl, Hans-Walter (2000): Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs, S. 385-407.

⁵²⁶ Vgl. Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, S. 173-179.

⁵²⁷ Hoerster, Norbert (1996): „Ist menschliches Leben verfügbar?“, S. 448.

⁵²⁸ Vgl. Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, S. 173-179.

Zu hoffen bleibt, dass die überwiegende Skepsis, die wir der niederländischen Gesetzgebung entgegen bringen, dafür spricht, dass wir in Deutschland beginnen, aus der Geschichte des Nationalsozialismus zu lernen⁵²⁹.

Die Schiefe Ebene in der Pränataldiagnostik und der selektiven Abtreibung

Wie für die Früheuthanasie lässt sich das Argument der Schiefen Ebene für die Entwicklung der Pränataldiagnostik und der selektiven Abtreibung formulieren.

Mehr und mehr Mütter lassen sich heute während der Schwangerschaft pränataldiagnostisch untersuchen. Eine Abtreibung kann nach der deutschen Rechtsprechung bis zur 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Stellt sich jedoch bei einer pränataldiagnostischen Untersuchung heraus, dass das Kind eine Behinderung hat, ist nach §218 a, Absatz 2, die Abtreibung dieses Kindes,

„um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden“⁵³⁰,

auch in einem späten Stadium, in dem es unter Umständen sogar schon lebensfähig ist – in besonderen Fällen sogar noch bis zur Geburt – straffrei. Dies wird als selektiver oder auch eugenisch indizierter Schwangerschaftsabbruch bezeichnet⁵³¹.

Nach den für Bayern verfügbaren Zahlen stieg der Prozentsatz der Schwangerschaften, bei denen eine Amniozentese oder eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt wurde, zwischen 1987 und 2002 von 3% auf fast 10% an. Diese Zunahme lässt sich nicht allein dadurch erklären, dass mehr Frauen erst im späteren Alter schwanger werden und somit eine Altersindikation zugrunde liegt. Gleichzeitig nahm die Anzahl der pränatal diagnostizierten Fehlbildungen zu. Ab 1989 stieg der Prozentsatz der pränatal erkannten Fälle von Trisomie 21 deutlich an, er betrug Ende der 1990er Jahre gut 70% und erreichte zwischen 1994 und 1999 nahezu 80%⁵³².

⁵²⁹ Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, S. 119.

⁵³⁰ Vgl. § 218a StGB. Siehe Abdruck des Paragraphen im Anhang dieser Arbeit.

⁵³¹ Eine Grenze für „Spätabbrüche“ gibt es seit 01.10.1995 nicht mehr.

⁵³² Diese Daten stammen zwar aus Geburtskliniken im Norden und Osten Frankreichs, dort ähnelt die Untersuchungspraxis aber der in Deutschland.

Insgesamt nahm der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik deutlich zu: Während im Zeitraum bis 1980 gut 76% der Frauen nach einem positiven Befund einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren es im Zeitraum nach 1989 bereits über 88%⁵³³. Heute wird von Zahlen über 90% berichtet⁵³⁴.

Diese hohe Rate selektiver Abbrüche führt zu einer starken Abnahme der Prävalenz von Menschen mit Down-Syndrom. So wird im Jahr 2002 bereits von einer Halbierung des Anteils der Kinder mit Down-Syndrom an Sonderschulen seit 1970 berichtet⁵³⁵.

Die Diskussion um Abtreibung kann hier zwar nur cursorisch wiedergegeben werden, der Gedankengang, der in einem Schiefe-Ebenen-Argument gegen die Praxis der selektiven Abtreibung formuliert wird, ist aber in etwa folgender: Die Nutzung der Pränataldiagnostik nimmt eine Lebenswert-Bewertung vor, denn sie hat zum Ziel, behindertes embryonales Leben zu töten. Eltern, die sich für die Abtreibung ihres behinderten Kindes entscheiden, bewerten das Leben dieses Kindes. Der Wert behinderten Lebens wird geringer geschätzt als der Wert gesunden Lebens. Eine derartige Entscheidung über den Lebenswert eines Menschen ist als moralisch verwerflich zu beurteilen. Hat sich die Vorstellung, dass ein behindertes Leben einen geringeren Wert hat erst einmal etabliert, werde die Nutzung der Pränataldiagnostik zur Pflicht, prognostizieren die Verfechter dieser Argumentation. In einem weiteren Schritt auf der schiefen Bahn werde sogar die selektive Abtreibung behinderten Lebens obligatorisch⁵³⁶. Der Staat übernehme dann die Entscheidung, ob ein Embryo ausgetragen werden dürfe oder nicht.

Dieser Zustand sei ein gegenüber dem Nationalsozialismus perfektioniertes Eugenik-Programm, in dem es Schritt für Schritt zur Diskriminierung, finanziellen Minderversorgung und Ausmerzung Behinderter komme⁵³⁷.

Befürworter der Pränataldiagnostik würden der Aussage, dass pränatale Diagnostik zum Ziel hätte, behinderte Embryos zu töten, sicherlich nicht zustimmen. Sie würden unter Umständen argumentieren, dass die möglichst frühe Diagnose von bestimmten

⁵³³ Lenhard, Wolfgang (2003): Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozids, S. 165-176.

⁵³⁴ Anonymus (2008): Pränataldiagnostik. Häufigste Diagnose: Down-Syndrom.

⁵³⁵ Wilken, Etta (2002): Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, S. 157-162.

⁵³⁶ Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene, S. 187ff.

⁵³⁷ Guckes, Barbara (1997): A. a. O., S. 181f.

Krankheiten im Mutterleib eine rechtzeitige Behandlung in utero möglich mache. So ist die ursprüngliche Intention der pränatalen Diagnostik per se nicht selektiv.

Dass aber die Fälle, in denen man Fehlbildungen durch das frühe Erkennen tatsächlich heilen kann, Raritäten sind, wird gerne verkannt. Die große Mehrzahl der durch Pränataldiagnostik erkannten Fehlbildungen kann nach dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht geheilt werden⁵³⁸. So bleibt nach der Diagnose meist nur die Möglichkeit der Abtreibung oder aber der bewussten Entscheidung für ein behindertes Kind.

Insbesondere wenn man die Methoden betrachtet, mit denen eine Spätabtreibung durchgeführt wird – in der Frühschwangerschaft ist die Diagnose einer Behinderung meist nicht möglich – erscheint der Unterschied zur Euthanasie von bereits geborenen Kindern beinahe willkürlich. Die Methoden der frühen Abtreibungen greifen ab einem bestimmten Reifegrad des Kindes nicht mehr und machen grausame Methoden notwendig. Um das Risiko einer Lebendgeburt zu vermeiden, wird der Embryo im Mutterleib beispielsweise mittels einer Kalium-Chlorid-Spritze, die unter Ultraschall-Beobachtung in das Herz oder in die Nabelschnurvene des Kindes eingebracht wird, getötet. Oder ein Desinfektionsmittel wird durch die Bauchdecke der Mutter ins Fruchtwasser injiziert, was zum schnellen Tod des Säuglings führt⁵³⁹.

Besonders problematisch sind hierbei die Entscheidungsdilemmata, in die Eltern geraten, bei deren Kind durch Pränataldiagnostik eine Behinderung festgestellt wird. Erst durch das Wissen um die Behinderung ihres Kindes wird den Eltern auferlegt, über Leben oder Tod ihres Kindes zu entscheiden. Diese möglichen Folgen erfordern eine intensive Beratung der Eltern bereits vor der Entscheidung zur Durchführung einer pränataldiagnostischen Untersuchung.

⁵³⁸ So zum Beispiel alle Arten von Chromosomenanomalien (am häufigsten Trisomie 21, 13 oder 18, Klinefelter-Syndrom), Hydrozephalus, Mukoviszidose oder Neuralrohrdefekte. Vgl. Schwab, Roswitha; Walburg, Ulrike (2008): Beunruhigende Befunde in der Schwangerschaft.

⁵³⁹ Besonders umstritten und heute wohl kaum mehr angewandt sind auch die Methoden der „Partial Birth Abortion“, in der der Embryo im Mutterleib zerteilt wird oder der Kopf des Kindes zunächst geboren wird, um dann ein Loch in den Hinterkopf zu stoßen, aus dem das Gehirn des Kindes mit einem Katheter abgesaugt wird. Vgl. Spieker, Manfred (2005): Das Grauen der Spätabtreibung, S. 68f.

Im Hinblick auf die Frage des bereits diskutierten Lebenswert-Urteils ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die bestehende gesetzliche Regelung der selektiven Abtreibung ein Urteil über den Wert bzw. Unwert behinderten Lebens zulässt.

Der Unterschied zwischen selektiver Abtreibung und Früheuthanasie

Sowohl in der Entscheidung über die Früheuthanasie eines behinderten Neugeborenen als auch bei der selektiven Abtreibung eines behinderten Embryos findet eine Wertedifferenzierung zwischen einem behinderten Leben im Vergleich zu einem gesunden statt. Die Eltern beurteilen ihr Kind nach einem von ihnen und von der Gesellschaft entworfenen Qualitätsmaßstab. Ein behindertes Kind wird abgetrieben bzw. getötet, da es nicht den Vorstellungen von einem lebenswerten Leben entspricht, über die Geburt eines gesunden Kindes hätten sich die Eltern gefreut. So werden die pränatale Diagnostik bzw. die Maßstäbe zur Indikation der Früheuthanasie zu einer Art „Qualitätskontrolle“ über das Leben des Kindes⁵⁴⁰.

Der Hauptunterschied zwischen der selektiven Abtreibung und der Früheuthanasie liegt sicherlich darin, dass im Falle der Abtreibung das Leben der Mutter in einem höheren Maße mitbetroffen ist als bei der Tötung eines geborenen Kindes, denn im Stadium der Schwangerschaft ist das körperliche Wohl der Mutter nicht getrennt vom Leben des Kindes zu beurteilen. Keine Mutter kann dazu gezwungen werden, ihr unerwünschtes Kind zur Welt zu bringen, denn die Mutter hat ein Recht über ihren eigenen Körper zu verfügen⁵⁴¹. Dies ist auch der Grund, warum die Abtreibung nicht strafrechtlich verfolgt wird und warum es sicherlich wesentlich schwieriger ist, Argumente gegen die Abtreibung als gegen die Tötung von Neugeborenen zu finden. Ein wesentlicher Unterschied besteht des weiteren darin, dass die Geburt für die Abtreibung als wesentliche und relativ eindeutige Grenze besteht, während im Falle der Früheuthanasie eine Altersgrenze, bis zu der eine Tötung zulässig ist, viel schwieriger zu bestimmen und deshalb ein Abrutschen auf die Schiefe Ebene eher möglich ist⁵⁴².

⁵⁴⁰ Vgl. Eibach, Ulrich (1983): Experimentierfeld: Werdendes Leben, Eine ethische Orientierung.

⁵⁴¹ Vgl. § 218 a StGB. Siehe Abdruck im Anhang dieser Arbeit.

⁵⁴² Vgl. Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene, S. 23-24.

So sprechen sowohl das Recht der Mutter auf die Verfügbarkeit über ihren Körper als auch die gute Abgrenzbarkeit zwischen Abtreibung und Früheuthanasie dafür, die momentane Praxis der Abtreibung in Abgrenzung zum Verbot der Früheuthanasie zu akzeptieren und zu befürworten.

Mögliche Folgen von Lebensunwert-Entscheidungen

Die Folgen, die sowohl die momentane Praxis der pränatalen Diagnostik mit dem Ziel der selektiven Abtreibung als auch die gesellschaftliche und gesetzliche Legitimierung der Früheuthanasie behinderter Kinder haben könnten, sind ein enormer psycho-sozialer Druck auf Eltern, die mit der Nachricht von einer Behinderung ihres Kindes konfrontiert werden.

Eltern, die sich – entgegen dem bestehenden Konsens – für ihr behindertes Kind entscheiden, müssen mit Kritik rechnen und stehen unter einem Rechtfertigungsdruck gegenüber der Gesellschaft, die Leistungsfähigkeit, hohe Intelligenz und ein makellostes Äußeres besonders hoch bewertet. Führt man sich das Bild einer Gesellschaft, in der die Abtreibung oder Tötung nicht brauchbar erscheinender oder behinderter Säuglinge zur Tagesordnung geworden ist, vor Augen, so erscheint es fraglich, wie selbstbestimmt und frei solche individuellen Entscheidungen sein werden.

Zur Zeit des Nationalsozialismus wurde die kollektive Unterordnung unter die Interessen der „Volksgemeinschaft“ und die gesellschaftliche Pflichterfüllung in den Vordergrund geschoben, während heute die individualisierte Entscheidung betont wird⁵⁴³. Die Vorstellung, den Eltern heute tatsächlich eine individuelle Entscheidung zu ermöglichen, ist jedoch meines Ermessens aus den eben genannten Gründen eine Fiktion.

Der gesellschaftliche Druck, dem Eltern ausgesetzt sind, ist sicherlich nur einer von vielfältigen Gründen, die Eltern zur Abtreibung oder Tötung ihres behinderten Kindes bewegen. So steht die eigene Belastung, die mit der Pflege eines behinderten Kindes verbunden ist, oft im Vordergrund, aber auch die Sorge der Eltern, ihr Kind werde sehr unter seiner Behinderung leiden und könne niemals ein glückliches

⁵⁴³ Vgl. Memorandum gegen die neue Lebens(un)wert-Diskussion, in: Des Lebens Wert, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, S. 148.

Leben führen. Allerdings gibt es auch Eltern, die sich durch die Geburt eines gesunden Kindes zu sehr belastet fühlen. Umgekehrt gibt es aber auch durchaus Eltern behinderter Kinder, die ihre Lebensqualität durch den intensiven Umgang mit ihrem Kind sogar höher bewerten, weil sie gelernt haben, Dinge anders zu gewichten und wertzuschätzen⁵⁴⁴.

Meines Ermessens liegt in der momentanen Praxis der selektiven Abtreibung eine große Gefahr: Durch eine fehlende gesetzliche Regelung, im Sinne eines Verbots oder zumindest einer Einschränkung der Abtreibung, wird dem Arzt als primärer Berater der Schwangeren eine Funktion als Moralinstanz zugesprochen. Mit seiner persönlichen Überzeugung – beeinflusst von der gesellschaftlichen Meinung – übt der beratende Arzt, ob er will oder nicht, einen sehr hohen Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren aus. Dies stellt nicht nur eine große Überforderung der Ärzte dar, sondern ist auch eine Quelle des Missbrauchs, wie man am Beispiel der Geschichte sehen kann. Auf diese Weise wird zu viel Vertrauen in die moralische Kompetenz eines jeden Arztes, der mit dieser Problematik konfrontiert wird, gesetzt. Die Kindereuthanasie hätte nicht funktioniert, wenn nicht eine sehr hohe Entscheidungskompetenz in den Händen von Ärzten gelegen hätte, die von der Euthanasie zutiefst überzeugt waren.

Es stellt sich die Frage, ob die momentane Praxis der Pränataldiagnostik mit der Folge selektiver Abtreibung von behinderten Kindern nicht ein modernes Selektionsverfahren darstellt, das sich nicht allzu sehr unterscheidet von einer Regelung zur Früheuthanasie behinderter Kinder. Der Zeitpunkt der Selektion wird durch die heutigen technischen Möglichkeiten lediglich vor die Geburt verlagert, was dazu führt, dass wir nicht mehr sehen, *wen* wir töten. Die Hemmschwelle ist so geringer, die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist noch nicht so stark - eine „saubere“ Lösung.

Befürworter der selektiven Abtreibung argumentieren, dass das Ziel nicht sei, so viele behinderte Embryonen wie möglich abtreiben zu lassen, sondern lediglich, den Interessen der Eltern und des geschädigten Individuums Rechnung zu tragen. Doch wie bereits diskutiert wurde, sind die Interessen der Eltern immer von ambivalenten Gefühlen gegenüber ihrem Kind geprägt, die es schwierig machen, ihre Interessen

⁵⁴⁴ Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene, S. 183f.

als Entscheidungskriterium heranzuziehen. Auch im Nationalsozialismus wurde auf den Wunsch der Eltern nach Entlastung eingegangen. Zwang wurde nur in seltenen Fällen ausgeübt, vielmehr nutzen die Nationalsozialisten die Ambivalenz der Eltern für ihre verbrecherischen Vorhaben.

Heute stehen die Eltern mit ihrer Ambivalenz – die sicherlich bei allen Eltern, die von einer Behinderung ihres Kindes erfahren, mehr oder weniger ausgeprägt ist – inmitten einer unregelmäßigen Situation. Über 90% aller Mütter, die von einem Down-Syndrom ihres Kindes erfahren – und das ist noch lange nicht die schwerste Behinderung, die man sich vorstellen kann – entscheiden sich für eine Abtreibung⁵⁴⁵. Die Höhe dieser Zahl lässt es wahrscheinlich erscheinen, dass nicht alle dieser Eltern ausschließlich aus Angst vor der eigenen Belastung oder aus Sorge um ihr Kind entscheiden, sondern dass gesellschaftliche Wertorientierungen hier ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

Die Entscheidung *gegen* Pränataldiagnostik und selektive Abtreibung impliziert mit Sicherheit, dass erhebliches Leiden in Kauf genommen werden muss, sowohl auf Seiten des Kindes als auch auf Seiten der betroffenen Eltern.

Dieses Leiden besteht zweifelsohne, doch ob ein Leben selbst unter großem Leid nicht trotzdem einen Wert hat, bleibt dahingestellt.

Mir ist bewusst, dass diese Auffassung problematisch ist und es ist mir von Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass ich mit dieser Ansicht das Leiden der Betroffenen nicht im Geringsten schmälern oder gar aberkennen möchte. Im Gegenteil: Leiden aufgrund einer schweren Behinderung verdient größtes Mitgefühl.

Die Tötung im „wohlverstandenen Eigeninteresse“ des Kindes ist jedoch bereits der erste Schritt auf die schiefe Ebene. Und ich behaupte, dass sogar die selektive Abtreibung bereits ein Schritt auf diese schiefe Ebene bedeutet, denn trotz der angeführten Unterschiede zwischen Kindstötung und Abtreibung stellt die Kindstötung im Wesentlichen lediglich eine Ausdehnung – im Sinne einer Erweiterung des Personenkreises – dar, genau wie es in der Slippery-Slope-Argumentation vertreten wird. Die dahinter liegenden moralischen Entscheidungsmuster sind dieselben.

⁵⁴⁵ Lenhard, Wolfgang (2003): Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozids, S. 165-176.

