

HAUSARBEIT

„ Euthanasie: Schöner Tod anstelle qualvollen Leidens“

im

Seminar für Lebensrecht und Bildungsrecht

der Fachhochschule Magdeburg

Fachbereich Sozialwesen

(Seminararbeit)

vorgelegt von

Melanie Standtke

Studiengang „Heilpädagogik“ – 1. Semester

-
- Leiter des Seminars: Prof. Dr. Fritz- Helmut Wisch
 - Semester: Sommer- Semester 2000
 - Adresse des Verfassers: XXX
 - Telefonisch erreichbar: XXX

Inhalt

Einleitung

Teil 1

1. Sterben und Tod
 - 1.1. Eine Zeitreise des Todes (Historische Aspekte)
 - 1.2. Tod
 - 1.2.1. Verdrängter Tod
 - 1.3. Warum ist die Sterbeproblematik so interessant?
 - 1.4. Ärzte im Gebiet des Sterbens
 - 1.5. Gibt es nur eine Form des Sterbens?
 - 1.6. Sterben in Geborgenheit

Teil 2

2. Euthanasie= Sterbehilfe
 - 2.1. Freiwillige Euthanasie
 - 2.1.1. Rechtfertigung freiwilliger Euthanasie
 - 2.2. Unfreiwillige Euthanasie
 - 2.2.1. Rechtfertigung für die unfreiwillige Euthanasie?
 - 2.3. Nichtfreiwillige Euthanasie
 - 2.3.1. Rechtfertigung von Nichtfreiwilliger Euthanasie

Teil 3

3. Vernichtung lebensunwerten Lebens
 - 3.1. Sterilisation zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
 - 3.2. Aktion „T4“
 - 3.2.1. Eine Arztkarriere
 - 3.3. Und es ging weiter
 - 3.3. Medizinische Experimente

Teil 4

4. Selbstmord?
 - 4.1. Warum?
5. Abschließende Worte
6. Quellenverzeichnis

Einleitung

Die Euthanasie ist zu jeder Zeit, in jedem Jahrhundert ein Thema, welches nie an Wichtigkeit verlieren wird. Gerade, weil es jeden Menschen selbst treffen kann. Man ist dann konfrontiert mit der Situation des eigenen Sterbens oder dem des Angehörigen.

Die Sterbeproblematik wird immer ein vieldiskutiertes Thema in der Gesellschaft sein. Gerade wohl auch durch die Vernichtung lebensunwerten Lebens in der Nazi-Zeit, die einen großen Schatten auf die Sterbehilfe geworfen hat. Aber Euthanasie bedeutet glücklicher Tod und die Vernichtungen im Nationalsozialismus haben kaum was mit einem glücklichen Tod zu tun. Deshalb sollte man in diesem Zusammenhang auch nicht von Euthanasie reden. Sterbehilfe ist das, was das Wort schon sagt. Hilfe beim Sterben.

Aber was mit den Menschen, die nicht sterbenskrank und im Krankenhaus liegen, wartend auf den Tod? Menschen, die seelische Probleme haben und einfach nicht mehr können. Selbstmord. Sicher, hat es in dem Zusammenhang, Euthanasie: Schöner Tod anstelle qualvollen Leidens, nicht den Wert und es wird in Sterbehilfebüchern auch nie erwähnt, aber Menschen, die z. B. große Trauer tragen, weil der Partner verstorben ist, leiden doch auch. Auch, wenn hier Hoffnung besteht, dass das Leiden wieder vergeht, ist dies ein wichtiger Teil, den man nicht außer Betracht lassen sollte.

Teil 1

1. Sterben und Tod

Sterben muss jeder mal von uns. Deshalb haben auch die Menschen Angst davor. Vielleicht nicht unbedingt vor dem Sterbeprozess, sondern den Tod an sich. Was kommt danach?

Aus Unkenntnis wie ein Sterbeprozess abläuft, wird er oft als schmerzhaft von den Menschen empfunden. Dass das Sterben aber nicht schmerzhaft ist, wissen die meisten nicht.

1.1. Eine Zeitreise des Todes (Historische Aspekte)

Sterben und Tod gehören seit je her zu den großen Rätseln. Aus Furcht vor dem Tod entstand der Glaube an die Unsterblichkeit. 3500 v. u. Z. entstand in Ägypten der Glaube, dass die Seele eine Reise in die Ewigkeit macht. Dieser Glaube an die Unsterblichkeit der Seele war möglicherweise eine Reaktion auf die Furcht vor dem Tod.

Erste Zweifel an den alten Jenseitsvorstellungen, an dem Weiterleben als Erlösung, kamen 1200 v.u.Z. auf. Auch die Griechen begannen 600 v.u.Z. über den Tod zu philosophieren.

Sie sahen den toten Menschen als blutleere Schatten. Pythagoras hatte eine orphische Todesvorstellung. Die Seele war göttlichen Ursprungs und musste eine Seelenwanderung, eine Reinigung im Kreislauf der Geburten durchlaufen. Danach konnte sie sich wieder mit dem Göttlichen vereinen. Der Philosoph Heraklit

versuchte den Tod als ein notwendiges Ereignis annehmbar zu machen. Der Tod bedeutete davon aus gesehen nichts Entgültiges.

Sokrates wies auf die Natürlichkeit des Todes hin.

Zitat: „Wisst ihr nicht, dass ich vor längerer Zeit, seit ich geboren wurde, von der Natur zum Tode verurteilt bin?“ (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988, S.12)

Noch bis in die heutige Zeit gibt es unterschiedliche philosophische Auffassungen über den Tod, so dass eine erwartende Aufklärung für viele Menschen heute noch eine Aporie ist.

Für den Arzt natürlich bedeutet Sterben und Tod, dass hier seine ärztliche Pflicht bald beendet ist. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

In historischen Überlieferungen wurde berichtet, dass für die Ärzte früher, die Pflicht beendet war, wenn die Krankheit unheilbar war oder Zeichen des Sterbens sichtbar wurden.

Im Eid der Hinduärzte heißt es: Zitat: „Menschen, die den König hassen oder die der König hasst oder die vom Volk gehasst werden oder die das Volk hassen, sollen keine Behandlung bekommen. Ebenso jene, die völlig unnormal sind, verderbt, von elenden Charakter und Betragen, jene, die ihrer Ehre nicht gerecht wurden, jene, die kurz vor