Der Weg von der selektiven Abtreibung eines bereits lebensfähigen, behinderten Embryos hin zur Tötung eines Neugeborenen mit Behinderungen ist nicht besonders weit – im Extremfall vielleicht nur wenige Stunden. Eine weitere Ausdehnung im Sinne eines Abrutschens auf der Schiefen Ebene ist dahingehend denkbar, dass nicht nur Kinder mit Behinderungen getötet werden, sondern sich die Praxis im Laufe der Zeit auch auf schlichtweg unerwünschte Kinder oder Kinder, die zu einem „unpassenden“ Zeitpunkt auf die Welt kommen, ausdehnt.

Aus der Argumentation der Slippery Slope muss somit bereits die Abtreibung eines Kindes aufgrund seiner Behinderung als moralisch unzulässig beurteilt werden.

6.8 Die Verschärfung der ökonomischen Situation

Damals wie heute kam der Diskurs um die Euthanasie nicht zufälligerweise in einer Zeit der zunehmenden Ressourcenknappheit auf.

Nach dem ersten Weltkrieg wirkten die ökonomischen und sozialen Konsequenzen des Versailler Vertrags von 1919. Hinzu kam im Jahre 1929 die Weltwirtschaftskrise, in deren Folge es zu massiven Kürzungen in den öffentlichen Haushalten kam. Im Bereich der Psychiatrie kam es zur Abschaffung gerade entstandener Reformmodelle, in welchen beispielsweise Formen der Frühentlassung mit gemeindepsychiatrischen Angeboten verbunden worden waren. Zunehmende Arbeitslosigkeit und die damit verknüpften sozialen Spannungen reduzierten die Bereitschaft der Bevölkerung, psychisch Kranke und Behinderte in das Alltagsleben zu integrieren. Auf Tagungen und in Fachzeitschriften entwickelten sich intensive Diskussionen über die zweckmäßigste Verteilung der Ressourcen. Die meisten Psychiater vertraten Ende der zwanziger Jahre die Auffassung, dass die Zuteilung von Geldern von der Prognose der jeweiligen Erkrankung abhängig gemacht werden müsse⁵⁴⁶.

Auf die Gegenwart bezogen stellt sich die Frage, ob die Wahrnehmung sozialpolitischer Krisenphänomene, die sich in Schlagworten wie „Pflegerotstand“, „Überalterung“ der Bevölkerung oder „Kostenexplosion“ in der Intensivmedizin äußern, nicht auf subtile Weise auf den moralphilosophischen Diskurs einwirkt⁵⁴⁷.

⁵⁴⁶ Roelcke, Volker et al. (2000): Psychiatrische Forschung, S. 196.

⁵⁴⁷ Schmuhl, Hans-Walter (1994): Die Geschichte der Lebens(un)wert-Diskussion, S. 57.

Vertreter einer Legalisierung der Früheuthanasie wie Singer oder Hoerster, die Embryonen und Neugeborenen ein eigenes Lebensinteresse absprechen, sehen keinen vernünftigen Grund, nicht auch ökonomische Überlegungen in die Entscheidung einzubeziehen.

Die Kostenfrage wird in diesen Diskussionen allerdings im Allgemeinen stark überschätzt. Zwar sind auch die Interessen einer Senkung der Kosten im Gesundheitswesen durch eine breite Nutzung der Pränataldiagnostik bzw. einer Legalisierung der Früheuthanasie zu berücksichtigen, aber es sollte beachtet werden, dass die Einsparungen, die dadurch erzielt werden können, einen geradezu vernachlässigenswert geringen Prozentsatz der Ausgaben im Gesundheitswesen ausmachen. Selbst bezogen auf die Kosten, die durch die Versorgung Behinderter entstehen, machen sie nur einen kleinen Teil aus, denn der weitaus größte Teil aller Behinderungen ist nicht auf angeborene Schädigungen zurückzuführen, sondern ist im Laufe des Lebens erworben worden.

Aus diesem Grunde haben solche Argumente keine nennenswerte ethische Relevanz. Sie sind vor allem deshalb beliebt, weil mit ihrer Hilfe den Vertretern einer Legalisierung von selektiver Abtreibung oder Früheuthanasie besonders leicht niedrigere Motive unterstellt werden können.

Angenommen aber, dass aufgrund einer sich weiter verschärfenden Ressourcenknappheit Schwerkranke und Behinderte nicht mehr in vollem Umfang versorgt werden können: In einem solchen Falle wäre die Frage zu stellen, ob es nicht um der Interessen erkrankter Personen willen besser sein könnte, geschädigte Embryonen abzutreiben und behinderte Neugeborene zu töten. Hier könnten nach einem utilitaristischen Argumentationsmuster die Interessen der Erkrankten, die sonst unversorgt bleiben würden, gegen die Interessen der behinderten Kinder und ihrer Eltern abgewogen werden.

Aus einer sehr ähnlichen Abwägung erwuchs die Debatte um die Vernichtung lebensunwerten Lebens in den 1920er Jahren⁵⁴⁸ – sicherlich ebenfalls verschärft durch die Ressourcenknappheit der beiden Weltkriege. Hoche Wortwahl der „Balllastexistenzen“, die durch notwendige Anstaltspflege wertvolle Ressourcen

⁵⁴⁸ Vgl. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“, vgl. Kapitel 4.1.2. dieser Arbeit, Der Euthanasiediskurs, S. 24ff.

verschwendet würden, verdeutlichen diese Problematik einer solchen Abwägung auf schauerliche Weise⁵⁴⁹.

Während in unserer heutigen Zeit die medizinischen Möglichkeiten stetig anwachsen, verringern sich die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Kommt es hierdurch zu einem eklatanten Ungleichgewicht, können nicht mehr alle Kranken maximal versorgt werden.

Allerdings muss hier ausdrücklich betont werden, dass unser Land und mit uns alle westlichen Industrienationen glücklicherweise weit von solchen katastrophalen Zuständen entfernt sind. Es ist zwar sicherlich nötig, Kosten im Gesundheitswesen zu senken, aber dies kann auch durch weit weniger dramatische Maßnahmen erreicht werden.

Die Erfahrung der Geschichte macht hier deutlich, vor welchen Grundsatzentscheidungen wir in unserer Gesellschaft stehen.

So stellt sich zum Beispiel die Frage, welchen gesellschaftlichen Stellenwert wir dem Solidarprinzip einräumen. Im Sinne der christlichen Caritas ist es die Aufgabe des Staates, aber auch jedes Einzelnen, seinen Beitrag zur Versorgung kranker, behinderter oder anderweitig hilfsbedürftiger Menschen zu leisten.

In der heutigen Entwicklung unseres Gesundheitssystems geht diese von Nächstenliebe und Fürsorge geprägte Haltung mehr und mehr verloren, Krankenhäuser – traditionell eigentlich karitative Einrichtungen – werden zu Wirtschaftsunternehmen, die in erster Linie an einer Gewinnmaximierung interessiert sind. So ist die Frage, welchen Stellenwert wir der Nächstenliebe in unserer Gesellschaft einräumen, genau genommen eine politische Frage.

Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass in unserer heutigen Welt die Ansprüche an Luxus enorm gestiegen sind. Die zunehmende „gefühlte“ Ressourcenknappheit muss in Relation zur Verschiebung der Dimensionen von Arm und Reich und der damit einhergehenden Definition von Armut gesehen werden.

Die Lebenssituation unseres Landes erlaubt uns ein Maß an Luxus, wie es ihn in der Geschichte noch nie gegeben hat. Von einem Notstand kann nicht die Rede sein.

⁵⁴⁹ Vgl. Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 51f., S. 57.

Die Frage, um die es vielmehr geht, lautet: Wie viel sind wir bereit, für unser Gesundheitssystem auszugeben?

Letztendlich steht hinter Diskussionen wie dieser immer die Frage nach Gerechtigkeit. Denn auch wenn in der westlichen Welt der Lebensstandard der meisten Menschen heute wesentlich höher ist als vor einem Jahrhundert, so muss auf diesem höheren Niveau in gleicher Weise entschieden werden, nach welchen Kriterien die Güter verteilt werden und auf wie viel Luxus wir zugunsten der Versorgung Kranker, Alter und Behinderter bereit sind, zu verzichten.

7 Die Heiligkeit des menschlichen Lebens – Sterbehilfe als Sterbebeistand

„Selbst die allerschlechtesten christliche Welt würde ich der besten heidnischen Welt vorziehen,
weil es in einer christlichen Welt Raum gibt für die, denen keine heidnische Welt je Raum gab:
für Krüppel und Kranke, Alte und Schwache,
und mehr noch als Raum gab es für sie:
Liebe,
für die, die der heidnischen wie der gottlosen Welt nutzlos erschienen und erscheinen.“⁵⁵⁰

Das Konzept der „Heiligkeit des Lebens“ oder auch die „Unantastbarkeit“ menschlichen Lebens ist im 20. Jahrhundert wiederholt diskutiert und kritisiert worden⁵⁵¹.

Von der Heiligkeit des Lebens im Zeitalter der technischen Reproduzier- und Manipulierbarkeit zu reden, mag manchem vielleicht unpassend erscheinen, zumindest nicht zeitgemäß.

Wenn wir ausführen müssten, worin die Heiligkeit des Lebens für uns moderne Menschen eigentlich besteht, gerieten wir in große Schwierigkeiten.

Für Menschen, die ihr Leben und ihren Tod in einem hohen Maße als unkontrollierbar erfahren und die sich deshalb am religiösen Glauben orientieren, mag diese Heiligkeit eher Gültigkeit besitzen. Doch für uns heutige Menschen scheint dies nicht zu gelten. Indessen berufen wir uns bei moralischen Entscheidungen statt auf die Heiligkeit lieber auf die Lebensqualität als Kriterium eines erfüllten Lebens und glauben, uns dabei auf etwas Konkretes verlassen zu können⁵⁵².

Der Begriff der Lebensqualität suggeriert uns eine Objektivität, auf deren Basis eine fundierte und abgesicherte Entscheidung möglich ist. Dass die äußere, objektive

⁵⁵⁰ Böll, Heinrich (1957): Eine Welt ohne Christus, In: Was halten sie vom Christentum?, S. 23.

⁵⁵¹ Vgl. hierzu aus der Fülle der Literatur und ohne Anspruch auf Vollständigkeit bspw.: Bayertz, Kurt (1996): Sanctity of life and human dignity. Cahill, Lisa Sowle (1987): Sanctity of life, quality of life, and social justice. Kuhse, Helga (1994): Die „Heiligkeit des Lebens“ in der Medizin. Rachels, James (1986): The End of life. Euthanasie and morality. Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“.

⁵⁵² Vgl. Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“, S. 336f.

Beurteilung von Lebensqualität jedoch gänzlich unmöglich ist, wird in der Diskussion meist ausgeblendet.

Mit dem Prinzip der Heiligkeit menschlichen Lebens wird oft eine Gottergebenheit verbunden, in der Leiden klaglos ertragen werden muss und ein menschliches Eingreifen unmöglich ist. Diese Vorstellung ist wohl tatsächlich unmodern und in unserer heutigen Gesellschaft mit ihrer hoch technisierten Medizin nicht hilfreich. Doch dies ist nach meinem Verständnis auch nicht gemeint. Mit der Heiligkeit menschlichen Lebens – das heißt mit dem Wert menschlichen Lebens um seiner selbst willen – Ernst zu machen, bedeutet vielmehr, unabhängig von einer bestimmten religiösen Glaubensrichtung, sich daran zu erinnern, dass Leid und Sterben auch ein sinnhafter Prozess sein kann.

Viele Menschen erfahren während des Fortschreitens einer schweren Krankheit oder in der Sterbephase eine Konzentration auf das eigentlich Wichtige im Leben. Oft entsteht eine ungeahnte Nähe zu liebgewonnenen Personen; manche Menschen finden in der letzten Lebensphase auch zu einer tiefen Gläubigkeit, die ohne die Krankheit so nicht erfahrbar gewesen wäre.

So kann es ebenso bevormundend sein, Menschen vom Leid abzuschneiden, wie, sie zu zwingen, in diesem Zustand zu verharren.

In einer pluralistischen Gesellschaft kann sich diese Heiligkeit des Lebens nicht mehr selbstverständlich in bestimmten vorgeschriebenen Ritualen manifestieren. Dennoch ist sie deswegen nicht bedeutungslos geworden. Wir besitzen auch heute noch zumindest vage Vorstellungen von der Heiligkeit des Lebens: Wir bewundern einen Menschen, der unter größten Schmerzen weiterleben will, auch und gerade weil wir verstehen würden, wenn er sich nichts als den erlösenden Tod herbeiwünschen würde. Lebensmut in einer auswegslosen Situation erfüllt die meisten von uns mit großer Achtung.

Ich denke, dass unserer heutigen Gesellschaft eine religiöse Orientierung sehr fehlt, die uns gerade in moralischen Entscheidungen von großer Hilfe wäre. Besonders im Umgang mit schwerstbehinderten Neugeborenen gibt es Situationen, die – ganz gleich wie wir entscheiden – Zweifel hinterlassen. Orientierung kann hier nie aus der

Situation heraus entstehen, vielmehr muss sie, wenn überhaupt, aus uns selbst kommen⁵⁵³.

Wenn auch die Kirchen sich in Bezug auf die nationalsozialistischen Krankenmorde sicherlich nicht nur Ruhm und Ehre eingetragen haben und man ihnen vorwerfen kann, sie hätten mehr tun müssen, so muss man doch anerkennen, dass die Kirchen und das Christentum als solches für Werte wie Nächstenliebe und Fürsorge für Schwache und Kranke eintraten. Die Kirchen waren in Zeiten des Krieges immer Zufluchtsort für Hilfesuchende und trugen in den dunklen Zeiten des Nationalsozialismus zumindest dazu bei – man denke an den Stopp der Aktion T4 – noch größeres Unheil zu verhindern.

Und wenn kollektive Empörung ein Zeichen dafür sei, dass ein fundamentaler Wert verletzt worden ist, dann kann das Entsetzen, das auch heute noch weite Teile der Menschheit angesichts der organisierten Euthanasie während des Dritten Reiches befällt, als Hinweis auf das Vorhandensein der Idee einer Heiligkeit des menschlichen Lebens gewertet werden⁵⁵⁴.

Die Entscheidung für die Heiligkeit des Lebens muss nicht notwendigerweise mit einer definitiven Stellungnahme zur Sterbehilfe einhergehen. Dem menschlichen Leben seinen intrinsischen Wert zurückzugeben, bedeutet vielmehr die Auseinandersetzung mit uns selbst und der Gesellschaft, in der wir leben. Wo diese Auseinandersetzung über die Heiligkeit des Lebens und des Sterbens nicht mehr stattfindet, wird das Leben oberflächlich und gehaltlos⁵⁵⁵.

Doch meines Ermessens – und das bedeutet für mich die Heiligkeit des menschlichen Lebens anzuerkennen – sind wir als Menschen verpflichtet, unseren Mitmenschen, unseren Angehörigen und auch unseren Kindern im Sterbeprozess beizustehen, für sie da zu sein, sie mit ihrem Schicksal nicht allein zu lassen. Dazu braucht es keine besondere Erfahrung, keine technischen Hilfsmittel, keine Ethikkommission und keine Richtlinien. Dazu braucht es vielmehr den Mut, als Begleiter und als Eltern da zu sein, obwohl man selbst keine Antwort auf alle Fragen hat, obwohl man selbst vielleicht Angst und Sorge hat. Doch nichts ist für den

⁵⁵³ Vgl. Loewenich, Volker von (1996): The Neonatologist's dilemma, S. 235.

⁵⁵⁴ Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“, S. 350. Vgl. außerdem Durkheim, Emile (1967): Soziologie und Philosophie.

⁵⁵⁵ Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“, S. 351

Sterbenden wertvoller als diejenigen, die ihn lieben, um sich zu wissen, von ihnen unterstützt und anerkannt zu werden⁵⁵⁶.

In unserer Gesellschaft sind wir den Anblick des Leidenden und des Sterbenden nicht mehr gewohnt, der Tod ist aus unserem Lebensalltag verbannt, Sterberituale sind uns abhanden gekommen⁵⁵⁷. Anstatt in einer Glaubensrichtung Halt zu suchen, verlassen wir uns vielmehr auf die moderne Medizin, auf das Urteil von Ärzten und Wissenschaftlern. Gerade in Grenzbereichen, insbesondere in Berührung mit schwerer Krankheit und Sterben, können diese unseren eigentlichen Bedürfnissen jedoch niemals gerecht werden. Schon Wittgenstein brachte dies mit treffenden Worten zum Ausdruck:

„Wir fühlen, dass, selbst wenn alle möglichen wissenschaftlichen Fragen beantwortet sind, unsere Lebensprobleme noch gar nicht berührt sind.“⁵⁵⁸

In der Verarbeitung eines schweren Schicksals kann die Medizin nur einen kleinen Teil übernehmen, eine umfassende Unterstützung muss sicherlich auf einer, wenn nicht religiösen, so zumindest geistig-emotionalen Ebene stattfinden.

Die Umgebung eines religiösen Glaubens, und diesbezüglich sind sich alle großen Religionen gleich, wird dem Umgang mit Leid und Sterben wesentlich besser gerecht, als ein rational-erklärendes Weltbild, das keinen Raum für Unbekanntes lässt. Doch was ist unerklärbarer, unfassbarer und schmerzhafter als das schwere Leiden des eigenen Kindes, als sein Tod?

Unser Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle wird hier aufs Tiefste erschüttert, auch hochmoderne Medizintechniken und teuerste Apparate vermögen es nicht, uns die erwünschte Orientierung zu geben.

Zu allen Zeiten haben Menschen, wenn es ans Sterben ging, ihr Leben in die Hände höherer Mächte legen wollen. Warum sollte dieses Bedürfnis für uns moderne Menschen auf einmal verschwunden sein?⁵⁵⁹

⁵⁵⁶ Vgl. Schockenhoff, Eberhard (1991): Sterbehilfe und Menschenwürde, S. 106-138.

⁵⁵⁷ Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“. S. 346f. Vgl. auch Benjamin, Walter (1977): Der Erzähler, S. 395. Elias, Norbert (1982): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, S. 46.

⁵⁵⁸ Wittgenstein, Ludwig (1922): Tractatus logico-philosophicus, S. 186, (6.52).

⁵⁵⁹ Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“, S. 348.

Wenn wir es schaffen könnten, die Entscheidung über Leben und Sterben wieder ein wenig mehr in Gottes Hand zu legen, würden wir uns eine Aufgabe erträglicher machen, die uns ohnehin unendlich überfordert.

Das Prinzip der Heiligkeit des Lebens zu verinnerlichen fordert von uns volle, liebende Hingabe und uneingeschränktes Engagement im Umgang mit Kranken, Schwachen, Behinderten und anderen Hilfsbedürftigen unserer Gesellschaft.

Klaus Dörner fand dafür folgende Worte:

„Wir müssen [...] üben, es für normal zu halten, daß es so viele Alte, Demente, Hirntraumatiker und Appalliker gibt, auch wenn es uns mitunter schwer fallen sollte, uns damit abzufinden. Und wir haben zu lernen, daß es in unserer Gesellschaft Seinsweisen des dement Seins, des hirntraumatisch Seins, des apallisch Seins genauso gibt wie beispielsweise die des scheinbar störungsfrei und maschinengleich funktionierenden Autofahrers.“⁵⁶⁰

Schönes und Gesundes „heilig“ zu finden, fällt uns leicht. Wir definieren es gerne als Norm, als Ideal und identifizieren uns schnell damit. Schwaches, Krankes und Hässliches hingegen werten wir ab, um uns getrost davon distanzieren zu können. Es fällt uns schwer, Behinderung als einen „Daseinsentwurf anderer Art“⁵⁶¹ zu verstehen, vielmehr betrachten wir sie als Defizit, als genetischen Defekt, der bei der Berechnung des Wertes menschlichen Lebens zu einem negativen Saldo führt⁵⁶².

Doch wenn wir uns vorstellen, es gäbe nur noch Schönes auf der Welt, „Heiliges“, alles wäre in seinem Idealzustand. Es gäbe keine Behinderung, kein Sterben, keinen Schmerz. Alle Menschen wären immer froh, gesund, lächelnd und satt. Wären wir zufriedener?

Vielleicht würden wir innerhalb kürzester Zeit in Langeweile, Oberflächlichkeit und Nichtigkeit abdriften. Die Geburt eines behinderten Menschen gehört zum Leben, sie ist trotz aller Herausforderung für die Betroffenen und ihre Umwelt ein Gewinn, ohne den unsere Gesellschaft ärmer würde⁵⁶³.

⁵⁶⁰ Dörner, Klaus; Daub, Ute (1994): Tödliches Mitleid und bioethisches Kalkül, S. 37.

⁵⁶¹ Nach Heinar Kipphardt (1922-1982), deutscher Schriftsteller.

⁵⁶² Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1994): Die Geschichte der Lebens(un)wert-Diskussion, S. 53.

⁵⁶³ Wunder, Michael (1994): Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen, S. 33.

Jegliche Norm braucht ihre Gegenorm⁵⁶⁴. Jedes Licht braucht seinen Schatten, um zur Geltung zu kommen. Wären wir immer auf der Sonnenseite, würden wir schnell verbrennen, austrocknen, uns verausgaben. Auch der Mensch braucht die Dunkelheit und den Schatten. Zur Gesundheit gehören die Krankheit und die Behinderung. Zum Leben der Tod. Zur Erde der Himmel. Keiner kommt ohne den anderen aus. Jeder braucht den anderen, um zu existieren. Die Heiligkeit des Lebens anzuerkennen, bedeutet meines Ermessens, sich für das Leben als Ganzes zu entscheiden, mit allen seinen Seiten.

⁵⁶⁴ Vgl. Dörner, Klaus; Daub, Ute (1994): Tödliches Mitleid und bioethisches Kalkül, S. 43.

8 Diskussion

Die Geschichte des Nationalsozialismus und insbesondere die Geschehnisse der NS-Krankenmorde führten zu einer Tabuisierung der öffentlichen Diskussion um Sterbehilfe in Deutschland. Eine offene Euthanasie-Debatte, wie sie in europäischen Nachbarländern geführt wird, ist in Deutschland aufgrund der Geschichte des Nationalsozialismus nicht möglich. Dadurch werden moderne und fortschrittliche Lösungen verhindert⁵⁶⁵.

Von liberaler Position wird gefordert, die NS-Geschichte endlich ruhen zu lassen und sich ohne moralische Schuld den aktuellen Aufgaben und Fragen der Gegenwart zu stellen.

Da es allerdings deutliche Kontinuitäten der heutigen Sterbehilfe-Debatte mit der Geschichte der NS-Euthanasie gibt, ist eine endgültige Loslösung von der deutschen Geschichte sehr schwer. Diese Verhaftung mit der Geschichte äußert sich beispielsweise in der großen Skepsis von Teilen der politischen Parteien sowie der Kirchen gegenüber einer Liberalisierung der Euthanasie. Außerdem ist es fraglich, ob es überhaupt erstrebenswert ist, die Geschichte komplett hinter sich zu lassen.

In Deutschland haben wir meines Ermessens aufgrund unserer Geschichte in Fragen der Sterbehilfe die moralische Verpflichtung, uns mit den Geschehnissen der NS-Euthanasie zu konfrontieren. Die entscheidende Frage in dieser Auseinandersetzung ist dabei, was wir konkret aus der Geschichte lernen können.

Vergleicht man die Euthanasie-Debatte des Nationalsozialismus mit der heutigen Diskussion um Sterbehilfe, sieht man, dass bestimmte Strukturmomente damals wie heute vorhanden sind. Hierzu zählen die große Ambivalenz gegenüber kindlicher Sterbehilfe seitens der Eltern, aber auch das Aufkommen der Debatte zu einer Zeit, in der über Ressourceneinsparung diskutiert wird. Damals wie heute findet sich gesellschaftliche Diskriminierung Behinderter als Einflussfaktor für die Diskussion um Euthanasie. Der Begriff des Mitleids wird in den Vordergrund der Legitimation der Sterbehilfe gerückt, dies geschah analog in der nationalsozialistischen Euthanasie-Debatte. In einigen Aspekten kann auch eine Entwicklung im Sinne der Slippery-Slope, einem Abrutschen auf der Schiefen Ebene, beobachtet werden.

⁵⁶⁵ Vgl. Czerner, Frank (2004): Das Euthanasie-Tabu.

Es geht also um die Betrachtung bestimmter Kontinuitäten, die die Euthanasie-Debatten damals wie heute kennzeichnen.

Bezüglich der Kindereuthanasie besteht, wie erwähnt, eine dieser Kontinuitäten in der Haltung der Eltern. Zur Zeit des Nationalsozialismus als auch heute zeigt sich bei Eltern schwerstbehinderter Kinder in der Frage der Lebensbeendigung ihres Kindes eine ausgeprägte Ambivalenz. Die gegensätzlichen Gefühle betroffener Eltern erstrecken sich hierbei zwischen Liebe und Fürsorge einerseits und eigener Überforderung und Abneigung gegenüber dem Kind andererseits. Durch die Geburt eines schwerbehinderten Kindes kann das Leben von Eltern eine starke Einschränkung erfahren, die Überforderung der Eltern kann so weit gehen, dass diese sich bewusst oder unbewusst den Tod des Kindes herbeisehnen. So ist eine Entscheidung für den Tod des schwerbehinderten Kindes unter Umständen nicht rein vom Wunsch nach Wohlergehen des Kindes, sondern auch von Eigenmotiven der Eltern beeinflusst. Diese ambivalenten Gefühle der Eltern stehen im Kontext der Zeit und werden je nach gesellschaftlichem Klima, den Entscheidungsregeln des medizinischen Systems und den staatlichen Vorgaben in eine bestimmte Richtung gelenkt.

In der Geschichte der Kindereuthanasie spielte diese Ambivalenz der Eltern, wie in dieser Arbeit ausführlich erörtert wurde, eine entscheidende Rolle für die Durchführung der Kindermorde. Die Täter der NS-Kindereuthanasie missbrauchten die Ambivalenz der Eltern, indem sie ihnen die Entscheidung über den Tod des Kindes abnahmen und ihnen auf subtile Weise durch eine „Erlösung“ des Kindes Entlastung boten.

Diese von Ambivalenz geprägte Haltung der Eltern erfordert heute im Umgang mit Behandlungsentscheidungen bei schwerstbehinderten Neugeborenen besondere Beachtung. Denn aus den geschichtlichen Euthanasieverbrechen ist somit eine entscheidende Lehre für den Umgang mit Eltern schwerstbehinderter Kinder zu ziehen.

Einerseits dürfen Eltern in ihrem Mitspracherecht auf keinen Fall übergangen werden, der Meinung der Eltern gebührt sehr hohe Beachtung und Anerkennung. Denn erst durch einen Dialog mit den Eltern, die emotional am stärksten mit ihrem Kind verbunden sind, wird eine ethisch vertretbare Lösung möglich, die sicherlich immer wieder in der individuellen Einzelfallentscheidung liegen wird.

Andererseits dürfen Eltern im Umgang mit schwerwiegenden Entscheidungen bezüglich der Behandlung ihres Kindes aber auch nicht überfordert werden. Unter Umständen muss das Leben des Kindes sogar vor den Eigeninteressen der Eltern geschützt werden.

Am bedeutendsten in dieser Hinsicht ist sicherlich eine angemessenen Unterstützung und Beratung der Eltern im Umgang mit schwerwiegenden Entscheidungen seitens der Ärzte, aber auch die psychosoziale Unterstützung in der Bewältigung, mit ihrem Schicksal eines schwerbehinderten Kindes zu leben.

Aus der Erfahrung der Geschichte ist somit für den Umgang mit Eltern schwerbehinderter Kinder zu lernen, ein besonderes Augenmerk einerseits auf den Dialog mit den Eltern, andererseits auf die Unterstützung der Eltern zu richten.

Neben der Haltung der Eltern lässt sich ein weiteres entscheidendes Kontinuum ausmachen, wenn man die Entstehung der Euthanasie-Debatten damals und heute betrachtet. Sowohl in der ursprünglichen Idee des erlaubten Freitods eines schwer leidenden Menschen, aus der sich die Euthanasie-Debatten damals wie heute entwickelten, als auch in der schrittweisen Ausweitung dieser Idee hin zur letztendlichen Legalisierung der Euthanasie, ergeben sich deutliche Parallelitäten.

Ursprünglich steht zu Beginn der Diskussion um Sterbehilfe der Wunsch eines Menschen nach dem Tod, da er sein Leben als unerträglich empfindet.

Dieser Ausgangspunkt findet sich in den Forderungen Adolf Josts in der frühen Euthanasiedebatte des ausgehenden 19. Jahrhunderts, sowie heute am Beispiel der Debatte um die Legalisierung des assistierten Suizids unheilbar kranker Patienten.

Anhand des in dieser Arbeit erörterten Arguments der schiefen Ebene zeigt sich, dass die ursprünglich ethisch vertretbare Überzeugung von der Selbstbestimmung eines Menschen über sein Leben im Laufe der Zeit eine Tendenz zur Ausweitung erfährt.

In der Geschichte entstand aus den Forderungen Josts nach der Tötung auf Verlangen die von Binding und Hoche angestoßene Debatte um die Vernichtung lebensunwerten Lebens, in der die Forderung nach einer staatlichen Regelung zur Tötung bestimmter Menschengruppen laut wurde.

In einem weiteren Schritt auf der schiefen Ebene kam es 1939 bis 1945 im Rahmen der nationalsozialistischen Kindereuthanasie zu den grausamen Morden an tausenden Kindern.

In den Niederlanden wird heute, nachdem die Tötung auf Verlangen – in Form des assistierten Suizids – legalisiert wurde, die Praxis der Euthanasie bereits auf die schmerzlose Tötung nichteinwilligungsfähiger Patienten ausgedehnt.

Seit 2005 werden in den Niederlanden auf der Grundlage des Groninger Protokolls schwerstbehinderte Neugeborene schmerzlos getötet.

Diese Gegenüberstellung der NS-Euthanasieverbrechen mit der heutigen Praxis in den Niederlanden erscheint sehr erschreckend und manchem gar provokativ. Sicherlich bestehen auch Unterschiede im Vergleich zur NS-Kindereuthanasie. So spricht allein die relativ geringe Zahl der Neugeborenen-Euthanasiefälle, in den Niederlanden sind es bis zu 20 Kinder jährlich⁵⁶⁶, dafür, dass die Regelung nur einen sehr begrenzten Personenkreis erfasst. Auch im Procedere liegt ein entscheidender Unterschied. Vor einer Entscheidung zur Lebensbeendigung eines Kindes muss die Aussichtslosigkeit auf Besserung des Leidens, auch unter Einbeziehung chirurgischer und medikamentöser Therapiemöglichkeiten, gesichert sein. Kinder können nur nach dem ausdrücklichen Einverständnis beider Eltern, sowie dem unabhängigen Urteil eines zweiten Arztes, getötet werden. Die Tötungsmethode muss nach neuestem technischen Standard erfolgen und erspart den Neugeborenen so Schmerzen und Leid während des Sterbeprozesses. Weiterhin muss der komplette Sachverhalt genau dokumentiert und gemeldet werden. So wird ein offener Umgang mit der Thematik gefördert.

Jedoch darf trotz der angeführten Unterschiede die Tatsache nicht aus den Augen verloren werden, dass es sich um die Tötung von Menschen ohne deren Einverständnis handelt. Der ursprüngliche Euthanasiegedanke war jedoch, damals wie heute, die Erlösung schwerkranker Patienten durch den Tod auf deren ausdrücklichen Wunsch.

In der Geschichte entwickelten sich aus dieser Idee schlussendlich die NS-Euthanasieverbrechen, in den Niederlanden kann man bereits eine schrittweise

⁵⁶⁶ Verhagen, Eduard; Sauer, Pieter J. J. (2005): The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns, S. 960.

Ausweitung des Personenkreises erkennen, der sich mittlerweile auf einwilligungsunfähige Personen erstreckt, die aufgrund ihres „mutmaßlichen Willens“ getötet werden.

Es ist die Frage, was wir aus der Geschichte lernen. Geschichte kann immer nur *ein* Beispiel von zahlreichen Möglichkeiten menschlichen Handelns liefern. Niemand kann in die Zukunft schauen und wird sagen können, in welche Richtung sich die heutige Praxis der Sterbehilfe entwickeln wird. Es wird auch niemals eine eins-zu-eins Wiederholung der Geschichte geben.

Entscheidend ist jedoch, dass wir uns bewusst sind, wie groß die Übereinstimmung der Ausgangsüberlegungen der Sterbehilfe-Debatten damals und heute sind, denn gewisse grundsätzliche Strukturmomente der schiefen Ebene, sind unter Umständen vorhersehbar. So bedeutet die Legitimation einer moralisch vertretbaren Regelung wie der Lebensbeendigung eines unerträglich leidenden Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch – der ursprüngliche Euthanasiegedanke – keinen Schutz vor der schrittweisen Ausdehnung einer solchen Regelung hin zu einem ethisch nicht vertretbaren Zustand, wie der Tötung von Menschen ohne deren ausdrückliches Einverständnis oder sogar gegen deren Willen.

Wenn wir Geschichte als warnendes Beispiel begreifen, werden wir heutigen Entscheidungen um die Legalisierung von Sterbehilfe mit großer Wachsamkeit und möglichst bedacht begegnen.

So ist aus der Geschichte der NS-Kindereuthanasie im Wesentlichen lehrreich, welche große Gefahr eine *staatliche* Regelung der Sterbehilfe bedeutet.

In dieser Hinsicht sind es die Politiker, die aufgerufen werden können, aus der Geschichte zu lernen und eine staatliche Lösung der Euthanasie zu verhindern. Den einzelnen Menschen durch eine gesetzliche Regelung als Entscheidungsträger zu entlasten, ist zwar für den Einzelnen zunächst erleichternd, birgt jedoch eine große Gefahr des Missbrauchs in sich.

Lediglich das tugendhafte Engagement jedes Einzelnen, die emotionale Involvierung des Arztes und die Miteinbeziehung aller Beteiligten in den Entscheidungsprozess, ermöglicht in schwierigen Grenzsituationen eine ethisch richtige Entscheidung.

Insofern können wir Ärzte aus der Geschichte lernen, wie wichtig es ist, Mensch zu bleiben in der Medizin. Wie wichtig es ist, sich berühren zu lassen vom Schicksal des

Patienten, um in der Lage zu sein, echtes Mitgefühl zu empfinden und eine gute Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Auch Bescheidenheit können wir Ärzte lernen, Bescheidenheit vor der höheren Ordnung des Lebens und Sterbens eines jeden Menschens. Wir sind nicht diejenigen, die bestimmen, *wann* ein Leben zu Ende geht, wir sind lediglich diejenigen, die beistehen dürfen, *wenn* es zu Ende geht.

Lehrreich ist auch die Erkenntnis, welchen großen Einfluss wir als Ärzte auf Patienten und Angehörige – in unserem Falle insbesondere die Eltern – haben. Dieser Einfluss bringt eine große moralische Verpflichtung an Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit mit sich.

Dieser hohen Forderung an die ethische Kompetenz des Arztes muss allerdings mit einer angemessenen ethischen Ausbildung und Unterstützung der Ärzte im Berufsalltag begegnet werden. Schon in der Ausbildung nimmt das Fach Ethik der Medizin angesichts der zunehmenden Relevanz in der heutigen hochmodernen Medizin einen erschreckend kleinen Raum ein. Im beruflichen Alltag sollten ethische Fortbildungen für praktizierende Ärzte verpflichtend sein, besonders für diejenigen, die verstärkt mit ethischen Konfliktsituationen konfrontiert sind. Dies wäre zum Beispiel durch regelmäßige Fallvorstellungen mit ethischer Diskussion und Beratung denkbar.

Ethikberatungen und -konsile von speziell ausgebildeten Fachleuten sollten sowohl für Patienten und ihre Angehörigen als auch für Ärzte stärker in den klinischen Alltag integriert werden. Vorstellbar wäre auch ein Modell, in dem ausgebildete Ethiker automatisch in den Entscheidungsprozeß mit einbezogen werden müssen. Vergleichbar mit dem etablierten Beratungssystem vor einer Abtreibung könnte bei Behandlungsentscheidungen schwerstbehinderter Neugeborener ein festgesetzter Beratungs- und Betreuungsmodus, der sowohl Ethiker als auch Psychologen und Sozialarbeiter mit einbeziehen muss, für Ärzte und Eltern sehr hilfreich sein.

Für jeden Einzelnen kann die Geschichte der Kindereuthanasie im Hinblick auf den eigenen Umgang mit behinderten Menschen lehrreich sein.

Es stellt sich die Frage, inwieweit in unserer heutigen Gesellschaft stigmatisierendes Denken verbreitet ist. Meines Ermessens ist die Tendenz zur Stigmatisierung etwas allzu menschlich und es gäbe keine größere Illusion als zu glauben, wir wären in unserer heutigen Zeit vollends davon befreit. Denken in Stigmatisierung gibt

Sicherheit und schafft ein Gefühl der Zugehörigkeit. Die Abgrenzung gegen das, was wir als fremd, als anders definieren, hilft uns als einzelne Menschen und als ganzes Volk, zu unserer Identität finden. So fördern Zeiten der Krise und Orientierungslosigkeit sicherlich Ausgrenzung von Andersartigkeit – im Endeffekt Stigmatisierung.

In unserer heutigen Gesellschaft ist dieses Thema sicherlich nicht weniger aktuell als zur Zeit des Nationalsozialismus. Gerade heute sind junge Menschen häufig orientierungs- und haltlos, ein klares Bild von der Zukunft ist oft nicht vorgegeben. Viele junge Menschen haben heute eine Entscheidungsfreiheit, wie es sie in der Geschichte wohl kaum gegeben hat, moralische Werte und gesellschaftliche Normen sind teilweise aufgeweicht, relativer geworden. Dies ist einerseits ein großes Privileg, andererseits verlangt diese Freiheit auch ein Maß an innerer Stärke und Zielgerichtetheit, das nicht immer leicht zu finden und zu entwickeln ist. Deshalb ist es in unserer Zeit genauso entscheidend, wachsam und sensibel gegenüber aufkommender Diskriminierung zu sein.

Uns in der Sicherheit zu wägen, wir würden ohnehin in einem demokratischen Rechtsstaat leben und die Gräueltaten des Nationalsozialismus lägen glücklicherweise weit zurück, wird der Thematik sicherlich nicht gerecht.

Denken in Stigmatisierung fängt im Kleinen, bei jedem Einzelnen von uns an.

9 Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde die Frage untersucht, ob wir aus der Geschichte der nationalsozialistischen Kindereuthanasie für die heutige Debatte um Sterbehilfe bei behinderten Neugeborenen Argumente und Orientierungshilfen für notwendige Entscheidungsprozesse ableiten – ob wir also aus der Geschichte lernen können.

Die Geschichte der Kindereuthanasie

Die Kindereuthanasie im Nationalsozialismus begann um das Jahr 1939, der ideengeschichtliche Hintergrund, aus dem die Debatte um lebensunwertes Leben erwuchs, geht allerdings bis in die 1890er Jahre zurück. Im Jahre 1920 konkretisierte sich die Euthanasiedebatte mit der Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von Binding und Hoche, die später dem nationalsozialistischen Euthanasie-Programm als moralische Legitimation diente.

Die Kindereuthanasie wurde von einem führernahen Kreis von Kinderärzten, Psychiatern und Juristen genauestens geplant. Hierzu wurde ein Gremium unter dem Decknamen „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ gegründet, das den Kindermord organisierte. Alle Kinderärzte, Hebammen und Allgemeinärzte wurden zur Meldung behinderter Kinder verpflichtet. Die gemeldeten Kinder wurden von Gutachtern, die die Kinder zum Teil nie gesehen hatten, „beurteilt“. Das Spektrum der für lebensunwert befundenen Kinder reichte von leichten Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu schweren geistigen und körperlichen Behinderungen. Im gesamten Reich wurden so genannte Kinderfachabteilungen eingerichtet, die die Beobachtung, endgültige Selektion und Tötung dieser Kinder übernahmen. In der Regel waren diese Fachabteilungen in Heil- und Pflegeanstalten in einer Weise integriert, dass sie ihre Arbeit unerkannt ausführen konnten. Die Kinder wurden meist mit einem überdosierten Beruhigungsmittel getötet. Dieses führte den Tod langsam herbei, so dass ein natürliches Sterben vorgetäuscht werden konnte. Insgesamt fielen wohl bis zu 10.000 Kinder diesem Verfahren zum Opfer.

Die Haltung der Eltern

Bemerkenswert ist die Haltung der betroffenen Eltern, die aus erhaltenen Briefen teilweise rekonstruiert werden kann. Der relativ geringe Widerstand eines Teils der Eltern gegen die Tötung ihrer Kinder ist dabei besonders auffallend. Dies ist nur mit einer ambivalenten Haltung seitens der Eltern erklärbar. Einerseits waren die Gefühle der Eltern von Sorge um das Wohlergehen ihres Kindes geprägt, die Angst, das Kind könne zu sehr leiden, war groß. Andererseits waren die Eltern durch die Behinderung ihres Kindes häufig selbst sehr belastet, sowohl finanziell als auch gesellschaftlich standen Eltern behinderter Kinder häufig unter einem enormen Druck. Diese Ambivalenz seitens der Eltern wurde von den Nationalsozialisten in subtiler Weise aufgegriffen und benutzt. Dem Wunsch der Eltern nach Entlastung wurde durch das Angebot, ihnen die Entscheidung über das Schicksal ihres Kindes abzunehmen, entsprochen. Die Sorge um das Leiden ihres Kindes sollte den Eltern durch das Gefühl genommen werden, ihr Kind werde von seinem schweren Schicksal „erlöst“.

Aktuelle Praxis in unseren Kliniken

Von besonderer Bedeutung für die aktuelle Diskussion um Sterbehilfe bei behinderten Neugeborenen ist die Tatsache, dass die gegenwärtige Behandlungspraxis in Kliniken in Deutschland stark differiert. Die Einbecker Empfehlungen, die seit 1986 den Umgang mit schwerstbehinderten Neugeborenen regeln sollen, sind nicht flächendeckend bekannt. Momentan ist die Behandlungspraxis stark von der Klinik und den dort behandelnden Ärzten abhängig. Dies geht teilweise so weit, dass die gleiche Krankheit in der einen Klinik maximal behandelt wird, während in der anderen das so genannte „hands-off“ praktiziert wird, was einem Behandlungsabbruch mit Todesfolge entspricht. Eltern und Ärzte befinden sich in einer unregelmäßigen und rechtlich unklaren Situation. Hinzu kommt, dass die oben angesprochenen ambivalenten Gefühle, wie sie bei Eltern behinderter Kinder im Nationalsozialismus beobachtet werden können, auch bei Eltern heute eine große Rolle spielen. Die allgemein fehlende Klarheit im Umgang mit Grenzsituationen am Lebensbeginn wirkt damit umso brisanter, denn die ambivalenten Gefühle der Eltern stehen natürlich immer im Kontext der Zeit und werden je nach gesellschaftlichem Klima, den Entscheidungsregeln des

medizinischen Systems und den staatlichen Vorgaben in eine bestimmte Richtung gelenkt.

Der Arzt als Entscheidungsträger

Im Fall von derartigen ethischen Konfliktsituationen gibt es eine starke Tendenz der Gesellschaft, die Entscheidung über Leben oder Sterben eines Kindes den Ärzten zu übertragen. Es werden Erwartungen an den Arzt gestellt, die dieser nicht erfüllen kann. Dem Arzt wird hier neben der primär medizinischen Kompetenz eine ethische Entscheidung zugemutet, die aus medizinisch-ärztlicher Sicht alleine nicht zu lösen ist. Vergessen wird dabei, dass Schicksalsschläge wie die Geburt eines schwerbehinderten Kindes weit mehr als nur ein medizinisches – allem voran nämlich ein psychosoziales – Problem sind. Ärzte sind allerdings in erster Linie Mediziner und müssen sich meines Ermessens auch auf ihre Rolle als Mediziner und als Erhalter des Lebens im Sinne des Hippokratischen Eides beschränken. Sie können nicht ungelöste gesellschaftliche Probleme auf ihre Schultern nehmen, sich zum Entscheider über den Todeszeitpunkt eines Menschen aufschwingen, sondern sind angehalten, diese Verantwortung an die Gesellschaft, in unserem Falle insbesondere an die Eltern, zurückgeben. Ärztliches Handeln bewegt sich in solchen Grenzfällen auf einem schmalen Grat zwischen einer Haltung von Empathie und Halt gebender Fürsorge einerseits und der eindeutigen Rückgabe der Verantwortung an die Eltern andererseits. Darüber hinaus sind Ärzte angehalten, primär dem Kind, ihrem Patienten, zu helfen, und dieses Kind auch entgegen eventuellen Eigeninteressen der Eltern medizinisch und menschlich optimal zu versorgen.

Aktive Sterbehilfe und das Argument der Schiefen Ebene

In der moralphilosophischen Debatte gibt es auch heute nach wie vor Stimmen, die stark für die aktive Sterbehilfe bei behinderten Neugeborenen eintreten. Als Begründung wird angeführt, dass die aktive Sterbehilfe den Tod schnell und ohne unnötig starkes Leid herbeiführe. Utilitaristische Argumentations-Modelle wie das von Peter Singer argumentieren mit der „Ersetzbarkeit“ eines Lebewesens. Demnach sei die Tötung eines behinderten Säuglings gerechtfertigt, da dadurch das Leben eines neuen gesunden Kindes ermöglicht werde und so die Gesamtsumme an Glück – nicht zuletzt für die betroffenen Eltern – größer sei.

Das Hauptargument, das aus historischer Sicht gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe angeführt werden kann, ist das Argument der schiefen Ebene, auch Dammbrech- oder Slippery-Slope-Argument genannt. Hierunter versteht man die unaufhaltsame Ausweitung einer zu Beginn unbedenklichen Regelung auf letztlich moralisch nicht vertretbare Zustände. Vergleicht man die Euthanasie-Debatte im Vorfeld des Nationalsozialismus mit der heutigen Diskussion um die Sterbehilfe, ergeben sich, insbesondere wenn man sich die Anfänge ansieht, aus denen die historische und die gegenwärtige Euthanasie-Debatte jeweils entstanden ist, starke Übereinstimmungen. Vor allen Dingen sieht man auch, dass die Tendenz zur Ausweitung nach wie vor vorhanden ist.

Damals wie heute ging die Diskussion um Sterbehilfe von Fällen schwerkranker Patienten aus, die um den Tod baten, um von ihrem schweren Leiden erlöst zu werden. Diese zu Beginn moralisch vertretbar erscheinende Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen findet sich in den Forderungen Adolf Josts in der frühen Euthanasiedebatte des ausgehenden 19. Jahrhunderts, sowie heute zum Beispiel in der Debatte um die Legalisierung des assistierten Suizids unheilbar kranker Patienten. Wie für eine Slippery-Slope-Argumentation typisch, zeigt sich, dass die ursprünglich ethisch vertretbare Überzeugung von der Selbstbestimmung eines Menschen über sein Leben und seinen Tod im Laufe der Zeit eine Tendenz zur Ausweitung erfährt: In der Geschichte entstand aus der ursprünglichen Debatte um das Recht auf den Tod im Sinne der Selbstbestimmung des Menschen die Frage, ob nicht auch Menschen in die Euthanasie mit einbezogen werden sollen, die ihren Willen nicht mehr äußern können. Die von Binding und Hoche angestoßene Debatte um die Vernichtung lebensunwerten Lebens, in der die Forderung nach einer staatlichen Regelung zur Tötung bestimmter Menschengruppen laut wurde, war eine weitere Folge dieser Entwicklung. Sie bedeutete den Übergang von der freiwilligen zur nichtfreiwilligen Euthanasie. Im Weiteren kam es 1939 bis 1945 im Rahmen der nationalsozialistischen Kindereuthanasie schließlich zu den grausamen Morden an tausenden Kindern. Der entscheidende Schritt ist hierbei der Übergang von der Legitimation der Tötung auf Verlangen hin zur Tötung nichteinwilligungsfähiger Menschen.

In den Niederlanden wird heute, nachdem die Tötung auf Verlangen und der assistierte Suizid gleichermaßen legalisiert wurden, die Praxis der Euthanasie bereits auf die schmerzlose Tötung nichteinwilligungsfähiger Patienten ausgedehnt.

2005 wurden dort 22 Fälle von aktiver Euthanasie an unheilbar kranken Neugeborenen veröffentlicht, obwohl aktive Sterbehilfe an Minderjährigen damals unter Strafe stand. Diese Publikation bezieht sich auf das Groninger Protokoll, in dem die Sterbehilfe an Neugeborenen als legitim definiert wurde, wenn das Leid des Kindes „unerträglich“ und die Prognose sehr schlecht ist. Genannt werden beispielsweise Fälle von schwerer Spina bifida. Das Groninger Protokoll stellt mittlerweile die öffentliche Grundlage dafür dar, von einer Strafverfolgung der Ärzte bei aktiver Sterbehilfe an schwerstkranken Neugeborenen abzusehen.

Diese Gegenüberstellung der niederländischen Regelung im Vergleich zur NS-Kindereuthanasie erfordert sicherlich auch einen Hinweis auf die vorhandenen Unterschiede. So spricht die eher geringe Zahl der Neugeborenen-Euthanasiefälle in den Niederlanden, bis zu 20 Kinder jährlich, für eine relative Begrenzung des erfassten Personenkreises. Auch im Procedere liegt ein entscheidender Unterschied. Vor einer Entscheidung zur Lebensbeendigung eines Kindes muss die Aussichtslosigkeit auf Besserung des Leidens, auch unter Einbeziehung chirurgischer und medikamentöser Therapiemöglichkeiten, gesichert sein. Kinder können nur nach dem ausdrücklichen Einverständnis beider Eltern, sowie dem unabhängigen Urteil eines zweiten Arztes, getötet werden. Die Tötungsmethode muss nach neuestem technischen Standard erfolgen und erspart den Neugeborenen so Schmerzen und Leid während des Sterbeprozesses. Weiterhin muss der komplette Sachverhalt genau dokumentiert und gemeldet werden. So wird ein offener Umgang mit der Thematik gefördert.

Auch wird von den Befürwortern der Neugeborenen-Euthanasie argumentiert, dass diese zum Wohl und im Interesse der betroffenen Kinder, also aus deren Binnenperspektive heraus, durchgeführt wird. Es stellt sich jedoch die Frage, ob eine solche Entscheidung im Sinne der Kinder von außen überhaupt möglich ist und ob die Entscheidung implizit nicht doch durch gesellschaftliche und ökonomische Faktoren beeinflusst wird. Für diese Frage ist das historische Beispiel der Kindereuthanasie lehrreich. Außerdem darf trotz dieser genannten Unterschiede auch die Tatsache nicht aus den Augen verloren werden, dass es sich dabei um die

Tötung von Menschen ohne deren Einverständnis handelt. Der ursprüngliche Euthanasiegedanke war jedoch, damals wie heute, die Erlösung schwerkranker Patienten durch den Tod auf deren ausdrücklichen Wunsch. In der Geschichte entwickelten sich aus dieser Idee schließlich die NS-Euthanasieverbrechen, in den Niederlanden kann man eine schrittweise Ausweitung des Personenkreises erkennen, der sich mittlerweile auf einwilligungsunfähige Personen erstreckt, die aufgrund ihres „mutmaßlichen Willens“ getötet werden.

Die Frage der Entscheidung über Wert und Unwert von Leben

Grundsätzlich stellt sich bei einer Diskussion über Sterbehilfe die Frage, ob es generell zulässig ist, über den Wert eines anderen Lebens zu urteilen. Die Tötung eines Kindes aufgrund seiner Behinderung beinhaltet, sei es bewusst oder unbewusst, immer ein negatives Urteil über den Wert dieses Lebens. Im Nationalsozialismus wurden Kinder aufgrund einer Behinderung oder auch nur aufgrund verminderter Intelligenz als lebensunwert und damit als unnützlich für die Gesellschaft eingestuft. Unter der Prämisse der gesellschaftlichen Unbrauchbarkeit wurden diese „Ballastexistenzen“, wie Hoche es formulierte, von ihren Eltern getrennt und getötet. In diesem Sinne können die unzähligen Morde, die im Rahmen der Kindereuthanasieverbrechen geschehen sind, als Konsequenz einer scheinbar harmlosen Differenzierung von lebenswertem und lebensunwertem Leben verstanden werden. Die Tötung wurde im Rahmen der Ideologie einer biologischen Sanierung der Gesellschaft verharmlost und verschleiert, um sie in der Bevölkerung akzeptabel erscheinen zu lassen.

Am Beispiel der Geschichte sieht man somit, dass sich Lebenswertbestimmung nicht trennen lässt von gesellschaftlicher Wertbestimmung. Nimmt man dies ernst, muss man letztendlich von jeglicher Fremdbestimmung über den Wert oder Unwert menschlichen Lebens Abstand nehmen. Daraus würde folgen, dass Fragen der medizinischen Behandlung bzw. Nichtbehandlung bis hin zur Tötung nicht an die Tatsache einer Behinderung geknüpft werden dürften.

Pränatale Diagnostik und selektive Abtreibung

In dieser Arbeit wird auch auf die aktuelle Praxis der Pränataldiagnostik und der selektiven Abtreibung in Deutschland eingegangen, da sich bezüglich der ethischen Entscheidungshintergründe für beide Thematiken starke Parallelen ergeben.

In Deutschland wird von der Praxis der Pränataldiagnostik und selektiven Abtreibung mehr und mehr Gebrauch gemacht. Einerseits steigen die Zahlen prognostizierter Fehlbildungen durch genauere diagnostische Methoden, andererseits nehmen aber auch die Abtreibungen nach Pränataldiagnostik stark zu. So werden heute beispielsweise bis zu 90 Prozent aller Embryos mit pränataldiagnostisch festgestelltem Down-Syndrom abgetrieben.

Ein Kind, bei dem durch eine pränataldiagnostische Untersuchung eine Behinderung festgestellt wurde, kann nach §218 a, Absatz 2, des StGB unter der Begründung des unzumutbaren „seelischen Gesundheitszustandes“ der Mutter auf ihren Wunsch hin sogar noch bis kurz vor der Geburt abgetrieben werden. Die Abtreibung eines gesunden Kindes darf im Gegensatz hierzu nur bis zur 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden. Unterstützt durch die zunehmende Verfeinerung der pränatalen Diagnostik werden auf diese Weise behinderte Kinder unter breiter gesellschaftlicher Akzeptanz ausselektiert und getötet.

Die Entscheidung, ein Kind allein aufgrund seiner Behinderung zu töten, impliziert eine Bewertung behinderten Lebens. Über die Geburt eines gesunden Kindes hätten sich die Eltern gefreut, ein behindertes Kind hingegen wird abgetrieben. Somit wird der Wert eines behinderten Lebens geringer beurteilt als der eines gesunden. Aus ethischer Sicht ist, zumindest im Hinblick auf das Kind, der Unterschied, ob dieses noch im Mutterleib oder bereits geboren ist, irrelevant. In beiden Fällen wird ein Kind getötet, da sein Leben als unwert beurteilt wurde. Besonders wenn man bedenkt, mit welchen Methoden solche Spätabtreibungen durchgeführt werden, erscheinen diese aus ethischer Sicht in keiner Weise vertretbarer als die aktive Tötung bereits geborener behinderter Kinder. Juristisch besteht zwischen Abtreibung und Tötung allerdings ein deutlicher Unterschied.

Hier gibt es dringenden Handlungsbedarf im Sinne einer sehr kritischen Abwägung der Indikation für eine pränataldiagnostische Untersuchung. Es gilt vor allem, die Entscheidungsdilemmata zu berücksichtigen, in die Eltern geraten, bei deren Kind eine schwere Behinderung diagnostiziert wird. Erst durch das Wissen um die

Behinderung ihres Kindes wird den Eltern auferlegt, über Leben oder Tod ihres Kindes zu entscheiden. Diese möglichen Folgen erfordern eine intensive Beratung der Eltern bereits vor der Entscheidung zur Durchführung einer pränataldiagnostischen Untersuchung. Im Hinblick auf die Frage des Lebenswert-Urteils ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die bestehende gesetzliche Regelung ein Urteil über den Wert bzw. Unwert behinderten Lebens zumindest indirekt zulässt.

Aktive versus passive Sterbehilfe – Gibt es einen Unterschied?

Neben der Frage, ob Fröheuthanasie aufgrund einer Lebensunwert-Entscheidung überhaupt ethisch zulässig ist, gibt auch die Methode der Tötung Anlass zur Diskussion. Hier wird insbesondere die aktive Sterbehilfe als moralisch problematisch angesehen. Aktive Sterbehilfe heißt, ein Lebewesen aktiv, beispielweise mit einem Medikament, zu töten. Im Gegensatz hierzu bedeutet passive Sterbehilfe den Verzicht auf beziehungsweise den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen. Die Entscheidung zum Beispiel eine hinzukommende, tödliche Infektion vor dem Hintergrund eines finalen, unheilbaren Leidens nicht mehr zu behandeln, ist mit passiver Sterbehilfe gleichzusetzen. Insbesondere in utilitaristischen Ansätzen wird argumentiert, dass im Ergebnis der Handlungen aktive oder passive Sterbehilfe keinen Unterschied macht, auf welche Weise der intendierte Tod herbeigeführt wurde. Dies wird dann als Argument für die aktive Sterbehilfe als schmerzlose und den Tod nicht unnötig hinauszögernde Methode angeführt.

Ein zentraler Vorwurf gegen die Legitimation der aktiven Sterbehilfe eines schwerbehinderten Kindes, sei es geboren oder ungeboren, ist jedoch der der fehlenden Abgrenzbarkeit gegenüber leichter behinderten Kindern oder sogar gesunden, aber zum Beispiel unerwünschten Kindern. Dieser Vorwurf trifft für die Praxis des Sterbenlassens zumindest nicht ohne weiteres zu. Die passive Sterbehilfe ist nicht im gleichen Maße gefährdet, eine Ausweitung zu erfahren, denn die Frage nach einem Behandlungsabbruch oder dem Nichtdurchführen einer Behandlung stellt sich lediglich bei Säuglingen, die schwerstkrank sind und ohne eine Behandlung sterben würden. Eine Ausweitung auf leichter behinderte oder gesunde Kinder scheint hier kaum möglich. Die Forderung nach einer klaren Grenze ist somit eher erfüllt als bei der aktiven Sterbehilfe.

Ein wichtiges Ergebnis der historischen Auseinandersetzung mit der Kindereuthanasie, aber auch der Euthanasie im Nationalsozialismus überhaupt, ist sicherlich, an einer klaren Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe festzuhalten. Die passive Sterbehilfe ist in der deutschen Rechtsprechung allgemein anerkannt, die aktive Sterbehilfe hingegen ist, nicht zuletzt wegen der Gefahr einer Ausweitung, in Deutschland rechtlich nicht zulässig.

Darüber ob die passive Sterbehilfe, also die Tötung durch Behandlungsverzicht, aber nicht ebenfalls ein Lebenswert-Urteil voraussetzt, gibt es geteilte Ansichten. Befürworter der aktiven Sterbehilfe postulieren, die passive Sterbehilfe verschleierte lediglich die Tötungsabsicht und impliziere im gleichen Maße ein Urteil über den Lebenswert eines Kindes, wie die aktive Sterbehilfe dies tut. In diesem Argument ist den Befürwortern sicherlich recht zu geben. Die Schlussfolgerung, die aktive Sterbehilfe deshalb als ehrlichere und humanere Form der Sterbehilfe zu befürworten, halte ich jedoch für nicht zulässig.

Wenn nun beiden Formen der Sterbehilfe ein Lebensunwert-Urteil zugrunde liegt, müsste man somit jegliche Form der Sterbehilfe aufgrund einer Behinderung an geborenen wie ungeborenen Kindern ablehnen. Meiner Meinung nach eindeutig ist, dass Entscheidungen über den Behandlungsabbruch bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, die allein aufgrund der Behinderung gefällt werden, als Lebensunwert-Urteil betrachtet werden müssen und somit ethisch nicht zulässig sind. Wenn nicht die Behinderung selbst, so stellt sich die Frage, was dann als Entscheidungskriterium für die passive Sterbehilfe dienen kann. Wird eine Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder über das Nichtdurchführen einer Behandlung aufgrund einer Aussichtslosigkeit auf Besserung getroffen, würde diese gleichermaßen für behinderte und nicht behinderte Kinder gelten und demnach kein Werturteil über behindertes Leben beinhalten. Eine solche Entscheidung wäre beispielsweise vergleichbar mit der moralisch relativ eindeutigen Entscheidung, ein metastasiertes Tumorleiden nicht zu operieren. Die Behinderung selbst spielt bei einem derartigen Behandlungsabbruch keine Rolle, was bedeutet, dass ein behindertes Kind mit einer Chance auf Besserung seines Zustandes mit der gleichen Selbstverständlichkeit behandelt werden würde, wie ein Kind ohne Behinderung.

Was können wir lernen?

Die Kernfrage dieser Arbeit lautet: Was können wir aus der Geschichte lernen?

Liberale Stimmen fordern, die NS-Geschichte in der Debatte um Sterbehilfe endlich hinter uns zu lassen, um sich unbefangen den heutigen Fragen zu stellen und moderne Lösungen möglich zu machen.

Meines Ermessens haben wir in Deutschland aufgrund des Nationalsozialismus die moralische Verpflichtung, uns mit der Geschichte auseinanderzusetzen und Geschichte als Chance zu verstehen. Als Chance, um aus ihr zu lernen.

Besonders deutlich wird aus der Geschichte die große Missbrauchsgefahr, die eine staatliche Regelung der Sterbehilfe bedeutet. Insofern ist es aus politischer Sicht lehrreich, dass es eine *staatliche* Lösung der Euthanasie zu verhindern gilt, um individuelle und im Dialog aller Beteiligten entwickelte Einzelfallentscheidungen zu ermöglichen, die sich allerdings an einem gesetzlichen Rahmen und einem Minimalkonsens an Werten orientieren sollten.

Aus ärztlicher Sicht können wir aus der Geschichtserfahrung in erster Linie Bescheidenheit lernen, im Sinne einer Beschränkung der ärztlichen Aufgaben auf medizinische Belange. Die Folgen einer Kompetenzerweiterung der Ärzte zum Richter über Leben und Sterben werden anhand der nationalsozialistischen Geschichte evident.

Weiterhin lehrt uns die Geschichte, wie wichtig die ethische Kompetenz der Ärzte im Hinblick auf Behandlungsentscheidungen ist. Hier besteht vor allem auch angesichts der hochmodernen lebensverlängernden Medizin ein eindeutiges Defizit schon in der Ausbildung von Ärzten, aber auch im Klinikalltag. Insbesondere für Ärzte, die gehäuft mit ethischen Konfliktsituationen konfrontiert sind, sollten ethische Fortbildungen verpflichtend sein. Regelmäßige Fallvorstellungen mit ethischer Diskussion und Beratung, aber auch Ethikkonsile von speziell ausgebildeten Ethikern sind vorstellbar.

Für jeden Einzelnen kann die Geschichte der Kindereuthanasie im Hinblick auf den eigenen Umgang mit behinderten Menschen lehrreich sein. Die Auseinandersetzung mit den Verbrechen des Nationalsozialismus kann aufzeigen, wozu Menschen fähig sind, sie kann aber auch, eine vermeintlich gewonnene große ethische Distanz zu den damaligen Verhältnissen auf ihre Echtheit überprüfen. In einer ehrlichen Reflexion hierüber kann die eigene Tendenz zur Diskriminierung wahrgenommen

und bearbeitet werden. Wachsamkeit und Sensibilität gegenüber aufkommender Diskriminierung ist auch in unserem demokratischen Rechtsstaat von wesentlicher Bedeutung, um einer Wiederholung der Geschichte entgegenzuwirken.

10 Anhang – Persönliche Betroffenheit

Während ich in den Endzügen dieser Arbeit war, bekam ich Nachricht von einer sehr guten Freundin, die ihr erstes Kind – ein kleines Mädchen – erwartete. Bei ihr hatte sich eine Geburtskomplikation ereignet. Durch eine sehr seltene Anlagestörung in der Plazenta, die niemand erkannt hatte, riss die Nabelschnur kurz vor der Geburt und das Kind verlor sehr viel Blut. Zoé wurde per Notkaiserschnitt geboren und musste sofort reanimiert werden. Daraufhin stellte sich heraus, dass das Gehirn des Kindes durch den starken Blutverlust sehr geschädigt worden war. In den ersten Tagen auf der neonatologischen Intensivstation war es fraglich, ob das Kind überhaupt überleben würde und wenn, mit wie schweren Schäden.

Die Eltern waren fast den ganzen Tag bei ihr und lernten sie kennen, so gut es die Situation erlaubte. Viele Untersuchungen wurden durchgeführt, alle bestätigten die schwerste Schädigung des Gehirns. Meine Freundin rief mich eine Woche nach der Geburt an. Wir redeten lange über alles. Sie hatte trotz diesem Ereignis, das das schmerzhafteste war, was sie sich je hatte vorstellen können, eine sehr große Klarheit in sich, für die ich sie sehr bewunderte. Sie erzählte mir, sie und ihr Mann hätten in den Tagen, in denen sie ihre Tochter bisher kennengelernt hatten, beide ein sehr starkes Gefühl entwickelt, dass ihr Kind eigentlich nicht auf dieser Welt sein wolle, dass die Kleine gefangen in ihrem Körper sei. Deshalb wollten die Eltern ihr Kind gerne extubieren lassen⁵⁶⁷, um ihr die Möglichkeit zum Sterben zu geben. Sie wollten, so sagte meine Freundin, das Kind mitentscheiden lassen. Die Eltern mussten diese Entscheidung sehr stark vor den behandelnden Ärzten vertreten, die zu Beginn gegen die Extubation waren. In einem gemeinsamen Entscheidungsprozess wurde dann der nächste Abend für die Extubation festgelegt. Laut Ärzten sei die Chance, dass das Kind selbst atmen würde ca. fünfzig Prozent. Sollte sich über die Monitore ankündigen, dass Zoé sterben würde, würden die Ärzte Morphin spritzen, um Schmerz und Atemnot zu lindern und den Sterbeprozess zu erleichtern.

Meine Gedanken und Gefühle spielten verrückt. Durch die direkte Konfrontation mit dieser Thematik musste ich feststellen, dass alle meine bis dahin erarbeiteten

⁵⁶⁷ Extubation bedeutet, den Beatmungs-Tubus zur invasiven maschinellen Beatmung zu entfernen.

Prinzipien durcheinander gerieten. Ich hoffte mit der Mutter, dass die Kleine sterben könne, damit ihr und ihren Eltern nicht ein solch schweres Leben bevorstehen würde. Ich hatte sogar Gedanken, ihr aktiv zum Sterben zu verhelfen – aus Mitleid, aus Angst, was das alles für meine Freundin bedeuten würde. Dann sagte mir die Vernunft wieder, man könne niemals beurteilen, ob das Leben dieses Kindes lebenswert sei. Und doch glaubte ich den Worten der Mutter viel mehr, die meinte, den Sterbenswunsch ihres Kindes zu erkennen. Ich fand den Gedanken, dem Kind die Entscheidung mit zu übergeben, sehr stimmig. Andererseits dachte ich, die Eltern gäben Zoé mit einer zu früh durchgeführten Extubation unter Umständen keine Chance, weil sie kein behindertes Kind wollen. Und wer könnte ihnen das verdenken? Angstvolle Gedanken sagten mir, es könnte bereits zu spät für diesen Schritt sein, der vegetative Zustand des Kindes sei bereits zu stabil und sie werde durch die moderne Medizin in ein Leben gezwungen, das sie unter natürlichen Bedingungen nie hätte leben müssen.

Zoé wurde in den Armen ihrer Mutter extubiert und sie reagierte wider Erwarten äußerst vital. Sie begann sofort zu Schreien, zu Husten, zu Niesen und heftig zu atmen. Von Sterben keine Spur. Nach der Extubation machte Zoé einen zufriedenen Eindruck. Meine Freundin sagte, sie habe dieses Gefühl, das Kind wolle sterben, seit diesem Abend nicht mehr. Die Kleine machte von Tag zu Tag große Fortschritte, einen Tag später saugte sie bereits an der Milchflasche.

Diese Information schockierte mich in gewisser Weise. Wäre das Kind durch die frühe Extubation gestorben, hätte man diese Vitalität des Kindes nie erfahren, hätte nie gewusst, dass viel mehr in ihr steckte, als zu Beginn vermutet. Im Gegenteil, man wäre in dem Glauben gewesen, man habe die Kleine aus einer aussichtslosen Lage befreit und sie vor einem Leben mit schweren Behinderungen bewahrt.

Die Prognose war zu Beginn immer noch sehr unklar. Man wusste nicht in welchem Rahmen sich das Gehirn des Kindes regenerieren würde. Und trotzdem sagte meine Freundin, seien die Stunden, die sie bei ihrem Kind verbringe, so kostbar und wunderschön. Ich schwankte immer zwischen größter Betroffenheit und größter Freude, dass dieses Kind geboren wurde.

Nach wenigen Tagen wurde die Situation zunehmend stabiler, die Kleine durfte schon an der Brust trinken, die Magensonde wurde gezogen. Doch je stabiler die Situation wurde, desto mehr kamen auch Zukunftsfragen bei den Eltern auf: Was

bedeutet das für unser Leben? Werden wir jemals wieder in Urlaub fahren können oder wird die Pflege dieses Kindes uns völlig beanspruchen? Wir sind noch ganz am Anfang von einem vielleicht langen und schweren Weg, werden wir das alles schaffen? Fragen, auf die es noch keine Antworten gab.

Bereits eine Woche nach der Extubation fanden sich bei der körperlichen Untersuchung keine Auffälligkeiten mehr. Die neurologischen Parameter des Gehirns hatten sich in einer Weise regeneriert, wie man es kaum für möglich gehalten hätte. Zoé konnte gemeinsam mit ihrer Mutter auf Normalstation verlegt werden und eine weitere Woche später konnten die glücklichen Eltern ihr Kind mit nach Hause nehmen. Inwieweit oder ob sich überhaupt im Laufe der weiteren Entwicklung des Kindes Auffälligkeiten oder eine Behinderung entwickeln werden ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersehbar. Momentan entwickelt sich Zoé in jeder Hinsicht normal und erfreut sich sehr guter Gesundheit.

11 Referenzen

11.1 Literaturverzeichnis

- Alexander, Leo (1949): Medical science under dictatorship, The new England journal of medicine 241, S. 39-47.
- Aly, Götz (1984): Der Mord an behinderten Hamburger Kindern zwischen 1939 und 1945, in: Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg – Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, hrsg. von Ebbinghaus, Angelika; Kaupen – Haas, Heidrun; Roth, Karl Heinz, Hamburg, Konkret Literatur Verlag, S. 147-155.
- Aly, Götz (Hg.)(1985): Der saubere und der schmutzige Fortschritt, in: Reform und Gewissen. „Euthanasie“ im Dienste des Fortschritts. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 2, S. 9-78.
- Ambulantes Kinderhospiz München: (<http://www.kinderhospiz-muenchen.net/>), letzter Zugriff: 01.02.2009.
- Anonymus (n. b.): Gehirne von Euthanasieopfern in Wien beigesetzt, ORF ON Science, (<http://science.orf.at/science/news/10543>), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Anonymus (1960): Euthanasie: Eingeschläfert, Der Spiegel 34, S. 31-33.
- Anonymus (1964): „Aus Menschlichkeit töten?“, Spiegelgespräch mit Prof. Dr. Werner Catel über Kindereuthanasie, Der Spiegel 8, S. 41-47.
- Anonymus (2005): Mord aus Mitleid, Stern, 01.02.2005, (<http://www.stern.de/panorama/sonthofen-mord-aus-mitleid-536038.html>), letzter Zugriff 23.11.2009.
- Anonymus (2006): „Jeder zehnte Bundesbürger gilt als behindert“, Ärzte Zeitung, 04.12.2006, (<http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/12/04/218a0403.asp?cat>), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Anonymus (2006): Lebenslang für „Todespfleger von Sonthofen“, Focus, 20.11.2006, (http://www.focus.de/panorama/welt/sonthofen_aid_119586.html), letzter Zugriff 23.11.2009.
- Anonymus (2006): Krankenschwester tötete aus Mitleid, Focus, 07.10.2006, (http://www.focus.de/panorama/welt/berliner-charite_aid_116971.html), letzter Zugriff 23.11.2009.
- Anonymus (2008): Pränataldiagnostik, Häufigste Diagnose: Down-Syndrom, BR-online, 08.10.2008, (<http://www.br-online.de/ratgeber/gesundheit/pranataldiagnostik-DID121870599127/pranataldiagnostik-schwangerschaft-downsyndrom-ID1219654607907.xml>), letzter Zugriff 23.11.2009.
- Baader, Gerhard (1980): Zur Ideologie des Sozialdarwinismus, in: Medizin und Nationalsozialismus, Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980 Bd. 1, hrsg. von Baader, Gerhard; Schultz, Ulrich, Berlin, Verlagsgesellschaft Gesundheit m. b. H, S. 102-112.

- Baader, Gerhard; Schultz, Ulrich (Hg.) (1980): Medizin und Nationalsozialismus, Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980 Bd. 1, Berlin, Verlagsgesellschaft Gesundheit m. b. H.
- Bächthold, Andreas (1981): Behinderte Jugendliche: Soziale Integration oder Partizipation? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage, Bern, Haupt.
- Bahro, Marcel; Strnad, Jindrich (2000): Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe. Eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie, Ethik in der Medizin Vol. 12/4, S. 257-261.
- Barsch, Sebastian (2007): Geistig behinderte Menschen in der DDR, Oberhausen, Athena.
- Bayertz, Kurt (1996): Sanctity of life and human dignity, Philosophy and medicine Vol. 52, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Beck, Christoph (1995): Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ – Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im „Dritten Reich“ – und heute, Bonn (2. Aufl.), Psychiatrie-Verlag.
- Beddies, Thomas; Schmiedebach Heinz-Peter (2002): Der Pädiater Dr. Ernst Wentzler und die Kinderklinik Frohnau (1923-1964), in: Berlin in Geschichte und Gegenwart. Jahrbuch des Landesarchivs Berlin 2002, S. 137-157.
- Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hg.) (2004): Kinder in der NS-Psychiatrie, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg Bd. 10, Berlin-Brandenburg, be.bra wissenschaft.
- Benjamin, Walter (1977): . Illuminationen, Ausgewählte Schriften 1, Frankfurt a. M., Suhrkamp.
- Benjamin, Walter (1977): Der Erzähler, Betrachtungen zum Werk Nikolai Lesskows, in: Illuminationen. Ausgewählte Schriften 1, hrsg. von Benjamin, Walter, Frankfurt a. M., Suhrkamp, S. 385-410.
- Benzenhöfer, Udo; Finsterbusch, Karin (1998): Moralthologie pro „NS-Euthanasie“, Studien zu einem „Gutachten“ (1940) von Prof. Joseph Mayer mit Edition des Textes, Hannover, Laurentius.
- Benzenhöfer, Udo (1998): „Kindereuthanasie“ im Dritten Reich: Der Fall Kind Knauer, in: Deutsches Ärzteblatt 95, S. A-1187 / B-987 / C-923.
- Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München, Verlag C. H. Beck.
- Benzenhöfer, Udo (2000): „Kinderfachabteilungen“ und „NS-Kindereuthanasie“, Studien zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus Bd.1, hrsg. von Benzenhöfer, Udo; Hamann-Roth, Matthias, Wetzlar, GWAB-Verlag.
- Benzenhöfer, Udo et al. (2006): „Kindereuthanasie“ und „Jugendlicheuthanasie“ im Reichsgau Sudetenland und im Protektorat Böhmen und Mähren, Studien zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus Bd. 5, Wetzlar, GWAB-Verlag.

- Benzenhöfer, Udo (2008): Der aktuelle Forschungsstand zum „Fall Kind K.“, (<http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zgw/ifg/Knauerhomepage5.pdf>), Stand: 24.01.2008, letzter Zugriff: 02.10.2008.
- Berger, Andrea; Oelschläger, Thomas (1988): „Ich habe sie eines natürlichen Todes sterben lassen“, Das Krankenhaus im Kalmenhof und die Praxis der nationalsozialistischen Vernichtungsprogramme, in: Die Idee der Bildbarkeit. Beiträge zur Geschichte der Sozialpädagogik, hrsg. von Schrapper, Christian; Sengling, Dieter, Weinheim, Juventa Verlag, S. 269-336.
- Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Ihr Maß und ihre Form, Leipzig, Felix Meiner Verlag.
- Böll, Heinrich (1957): Eine Welt ohne Christus, in: Was halten sie vom Christentum? 18 Antworten auf eine Umfrage, hrsg. von Deschner, Karlheinz, München, Paul List Verlag, S. 21-24.
- Bogner Alexander (1998): Gnädige Juristen, Jungle world 26, (http://www.nadir.org/nadir/periodika/jungle_world/_98/13/10b.htm), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Bracken, Helmut von (1976): Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen, Berlin, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1998): Eingliederung Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland, Bornheim-Seckem, Chudeck Druck Service.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Bonn, Koeblin-Fortuna-Druck.
- Burleigh, Michael (1994): Tod und Erlösung, Euthanasie in Deutschland 1900 – 1945, Engl. Original: death and deliverance, Zürich (2002), Pendo.
- Burleigh, Michael (2000): Die Nazianalogie und die Debatten zur Euthanasie, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens, Frankfurt a. M., Campus, S. 408-423.
- Cahill, Lisa Sowle (1987): Sanctity of life, quality of life, and social justice, in: Notes of theology, theological studies vol. 48/1, S. 105-123.
- Castell, Rolf et al. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Catel, Werner (1962): Grenzsituationen des Lebens, Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie, Nürnberg, Glock u. Lutz.
- Catel, Werner (1936/37): Bewegungsvorgänge im gesamten Verdauungskanal, 2 Teile, 1. Teil: Methodik, Anatomie, Normale Physiologie, 2. Teil: Klinik, Pharmakologie, Leipzig, Thieme.
- Catel, Werner (1944): Differentialdiagnostische Symptomatologie von Krankheiten des Kindesalters: Klinische Vorlesungen, Werner Catel, Leipzig, Thieme.

- Catel, Werner (1954): Diagnostisch-therapeutisches Vademecum für Studierende und Ärzte, Leipzig, J. A: Barth.
- Catel, Werner (1961): Die Pflege des gesunden und des kranken Kindes, Stuttgart, Thieme.
- Catel, Werner (1966): Leidminderung richtig verstanden, Nürnberg, Glock und Lutz.
- Catel, Werner (1974): Leben im Widerstreit, Bekenntnisse eines Arztes, Nürnberg, Glock und Lutz.
- Christoph, Franz (1989): (K)ein Diskurs über „lebensunwertes Leben“! Behinderte und die „Euthanasie“-Diskussion, Der Spiegel 23, S. 240-242.
- Cloerkes, Günther (1979): Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten, Eine Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung, Berlin, Carl Marhold Verlag.
- Crane, Diana (1974): Treatment of congenital anomalies and severe birth defects in newborns, in: The sanctity of social life, physicians´ treatment of critically ill patients, hrsg. von Crane, Diana, New Brunswick, New York, Transaction Books.
- Czech, Herwig (2003): Erfassung, Selektion, „Ausmerze“, Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen „Erbgesundheitspolitik“ 1938-1945. Wien, Deuticke.
- Czerner, Frank (2004): Das Euthanasie-Tabu, Vom Sterbehilfe-Diskurs zur Novellierung des Paragraph 216 StGB, Dortmund, Humanitas Verlag.
- Dahl, Matthias (1998): Endstation Spiegelgrund. Die Tötung behinderter Kinder während des Nationalsozialismus am Beispiel einer Kinderfachabteilung in Wien 1940 bis 1945, Wien, Erasmus.
- Dahl, Matthias (2000): „Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig“ – Kinder-„Euthanasie“ während des Nationalsozialismus und die Sterbehilfe-Debatte, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens, Frankfurt a. M., Campus, S. 144-176.
- Darwin, Charles (1859): On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of the favoured races in the struggle of life. - Dt. Ausgabe: Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe um's Dasein, hrsg. von Müller, Gerhard, H., Darmstadt (1988), Wiss. Buchges.
- Daub, Ute; Wunder, Michael (1994): Des Lebens Wert, Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde, Freiburg i. B., Lambertus Verlag.
- Dauhs, Joachim(1956): Der heutige Stand in der Kriegsopferversorgung, Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Sozialpolitik 5, Köln – Deutz, Bund-Verlag GmbH, S. 182-185.
- Deschner, Karlheinz (1957): Was halten sie vom Christentum? 18 Antworten auf eine Umfrage, München, Paul List Verlag.

- Deschner, Karlheinz (1991:) Die Politik der Päpste im 20. Jahrhundert, Teil II, Erw., aktualisierte Neuaufl. von "Ein Jahrhundert Heilsgeschichte" I und II, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Verlag.
- Dörner, Klaus (1988): Tödliches Mitleid, Neumünster (2002), Edition Jakob van Hoddis im Paranus Verlag.
- Dörner, Klaus; Daub, Ute (1994): Tödliches Mitleid und bioethisches Kalkül, in: Des Lebens Wert, Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, Freiburg i. B., Lambertus Verlag, S. 35-50.
- Dörner, Klaus (2003): Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft, Impulse 27, bidok – Volltextbibliothek, Stand: 03.11.2005, S. 26-29. (<http://bidok.uibk.ac.at/library/imp27-03-doerner-gesellschaft.html>), letzter Zugriff: 05.10.2009.
- Dorner, Adolf (1935): Mathematik im Dienste der nationalpolitischen Erziehung mit Anwendungsbeispielen aus Volkswissenschaft, Geländekunde und Naturwissenschaft; ein Handbuch für Lehrer, Frankfurt a. M., Diesterweg.
- Durkheim, Emile (1967): Soziologie und Philosophie, Frankfurt a. M., Suhrkamp Verlag.
- Dworkin, Ronald (1994): Die Grenzen des Lebens, Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit, Reinbek, Rohwolt Verlag.
- Ebbinghaus, Angelika; Kaupen-Haas, Heidrun; Roth, Karl Heinz (1984): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg – Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg, Konkret Literatur Verlag.
- Eibach, Ulrich (1976): Medizin und Menschenwürde, Ethische Probleme der Medizin aus christlicher Sicht, Wuppertal, R. Brockhaus.
- Eibach, Ulrich (1983): Experimentierfeld: Werdendes Leben, Eine ethische Orientierung, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Einbecker Empfehlungen (1992), Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, revidierte Fassung, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 52, S. 574-575.
- Elias, Norbert (1982): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a. M., Suhrkamp.
- Engelhardt, Dietrich von (1993): Euthanasie in historischer Perspektive, Zeitschrift für med. Ethik 39, S. 15-25.
- Engelhardt, Dietrich von (2000): Euthanasie zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand, (<http://www.provinz.bz.it/sanita/downloads/bioetica/Lebensende%20deutsch%20webpage.pdf>), letzter Zugriff: 07.10.2008.
- Fandrey, Walter (1990): Krüppel, Idioten, Irre, Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland, Stuttgart, Silberburg-Verlag.
- Fangerau, Heiner; Nolte Karen (2006): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert - Legitimation und Kritik, Stuttgart, Steiner.

- Faulstich, Heinz (1998): Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949, Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Feuser, Georg (1994): Pädagogik ohne Ausgrenzung, Ethische Aspekte gegen die „Euthanasie“, in: Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, Freiburg i. B., Lambertus Verlag, S. 61-76.
- Finger, Catrin (2004): Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden für das Jahr 2001, Medizinrecht Vol. 22/4, S. 379-382.
- Fischer, Jochen (1963): Werner Catel, Grenzsituationen des Lebens, Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie, Innere Mission 53, S. 303-304.
- Förstl, Hans (2007): Theory of mind, Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens, Heidelberg, Springer.
- Förstl, Hans (2008): Lebenswille statt Euthanasie, Innen- statt Außenansichten neurodegenerativer Erkrankungen, Deutsches Ärzteblatt 105, S. 395-396.
- Frei, Norbert (1996): Vergangenheitspolitik, Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS-Vergangenheit, München (1999), dtv.
- Frei, Norbert (2001): Karrieren im Zwielficht, Hitlers Eliten nach 1945, Frankfurt a. M., Campus Verlag.
- Freimüller, Tobias (2001): Mediziner: Operation Volkskörper, in: Karrieren im Zwielficht, Hitlers Eliten nach 1945, hrsg. von Frei, Norbert, Frankfurt a. M., Campus Verlag, S. 13-71.
- Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (2000): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt a. M., Campus.
- Friedlander, Henry (1995): Der Weg zum NS – Genozid, Von der Euthanasie zur Endlösung, – Engl. Original: The origins of nazi genocid, Berlin (1997), Berlin Verlag.
- Fries, Alfred (2005): Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen – aus Sicht und im Erleben der Betroffenen, Oberhausen, Athena.
- Fuchs, Petra et al. (2004): Minderjährige als Opfer der Krankenküraktion „T4“, in: Kinder in der NS-Psychiatrie, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg Bd. 10, S. 55-69.
- Fuchs, Petra (2005): Sonderpädagogik in der Zeit des Nationalsozialismus, „Nicht allen das Gleiche, sondern jedem das Seine“, in: Lebensunwert zerstörte Leben, hrsg. von Hamm, Margret, Frankfurt, VAS, S. 120-132.
- Galton, Francis (1862): Hereditary genius, An inquiry into its laws and consequences, London (1969), Collins.
- Galton, Francis (1873): Inquiries into human faculty and its development, London (1983), Dent.

- Gaupp, Robert (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, in: Deutsche Strafrechtszeitung: Zentralorgan für d. gesamte Strafrecht, Strafprozeßrecht u. d. verwandten Gebieten i. Wissenschaft u. Praxis d. In- u. Auslandes Bd. 7, Berlin, Liebmann, S. 332-337.
- Gerkan, Roland (1913): Euthanasie, in: Das monistische Jahrhundert, Wochenschrift für wissenschaftliche Weltanschauung u. Weltgestaltung Jg. 2, Heft 7, hrsg. von Ostwald, Wilhelm, Leipzig, Verlag Unesma GmbH.
- Gerst, Thomas (1994): Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs, „Nürnberger Ärzteprozeß“ und ärztliche Standespolitik, in: Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 22/23, S. 1037-1046 (Ausgabe C).
- Ginters, Rudolf (1982): Werte und Normen, Einführung in die philosophische und theologische Ethik, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Goob-Hähndel, Gero (2006): Hilfe und Solidarität mit Behinderten und psychisch Kranken in Baden während der Zeit der sog. Euthanasie (1939-1945) – Materialsammlung und Reflexionen, Hausarbeit a. d. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. B., o. V.
- Große-Vehne, Vera (2005): Tötung auf Verlangen (§216 StGB), 'Euthanasie' und Sterbehilfe, Reformdiskussion und Gesetzgebung seit 1870, Diss. Fern - Univ. Hagen, BWV - Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Gruchmann, Lothar (1988): Justiz im Dritten Reich 1933-1945, Anpassung und Unterwerfung in der Ära Gürtner, Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte Bd. 28, München, Oldenbourg.
- Guckes, Barbara (1997): Das Argument der schiefen Ebene, Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion, Stuttgart u. a., Gustav Fischer.
- Haaser, Albert (1975): Entwicklungslinien und gesellschaftliche Bedingungen der Behindertenpolitik in Deutschland, Zur Sozialgeschichte und Soziologie der Rehabilitation, Dissertation, Konstanz, o.V.
- Hachmeister, Sylke (1992): Kinopropaganda gegen Kranke, Die Instrumentalisierung des Spielfilms "Ich klage an" für das nationalsozialistische "Euthanasieprogramm", Baden-Baden, Nomos-Verl.-Ges.
- Haeckel, Ernst (1868): Natürliche Schöpfungsgeschichte, Gemeinverständliche, wissenschaftliche Vorträge über die Entwicklungslehre im Allgemeinen und diejenige von Darwin, Goethe und Lamarck im Besonderen, über die Anwendung derselben auf den Ursprung des Menschen und anderen damit zusammenhängenden Grundfragen der Naturwissenschaft, Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage, Berlin (1870), Reimer.
- Haeckel, Ernst (1904): Die Lebenswunder, Gemeinverständliche Studien über Biologische Philosophie, Ergänzungsband zu dem Buche über die Welträthsel, Stuttgart, Alfred Kröner Verlag.

- Haeckel, Ernst (1908): Die Welträtsel, Gemeinverständliche Studien über monistische Philosophie, Leipzig, Alfred Kröner Verlag.
- Häupl, Waltraud (2006): Die ermordeten Kinder vom Spiegelgrund, Gedenkdokumentation für die Opfer der NS-Kindereuthanasie in Wien, Wien u. a., Böhlau Verlag.
- Hafner, Michaela (2003): Schulische Integration im europäischen Vergleich, Behinderung/Integration, Online-Zeitung der Universität Wien, (<http://www.dieuniversitaet-online.at/dossiers/beitrag/news/schulische-integration-im-europaischen-vergleich/83.html>), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Hamm, Margret (Hg.) (2005): Lebensunwert zerstörte Leben, Zwangssterilisation und „Euthanasie“, Frankfurt a. M., VAS.
- Hase, Hans-Christoph von (1964): Evangelische Dokumente zur Ermordung der „unheilbar Kranken“ unter der nationalsozialistischen Herrschaft in den Jahren 1939-1945, Stuttgart, Innere Mission und Hilfswerk der EKD.
- Hedwig Conrad-Martius (1955): Utopien der Menschenzüchtung, Der Sozialdarwinismus und seine Folgen, München, Kösel.
- Hegselmann, Rainer; Merkel, Reinhard (1991): Zur Debatte über Euthanasie, Beiträge und Stellungnahmen, Frankfurt a. M., Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft.
- Hiersche, Hans-Dieter (1987): Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, 1. Einbecker Workshop der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht, 27. - 29. Juni 1986, Berlin, Springer Verlag, S. 183-185.
- Hinz-Wessels, Annette (2009): Hans Heinze, Psychiater und Aktivist der nationalsozialistischen „Euthanasie“, in: Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus, hrsg. von Jüdisches Museum Berlin, Wallstein, S. 108-115.
- Hochmuth, Anneliese (1997): Spurensuche, Eugenik, Sterilisation, Patientenmorde und die v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel 1929-1945, hrsg. von Benad, Matthias, Bielefeld, Bethel-Verlag.
- Höllén, Martin (1981): Heinrich Wienken, der „unpolitische“ Kirchenpolitiker, Eine Biographie aus drei Epochen des deutschen Katholizismus, Veröffentlichungen der Kommission für Zeitgeschichte, Reihe B: Forschungen, Bd. 33, Mainz, Matthias-Grünwald-Verlag.
- Hoerster, Norbert (1995): Neugeborene und das Recht auf Leben, Frankfurt a. M., Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft.
- Hoerster, Norbert (1996): „Ist menschliches Leben verfügbar?“, Universitas 51, S. 443-448.
- Hoerster, Norbert (1998): Sterbehilfe im säkularen Staat, Frankfurt a. M., Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft.
- Hohendorf, Gerrit; Roelcke, Volker; Rotzoll, Maïke (1996): Innovation und Vernichtung – Psychiatrische Forschung und „Euthanasie“ an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939-1945, Der Nervenarzt 67, S. 935-946.

- Hohendorf, Gerrit et al. (1999): Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg 1941 bis 1945 und ihre Beziehung zur Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg unter Carl Schneider, in: Wissen und irren, Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg, Historische Schriftenreihe des Landeswohlverbandes Hessen, Quellen und Studien Bd. 6, S. 221-243.
- Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg, in: Kinder in der NS-Psychiatrie, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg Bd. 10, S. 125-148.
- Hohendorf, Gerrit; Oehler-Klein, Sigrid; Rotzoll, Maike (2007): Der Pädiater Johann Duken im Dienst nationalsozialistischer Gesundheitspolitik, in: Die Medizinische Fakultät Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Personen und Institutionen, Umbrüche und Kontinuitäten, hrsg. von Oehler-Klein, Sigrid, Stuttgart, Franz Steiner, S. 323-357.
- Hohendorf, Gerrit (2008): Empirische Untersuchungen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ bei psychisch Kranken – mit Anmerkungen zu aktuellen ethischen Fragestellungen, Habilitationsschrift, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Rechts der Isar, TU München.
- Holderegger, Adrian (Hg.) (1999): Das medizinisch assistierte Sterben, Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i. Br., Herder.
- Holtkamp, Martin (2002): Werner Villinger (1887-1961): Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 97, Husum, Matthiesen Verlag.
- Honolka, Bert (1961): Die Kreuzelschreiber, Ärzte ohne Gewissen, Euthanasie im Dritten Reich, Hamburg, Rütten & Loening Verlag.
- Hoßfeld, Uwe et al. (2003): „Kämpferische Wissenschaft“, Studien zur Universität Jena im Nationalsozialismus, Köln, Böhlau Verlag.
- Hübener, Kristina (2002): Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg Bd. 3, Berlin, be.bra wissenschaft.
- Huyse, Frits J. et al. (1994): Consultant-liaison psychiatrists and euthanasia in The Netherlands, Psychiatric bulletin 18, S. 497-500.
- Illhardt, Franz Josef; Heiss, Hermann Wolfgang; Dornberg, Martin (1998): Sterbehilfe, Handeln oder Unterlassen?, Stuttgart, Schattauer.
- Jansen, Gerd W. (1972): Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten, Eine psychologische Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen aufgrund empirischer Untersuchungen, Neuburgweier (1974), G. Schindele Verlag.
- Jost, Adolf (1895): Das Recht auf den Tod, Sociale Studie, Göttingen, Dieterich Verlag.
- Jüdisches Museum (Hg.) (2009): Tödliche Medizin – Rassenwahn im Nationalsozialismus, Göttingen, Wallstein.

- Kaminsky, Uwe (1995): Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933-1945, Köln, Rheinland Verlag.
- Kaminsky, Uwe (2005): Zwischen Rassenhygiene und Biotechnologie, Die Fortsetzung der eugenischen Debatte in Diakonie und Kirche, 1945 bis 1969, in: Zeitschrift für Kirchengeschichte, S. 204-241.
- Kaul, Friedrich Karl (1973): Nazimordaktion T4, Ein Bericht über die industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes, Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- Kaul, Friedrich Karl (1979): Die Psychiatrie im Strudel der „Euthanasie“, Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes, Köln, EVA.
- Kinderhospize und ambulante Kinderhospizdienste, (www.deutscher-kinderhospizverein.de), letzter Zugriff: 01.02.2009.
- Kinderhospiz St. Nikolaus im Allgäu, (<http://www.kinderhospiz-allgaeu.de/de/index.php>), letzter Zugriff: 01.02.2009.
- Klee, Ernst (1983) „Euthanasie“ im NS-Staat, Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt a. M. (Taschenbuchausg.1986), Fischer Taschenbuch.
- Klee, Ernst (1985): Dokumente zur „Euthanasie“, Frankfurt a. M., Fischer Taschenbuch.
- Klee, Ernst (1986): Was sie taten – Was sie wurden, Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- und Judenmord, Frankfurt a. M. (1987), Fischer Taschenbuch.
- Klinkhammer, Gisela (2005): Niederlande: Sterbehilfe an Säuglingen, Deutsches Ärzteblatt 102, S. A-241 / B-201 / C-189.
- Knoepffler, Nikolaus; Haniel, Anja (Hg.) (2000): Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle, Leipzig, Hirzel.
- Krischer, Markus (2006): Kinderhaus, Leben und Ermordung des Mädchens Edith Hecht, München, DVA.
- Kuhse, Helga; Singer, Peter (1985): Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener – Engl. Original: Should the baby live? The problem of handicapped infants, in: Studies in bioethics, Erlangen (1993), Harald Fischer Verlag.
- Kuhse, Helga (1994): Die „Heiligkeit des Lebens“ in der Medizin, Eine philosophische Kritik, Erlangen, Harald Fischer Verlag.
- Lahm, Berit; Seyde, Thomas; Ulm, Eberhard (2008): 505 Kindereuthanasieverbrechen in Leipzig: Verantwortung und Rezeption, Leipzig, Plöttner Verlag, (<http://www.leipzig.de/de/buerger/news/11171.shtml>), letzter Zugriff: 02.10.2008.
- Lenhard, Wolfgang (2003): Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozids auf die Inzidenz von Menschen mit angeborener Behinderung, Heilpädagogische Forschung 29/4, S. 165-176.

- Leven, Karl-Heinz (1998): Die „NS-Euthanasie“ und die gegenwärtige Debatte um aktive Sterbehilfe, in: Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen?, hrsg. von Illhardt, Franz Josef et al., Stuttgart, Schattauer, S. 9-23.
- Lewy, Guenter (1964): Die katholische Kirche und das Dritte Reich, Engl. Original: The catholic church and nazi germany, München (1965), R. Piper & Co. Verlag.
- Loewenich, Volker von (1996): Sanctity of life and the neonatologist's dilemma, in: Sanctity of life and human dignity, hrsg. von Bayertz, Kurt, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, S. 229-239.
- Lorber, John (1971): Results of treatment of myelomeningocele, An analysis of 524 unselected cases, with special reference to possible selection for treatment, Dev. med. child. neurol. 3, S. 279-303.
- Lorber, John (1972): Spina bifida cystica, Results of treatment of 270 consecutive cases with criteria for selection for the future, Arch. dis. child. 47(256), S. 854-873.
- Lulé, Dorothée et al. (2008): Depression und Lebensqualität bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose, Deutsches Ärzteblatt 105, S. 397-403.
- Lutz, Petra (2001): NS-Gesellschaft und „Euthanasie“: die Reaktionen der Eltern ermordeter Kinder, in: Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“, hrsg. von Mundt, Christoph; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike, Heidelberg, Wunderhorn, S. 97-113.
- Lutz, Petra (2006): Mit Herz und Vernunft, Angehörige von „Euthanasie“-Opfern im Schriftwechsel mit den Anstalten, in: „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, hrsg. von Fangerau, Heiner; Nolte, Karin, Medizin Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26, Stuttgart, Franz Steiner, S. 143-167.
- Makowski, Christine Charlotte (1996): Eugenik, Sterilisationspolitik, „Euthanasie“ und Bevölkerungspolitik in der nationalsozialistischen Parteipresse, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 77, Husum, Matthiesen.
- Martin, Hans-Joachim (2002): Am Ende (-) die Ethik? Begründungs- und Vermittlungsfragen zeitgemäßer Ethik, in: Ethik in der Praxis/ Practical Ethics Kontroversen /Controversies Bd.5, hrsg. von Sass, Hans-Martin, Münster, LIT Verlag, S. 100-121.
- Meltzer, Ewald (1925): Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens, Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Mennecke, Friedrich (1987): Innenansichten eines medizinischen Täters im Nationalsozialismus, Eine Edition seiner Briefe 1935-1947, Bearb. von Peter Chroust, Hamburg, Hamburger Institut für Sozialforschung.
- Merkel, Reinhard (2001): Früheuthanasie, Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Behandlungsentscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Michalczyk, John, J. (1994): Medicine, ethics, and the Third Reich: Historical and contemporary issues, Kansas, Sheed & Ward.

- Mitscherlich, Alexander (1947): Bericht über Nürnberger Ärzteprozeß, Südwestdeutsches Ärzteblatt 2, S. 52-54.
- Mitscherlich, Alexander, Mielcke, Fred (1947): Das Diktat der Menschenverachtung, Heidelberg, Lambert Schneider.
- Mitscherlich, Alexander; Mielcke, Fred (1960): Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente des Nürnberger Ärzteprozess, Frankfurt a. M. (1987), Fischer, zuerst: Heidelberg (1947) unter dem Titel „Das Diktat der Menschenverachtung“.
- Mundt, Christoph; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (Hg.) (2001): Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“, Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg, Wunderhorn.
- Niehaus, Mathilde: Aus Statistiken lernen: Ausgewählte Analysen der Schwerbehindertenstatistik, des Mikrozensus und der Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit, (www.bis.uni-oldenburg.de/bisverlag/fleauf95/doc6.pdf), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Neuer-Miebach, Therese; Krebs, Heinz (1987): Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt? Referate und Diskussionsergebnisse der Fachtagung im Juni 1987 in Marburg /Lahn, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte: Große Schriftenreihe Bd. 18, Marburg/Lahn, o. V.
- Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi (1994): Vom Recht auf Anderssein, Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung, Düsseldorf, Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Neugebauer Wolfgang (1998): Zum Umgang mit der NS-Euthanasie in Wien nach 1945, (http://www.doew.at/frames.php?thema/thema_alt/justiz/euthjustiz/gross.html), letzter Zugriff: 03.10.2008.
- Neuhäusler, Johann (1946): Kreuz und Hakenkreuz, Der Kampf des Nationalsozialismus gegen die katholische Kirche und der kirchliche Widerstand (2 Teile), München, Verlag Katholische Kirche Bayerns.
- Nietzsche, Friedrich (1882): Die fröhliche Wissenschaft, in: Morgenröte, Idyllen aus Messina, Die fröhliche Wissenschaft, Sämtliche Werke, Kritische Studienausgabe Bd. 3, hrsg. von Colli, Giorgio; Montinari,azzino, München u. a. (1988), dtv.
- Nowak, Klara (1994): „Viele nehmen ihren Gram und Kummer mit ins Grab“, in: Des Lebens Wert, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, Freiburg i. B., Lambertus Verlag, S. 21-25.
- Nowak, Kurt (1978): „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und der „Euthanasie-Aktion“, Arbeiten zur Geschichte des Kirchenkampfes, Ergänzungsreihe Bd. 12, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nowak, Kurt (1991): Widerstand, Zustimmung, Hinnahme, Das Verhalten der Bevölkerung zur „Euthanasie“, in: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, Sondernummer, München, Oldenbourg Verlag, S. 235-251.

- Oduncu, Fuat S. (2007): In Würde sterben, Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Oehler-Klein, Sigrid (2007) (Hg.): Die Medizinische Fakultät Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Personen und Institutionen, Umbrüche und Kontinuitäten, Stuttgart, Franz Steiner.
- Oehler-Klein, Sigrid; Roelcke, Volker (2007) (Hg.): Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945, Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Beiträge zur Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte Bd. 22, Stuttgart, Franz Steiner.
- Olberg, Oda (1926): Die Entartung in ihrer Kulturbedingtheit, Bemerkungen und Anregungen, München, Reinhardt.
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. et al. (2003): Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, *The Lancet* Vol. 362, S. 395-399.
- Pelz, Lothar (2005): „... Aber ich Sorge mich so um mein Kind ...“, Kinderärzte und NS-„Kinder-Euthanasie“, Berichte aus den Sitzungen der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften e. V., Hamburg Jg. 23, Heft 2, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Payk, Theo R. (2004): Töten aus Mitleid? Über das Recht und die Pflicht zu sterben, Leipzig, Reclam Verlag.
- Petersen, Hans-Christian; Zankel, Sönke (2003): Werner Catel – ein Protagonist der NS-„Kindereuthanasie“ und seine Nachkriegskarriere, *Medizinhistorisches Journal* 38, Urban & Fischer Verlag, S. 139–173.
- Peukert, Detlev (1982): Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde, Anpassung, Ausmerze und Aufbegehren unter dem Nationalsozialismus, Köln, Bund Verlag.
- Picker, Henry (1963): Hitlers Tischgespräche im Führerhauptquartier 1941-1942, Stuttgart (1965), Seewald Verlag.
- Pieke-Luzius, Anja (2003): Inklusive Pädagogik, Interview mit Erziehungswissenschaftler Professor em. Alfred Sander, *Campus*, Ausg. 2, (<http://www.uni-saarland.de/verwalt/presse/campus/2003/2/35-inklusive-paedagogik.html>), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Platen-Hallermund, Alice (1948): Die Tötung Geisteskranker in Deutschland, Frankfurt a. M., Verlag der Frankfurter Hefte; Reprint: Bonn (1993), Psychiatrie Verlag.
- Platen-Hallermund, Alice (1948): Die Wurzeln des Euthanasiegedankens, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte – Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (2000), Frankfurt a. M., Campus, S. 46-64.
- Platen-Hallermund, Alice (1948): Die Wurzeln des Euthanasiegedankens in Deutschland, in: Die Tötung Geisteskranker in Deutschland, Frankfurt a. M., Verlag der Frankfurter Hefte, S. 10-17.

- Ploetz, Alfred (1895): Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen, Berlin, S. Fischer.
- Podhajski, Wilhelm (1959): Festrede, Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete Bd. 16, Wien, Springer.
- Pohlandt, Frank (2004): Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes (B16), Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin der DGKJ, München, Urban & Fischer.
- Portmann, Heinrich (1946): Der Bischof von Münster, Das Echo eines Kampfes für Gottesrecht und Menschenrecht, Münster, Verlag Aschendorff.
- Portmann, Heinrich (1948): Dokumente um den Bischof von Münster, Münster, Verlag Aschendorff.
- Prinz, Michael; Zitelmann, Rainer (1991): Nationalsozialismus und Modernisierung, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Rachels, James (1986): The End of Life, Euthanasie and Morality, Oxford u. a., Oxford University Press.
- Radtke, Peter (2006): Wie hoch ist das Risiko? Symposium „Liegt alles Heil in der Diagnostik?“, BeB/IMEW München, (http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/diagnostik/Radtke_Risiko.pdf), letzter Zugriff: 14.02.2009.
- Radtke, Peter (2006): „Wie hoch ist das Risiko? – Über die pränatale Diagnose“, Vortrag zur Pränataldiagnostik, München, o. V.
- Radtke, Peter (2007): Der Sinn des Lebens ist gelebt zu werden, Warum unsere Gesellschaft behinderte Menschen braucht, München, Verlag Sankt Michaelsbund.
- Ranke-Heinemann, Uta (2005): Ein Antisemit und Kriegsfreund, Junge Welt, 7.10.05, S. 10, (<https://www.jungewelt.de/loginFailed.php?ref=/2005/10-07/004.php>), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Rebien, Kerstin (2007): Urteil im Prozess gegen Berliner Krankenschwester: Zur Herrin aufgeschwungen, Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 27, S. A-1951 / B-1725 / C-1661.
- Regau, Thomas (1962/63): Rundschau, Hochland 55, S. 85-87.
- Reinartz, Anton (1982): Möglichkeiten und Chancen gemeinsamen Lernens und Erziehens von Kindern mit geistiger Behinderung und nicht lernbehinderten Kindern in Kindergarten und Grundschule, in: Integration behinderter Menschen in unserer Gesellschaft, Tagung vom 10. bis 12. Sept. 1982, Loccumer Protokolle 28, S. 18-30.
- Renner, Renate; Zimmermann, Susanne (2003): Der Jenaer Kinderarzt Jussuf Ibrahim (1877-1953) und die Tötung behinderter Kinder während des Nationalsozialismus, in: „Kämpferische Wissenschaft“, Studien zur Universität Jena im Nationalsozialismus, hrsg. von Hoßfeld, Uwe et al., Köln, Böhlau Verlag, S. 437-451.
- Richarz, Bernhard (1987): Heilen, Pflegen, Töten, Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus, Göttingen, Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

- Rigele, Brigitte (2005): Kindereuthanasie in Wien 1940-1945, Krankengeschichten als Zeugen, in: Die ermordeten Kinder vom Spiegelgrund, Gedenkdocumentation für die Opfer der NS-Kindereuthanasie in Wien, hrsg. von Häupl, Waltraud, Wien u. a. (2006), Böhlau Verlag, S. 25-43.
- Roelcke, Volker; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (1998): Erbpsychologische Forschung im Kontext der „Euthanasie“: Neue Dokumente und Aspekte zu Carl Schneider, Julius Deussen und Ernst Rüdin, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie Bd. 66, S. 331-336.
- Roelcke, Volker; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2000): Psychiatrische Forschung, „Euthanasie“ und der „Neue Mensch“: Zur Debatte um Menschenbild und Wertsetzungen im Nationalsozialismus, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens, Frankfurt a. M., Campus, S. 193-217.
- Roelcke, Volker; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2001): Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 1943-1945 und ihre Verwicklung in die nationalsozialistische „Euthanasie“, in: Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“, Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, hrsg. von Mundt, Christoph; Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike, Heidelberg, Wunderhorn, S. 41-62.
- Roelcke, Volker (2004): „Lebensunwertes Leben“ und Rechtfertigung zum Töten, Zu Entstehungskontexten und Rezeption der Publikation von Binding und Hoche aus dem Jahr 1920, in: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Bd. 7, S. 14-34.
- Roer, Dorothee (1997): „Lebensunwert“, Kinder und Jugendliche in der NS – Psychiatrie, in: Halbierete Vernunft und totale Medizin, Zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 13, S. 107-130.
- Rohlmann, Jutta (1992): Integrative Erziehung Behinderter, Eine Spezialbibliographie deutschsprachiger psychologischer Literatur, Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation, Universität Trier, o. V.
- Rost, Karl, Ludwig (1987): Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“, Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS – Staates, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 55, Husum, Matthiesen Verlag.
- Saal, Fredi (1992): Warum sollte ich jemand anderes sein wollen? – Erfahrungen eines Behinderten, Neumünster (2002), Edition Jakob van Hoddiss im Paranus Verlag.
- Sandner Peter (1999): Der Eichberg im Nationalsozialismus, Die Rolle einer Landesheilanstalt zwischen Psychiatrie, Gesundheitsverwaltung und Rassenpolitik, in: Wissen und irren, Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg, Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Bd. 6, S. 164-220.

- Sass, Hans-Martin (2002): Ethik in der Praxis /Practical ethics, Kontroversen /Controversies Bd. 5, Münster, LIT Verlag.
- Schallmayer, Wilhelm (1918): Vererbung und Auslese, Grundriß der Gesellschaftsbiologie und der Lehre vom Rassendienst, für Rassehygieniker, Bevölkerungspolitiker, Ärzte, Anthropologen, Soziologen, Erzieher, Kriminalisten, höhere Verwaltungsbeamte u. polit. interessierte Gebildete aller Stände, Jena, Gustav Fischer.
- Schmidt, Gerhard (1965): Selektion in der Heilanstalt 1939-1945, Stuttgart, Evangelisches Verlagswerk.
- Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie, Von der Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens' 1890-1945, Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft Bd. 75, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmuhl, Hans-Walter (1991): Reformpsychiatrie und Massenmord, in: Nationalsozialismus und Modernisierung, hrsg. von Prinz, Michael; Zitelmann, Rainer, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 239-266.
- Schmuhl, Hans-Walter (1994): Die Geschichte der Lebens(un)wert-Diskussion, Bruch oder Kontinuität?, in: Des Lebens Wert, Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, Freiburg i. B., Lambertus Verlag, S. 51-60.
- Schmuhl, Hans-Walter (2000): Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs, Eine Zwischenbilanz, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens, Frankfurt a. M., Campus, S. 386-407.
- Schockenhoff, Eberhard (1991): Sterbehilfe und Menschenwürde, Begleitung zu einem „eigenen“ Tod, Regensburg, Verlag Friedrich Pustet.
- Schrappner, Christian; Sengling, Dieter (1988): Die Idee der Bildbarkeit, 100 Jahre sozialpädagogische Praxis in der Heilerziehungsanstalt Kalmenhof, Beiträge zur Geschichte der Sozialpädagogik, Weinheim, Juventa Verlag.
- Schultz, Ulrich (1985): Dichtkunst, Heilkunst, Forschung: Der Kinderarzt Werner Catel, in: Reform und Gewissen, „Euthanasie“ im Dienste des Fortschritts, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik Bd. 2, S. 107-123.
- Schwab, Roswitha; Walburg, Ulrike (2008): Beunruhigende Befunde in der Schwangerschaft, Ein Ratgeber zur Pränataldiagnostik, München, Hugendubel Verlag.
- Schwartz, Michael (1998): „Euthanasie“- Debatten in Deutschland (1895-1945), Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte Bd. 46, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 617-665.
- Schwartz, Michael (2001): Einfallstore der „Euthanasie“, Deutsche Debatten über die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ 1895-1945, Jahrbuch der Juristischen Zeitgeschichte Bd. 2, hrsg. von Vormbaum, Thomas, Berlin, Berliner Wissenschaftsverlag, S. 131-152.
- Seidler, Eduard; Posselt Miriam. (2002): Jussuf Ibrahim – Anmerkungen zu seinem wissenschaftlichen Schrifttum, Monatsschrift für Kinderheilkunde 150, S. 1000-1003.

- Shaw, Anthony; Randolph Judson G.; Manard, Barbara (1975): Ethical issues in pediatric surgery: A national survey of pediatricians and pediatric surgeons, *Pediatric* 60 (1977), S. 588-599.
- Singer, Peter (1984): *Praktische Ethik*. - Engl. Original: *Practical ethics* (1979), Stuttgart, Philipp Reclam jun. GmbH & Co.
- Singer, Peter et al. (1981/1982): The treatment of newborn infants with major handicaps, A survey of obstetricians and paediatricians in victoria, *Medical journal of Australia* 6 (1983), S. 274-278.
- Singer; Peter (1991): Bioethik und akademische Freiheit, in: *Zur Debatte über Euthanasie, Beiträge und Stellungnahmen*, hrsg. von Hegselmann, Rainer; Merkel, Reinhard, Frankfurt a. M., Suhrkamp, S. 312-326.
- Singer Peter (1994): *Praktische Ethik*, Neuauflage, Stuttgart, Philipp Reclam jun. GmbH & Co.
- Spieker, Manfred (2005): Das Grauen der Spätabtreibung, *Die Politische Meinung* 423, 50. Jg., S. 66-74.
- Statistischen Bundesamtes Wiesbaden (2007): *Kurzbericht: Statistik der schwerbehinderten Menschen* 2005, (<http://destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/SozialSchwerbehinderte2005pdf,property=file.pdf>), letzter Zugriff: 01.10.2008.
- Steger, Florian (2003): *Medizinische Forschung an Kindern zur Zeit des Nationalsozialismus, Die „Kinderfachabteilung“ der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee*, Medizin, Gesellschaft, Geschichte (MedGG) Bd. 22, Stuttgart, Franz Steiner Verlag Wiesbaden GmbH, S. 61-88.
- Stroothenke, Wolfgang (1940): *Erbpflege und Christentum, Fragen der Sterilisation, Aufnordung, Euthanasie, Ehe*, Mit einem Geleitwort von Fritz Lenz, Leipzig, Klotz.
- Strothmann, Dietrich (1966): Mord ohne Gnade, *Die Euthanasie im Dritten Reich*, *Die Zeit* 11, S. 30.
- Süß, Winfried (2002): Von der Gesundheitspolitik zum Krankenkörper, *Medizin im Zeichen der Rassenhygiene*, in: *Sachsen in der NS-Zeit*, hrsg. von Vollnhans, Clemens, Leipzig, Sächsische Landeszentrale für Politische Bildung, S. 155-169.
- Süß, Winfried (2003) *Der „Volkskörper“ im Krieg, Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenkörper im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945*, München, R. Oldenbourg Verlag.
- Surmann, Rolf (2005): Was ist typisches NS-Unrecht? Die verweigerte Entschädigung für Zwangssterilisierte und „Euthanasie“-Geschädigte, in: *Lebensunwert zerstörte Leben*, hrsg. von Hamm Margret, Frankfurt a. M., VAS, S. 198-211.
- Symposium der Stiftung für das behinderte Kind „Therapie an der Grenze der Überlebensfähigkeit – Studienresultate und Leitlinien“, 33. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Hamburg.

(http://www.paediatricie-hautnah.de/archiv/2008/01/ph0801_43.pdf), letzter Zugriff: 14.02.2009.

- Szawarski, Zbigniew; Tulczynski, Aleksander (1987): Treatment of defective newborns- a survey of paediatricians in poland, *Journal of medical ethics* 14 (1988), S. 11-17.
- Thom, Achim (1992): Das verhängnisvolle Wirken des Pädiaters Werner Julius Eduard Catel (1894-1981), *Universität Leipzig* 3, S. 11-14.
- Topp, Sascha (2004): Der "Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden", in: *Kinder in der NS-Psychiatrie, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg* Bd. 10, S. 17-54.
- Tröster, Heinrich (1988): *Interaktionsspannungen zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten*, Göttingen u. a., Verlag für Psychologie.
- Tröster, Heinrich (1990): *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten, Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung*, Bern u. a., Verlag Hans Huber.
- Van der Maas, Paul et al. (1992): Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, An investigation performed upon request of the commission of inquiry into medical practice concerning euthanasia, *Health policy* 22, S. 1-262.
- Van der Maas, Paul et al. (1996): Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *NEJM* 335, S. 1699-1705.
- Vanja, Christina et al. (Hg.)(1999): *Wissen und irren, Psychatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg, Historische Schriftenreihe des Landeswohlverbandes Hessen, Quellen und Studien* Bd. 6, Kassel, Eigenverlag des LWV Hessen.
- Verhagen, Eduard; Sauer, Pieter J. J. (2005): The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns, *NEJM* 352, S. 959-962.
- Völkl, Richard (1963): *Begrenzte Euthanasie? Bemerkungen zu einem neuen Buch*, *Caritas* 64, S. 209-214.
- „Volk u. Rasse“, Oktober 1933, 8. Jahrgang, Heft 2 bzw. Heft 6, J.F. München, Lehmanns Verlag, o. S.
- Vormbaum, Thomas (1962): „Euthanasie“ vor Gericht, Die Anklageschrift des Generalstaatsanwalts beim OLG Frankfurt/M. gegen Dr. Werner Heyde u. a. vom 22. Mai 1962, *Juristische Zeitgeschichte* Bd. 17, Institut für Juristische Zeitgeschichte, Hagen.
- Wehlte, Christian (2000): Über die „Heiligkeit des Lebens“ – Zur Vernachlässigung soziokultureller Dimensionen in der Euthanasie-Diskussion, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, *Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens, Frankfurt a. M., Campus, S. 336-355.
- Weindling, Paul (1989): *Health, race and German politics between national unification and nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press.

- Weingart, Peter; Kroll, Jürgen; Bayertz, Kurt (1988): Rasse, Blut und Gene, Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt a. M., Suhrkamp Verlag.
- Wiesing, Urban (1995): Zum Verhältnis von Geschichte und Ethik in der Medizin, in: Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin 3, S. 129-144.
- Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, Seite „Werner Heyde“, Bearbeitungsstand: 23.08.2009, (http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Werner_Heyde&oldid=63695060), letzter Zugriff: 03.10.2009.
- Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, Seite „Heinrich Wienken“, Bearbeitungsstand: 07.08.2009, (http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Heinrich_Wienken&oldid=63069501), letzter Zugriff: 04.10.2009.
- Wilken, Etta (2002): Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, Frühförderung interdisziplinär 21, S. 157-162.
- Wilm, Ernst (1940): Referat über die Stellungnahme der Kirche zur Tötung der „unheilbar Kranken“, Gehalten 1940 auf der Vertrauensmänner-Versammlung der westfälischen Bekennenden Kirche, in: Evangelische Dokumente zur Ermordung der „unheilbar Kranken“ unter der nationalsozialistischen Herrschaft in den Jahren 1939-1945, hrsg. von Hase, Hans-Christoph v. Stuttgart (1964), Innere Mission und Hilfswerk der EKD, S. 23-27.
- Wilmanns, Juliane C. (2000): Ethische Normen im Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Grundlage des Hippokratischen Eides, in: Menschenwürde und Medizinethische Konfliktfälle, hrsg. von Knoepffler, Nikolaus; Haniel Anja, Leipzig, Hirzel, S. 203-220.
- Wilmanns, Juliane C.; Hohendorf, Gerrit (2007): Der Verlust des Mitgefühls in der Psychiatrie des Nationalsozialismus: Ideengeschichtlicher Hintergrund, in: Theory of mind, Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens, hrsg. von Foerstl, Hans, Heidelberg, Springer, S. 184-206.
- Wisotzki, Karl Heinz (2000): Integration Behinderter, Modelle und Perspektiven, Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag.
- Wittgenstein, Ludwig (1922): Tractatus logico-philosophicus, Logisch-philosophische Abhandlung, London (1978), Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., Ltd.
- Wunder, Michael (1994): Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen, in: Des Lebens Wert, Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde, hrsg. von Daub, Ute; Wunder, Michael, Freiburg i. B., Lambertus Verlag, S. 26-34.
- Wunder Michael (2000): Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund, in: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, hrsg. von Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens, Frankfurt a. M., Campus, S. 250-275.
- Zimmermann, Mirjam (1997): Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen, Medizinisch-empirische,

juristische, sozialpsychologische und philosophische Grundlagen, ethische Beurteilung und Folgerungen, unter besonderer Berücksichtigung der Infantizidthesen von Peter Singer und Helga Kuhse, Frankfurt a. M., Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Zimmermann, Susanne (2000): Die medizinische Fakultät der Universität Jena während der Zeit des Nationalsozialismus, Ernst-Haeckel-Haus-Studien, Monographien zur Geschichte der Biowissenschaften und Medizin Bd. 2, Berlin, VWB.

Zimmermann-Acklin, Markus (1997): Euthanasie, Eine theologisch-ethische Untersuchung, Freiburg i. Ue., Universitätsverlag; Freiburg i. Br. (2002), Verlag Herder.

Zimmermann-Acklin, Markus (1999): Das niederländische Modell – Ein richtungsweisendes Konzept?, in: Das medizinisch assistierte Sterben, Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, hrsg. von Holderegger, Adrian, Freiburg i. Br., Herder, S. 351-370.

Zimmermann-Acklin, Markus (2000): Zur Sterbehilfediskussion in der theologischen Ethik, Ethik in der Medizin Bd. 12/1, S. 2-15.

Zmarzlik, Hans-Günther (1963): Der Sozialdarwinismus in Deutschland als geschichtliches Problem, Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte Bd. 11, S. 246-273.

11.2 Einbecker Empfehlungen, revidierte Fassung 1992

Präambel:

Die nachfolgenden Empfehlungen sind nicht als Handlungsanweisung aufzufassen, sondern als Orientierungshilfe für die konkrete, vom einzelnen Arzt jeweils zu verantwortende Situation. Sie sollen gleichermaßen der Entscheidungsfindung und der Beratung dienen.

In der Neufassung berücksichtigen sie die seit ihrer Formulierung 1986 eingetretenen Veränderungen der diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Situation bei schwerstgeschädigten Neugeborenen. Auf die im Gang befindliche Verlagerung mancher Probleme in den Pränatalbereich wird nicht eingegangen.

Ausgangspunkt bleibt die grundsätzliche Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in jeder Entwicklungs- und Altersstufe. Dennoch können in den Empfehlungen angesprochene Grenzsituationen dazu führen, dass dem Bemühen um Leidensvermeidung oder Leidensminderung im wohlverstandenen Interesse des Patienten ein höherer Stellenwert eingeräumt werden muss als dem Bemühen um Lebenserhaltung oder Lebensverlängerung. Hierzu ist Einvernehmlichkeit mit allen Betroffenen zu suchen und anzustreben, dass die Entscheidung von ihnen mitgetragen werden kann.

I.

1. Das menschliche Leben ist ein Wert höchsten Ranges innerhalb unserer Rechts- und Sittenordnung. Sein Schutz ist staatliche Pflicht (Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz), seine Erhaltung vorrangige ärztliche Aufgabe.
2. Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen oder dem geistigen Zustand verstößt gegen Sittengesetz und Verfassung.

II.

1. Die gezielte Verkürzung des Lebens eines Neugeborenen durch aktive Eingriffe ist Tötung und verstößt gegen die Rechts- und die ärztliche Berufsordnung.
2. Der Umstand, dass dem Neugeborenen ein Leben mit Behinderungen bevorsteht, rechtfertigt es nicht, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder abubrechen.
3. Eine Pflicht zur Behandlung und zur personalen Betreuung endet mit der Feststellung des Todes des Neugeborenen. Tod ist nach der übereinstimmenden medizinischen und rechtlichen Auffassung als irreversibler Funktionsausfall des Gehirns (Gesamthirntod) zu definieren.

IV.

1. Der Arzt ist verpflichtet, nach bestem Wissen und Gewissen das Leben zu erhalten sowie bestehende Schädigungen zu beheben oder zu mildern.

2. Die ärztliche Behandlungspflicht wird jedoch nicht allein durch Möglichkeiten der Medizin bestimmt. Sie ist ebenso an ethischen Kriterien und am Heilauftrag des Arztes auszurichten. Das Prinzip der verantwortungsvollen Einzelfallentscheidung nach sorgfältiger Abwägung darf nicht aufgegeben werden.
3. Es gibt daher Fälle, in denen der Arzt nicht den ganzen Umfang der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen muss.

V.

Diese Situation ist gegeben, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erfahrungen und menschlichem Ermessen das Leben des Neugeborenen nicht auf Dauer erhalten werden kann, sondern ein in Kürze zu erwartender Tod nur hinausgezögert wird.

VI.

Angesichts der in der Medizin stets begrenzten Prognosesicherheit besteht für den Arzt ein Beurteilungsrahmen für die Indikation von medizinischen Behandlungsmaßnahmen, insbesondere, wenn diese dem Neugeborenen nur ein Leben mit äußerst schweren Schädigungen ermöglichen würden, für die keine Besserungschancen bestehen. Es entspricht dem ethischen Auftrag des Arztes, zu prüfen, ob die Belastung durch gegenwärtig zur Verfügung stehende Behandlungsmöglichkeiten die zu erwartende Hilfe übersteigt und dadurch der Behandlungsversuch ins Gegenteil verkehrt wird.

VII.

Auch wenn im Einzelfall eine absolute Verpflichtung zu lebensverlängernden Maßnahmen nicht besteht, hat der Arzt für eine ausreichende Grundversorgung des Neugeborenen, für Leidenslinderung und menschliche Zuwendung zu sorgen.

VIII.

1. Die Eltern/Sorgeberechtigten sind über die bei ihrem Kind vorliegenden Schäden und deren Folgen sowie über die Behandlungsmöglichkeiten und deren Konsequenzen aufzuklären. Sie sollen darüber hinaus durch Beratung und Information in den Entscheidungsprozeß mit einbezogen werden.
2. In den Prozess der Entscheidungsfindung gehen auch die Erfahrungen der mit der Betreuung und Pflege des Kindes betrauten Personen mit ein.
3. Gegen den Willen der Eltern/Sorgeberechtigten darf eine Behandlung nicht unterlassen oder abgebrochen werden.

Verweigern die Eltern/Sorgeberechtigten die Einwilligung in ärztlich gebotene Maßnahmen oder können sie sich nicht einigen, so ist die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen. Ist dies nicht möglich, hat der Arzt die Pflicht, eine medizinisch dringend indizierte Behandlung (Notmaßnahmen) durchzuführen.

IX.

Die erhobenen Befunde, die ergriffenen Maßnahmen sowie die Gründe für den Verzicht auf eine lebenserhaltende Behandlung sind in beweiskräftiger Form zu dokumentieren.

11.3 §218 StGB Schwangerschaftsabbruch

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter gegen den Willen der Schwangeren handelt leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Schwangere wird nicht wegen Versuchs bestraft.

11.4 §218 a StGB Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

(1) Der Tatbestand des §218 ist nicht verwirklicht, wenn die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach §219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,

der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

(4) Die Schwangere ist nicht nach §218 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§219) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von Strafe nach §218 absehen, wenn die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

12 Lebenslauf

Sarah Lorenz-Stromp
Kustermannstr. 26
82327 Tutzing
sarahlorenz@hotmail.com
Tel.: 08158-904004

- Geb. 11.03.1981 in Graz als Tochter von Mag. Phil. Ulla Lorenz-Purkert und Dr. Ing. Marco Lorenz
- 1987-1991 Grundschule in Markt Schwaben und Pöcking
- 1992-2000 Gymnasium in Tutzing
- 1997-1998 Schülerin der Brockwood Park School, Hampshire, England
- 2000-2001 Schauspielausbildung bei TheaterTotal in Bochum
- 2002-2009 Medizinstudium an der LMU und TU München
- 2007-2008 Praktisches Jahr an der TU München
Innere Medizin am Rotkreuzklinikum München, Prof. O. A. Müller
Psychosomatik, Klinikum Rechts der Isar, Prof. P. Henningsen
Chirurgie, Barmherzige Brüder München, Dr. C. Reuter
- 05/2009 Staatsexamen an der TU München
- 10/2009-10/2010 Assistenzärztin für Innere Medizin am Krankenhaus Peißenberg
- Seit 11/2010 Assistenzärztin für Psychosomatische Medizin an der Klinik Höhenried

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Personen meinen Dank aussprechen, die mich bei der Vollendung meines Studiums und bei dieser Arbeit unterstützten.

An erster Stelle gebührt mein Dank Frau Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Juliane C. Wilmanns, die mir die Promotion an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München ermöglicht hat.

Herrn Prof. Dr. Dr. Dietrich von Engelhardt, der nach dem tragischen Tod von Frau Prof. Wilmanns Anfang 2008 die kommissarische Leitung des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Technischen Universität München übernahm, möchte ich für seine Unterstützung und Begleitung zur Vollendung dieser Arbeit danken.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, PD Dr. Gerrit Hohendorf, der mir mit seinem reichen und fundierten Wissen stets eine große Hilfe war, der mir aber auch persönlich bei der nicht immer leichten Bewältigung dieses Themas zur Seite stand und der sich nicht zuletzt sehr viel Zeit für gemeinsame Diskussionen genommen hat und mir so eine bereichernde Vertiefung der Thematik ermöglichte.

Danken möchte ich auch meinem Vater, der mich all die Jahre großzügig unterstützt hat und es mir so möglich machte, diese Arbeit mit Zeit und der nötigen Muße zu vollenden. Danken möchte ich ihm außerdem für sein großes Interesse und die anregenden inhaltlichen Gespräche zu meiner Arbeit.

Herzlich gedankt sei an dieser Stelle auch Roswitha Schwab, Begründerin der Fachstelle für psychosoziale Beratung zu Pränataldiagnostik in der Beratungsstelle für Natürliche Geburt e. V., die mir durch ihren reichen, praxisbezogenen Erfahrungsschatz eine wertvolle Unterstützung war und mir so zu einer Vertiefung der ethischen Auseinandersetzung verhalf.

Schließlich möchte ich meinem Mann danken für sein großes Verständnis, seine Geduld und seinen seelischen Beistand, der immer wieder nötig war.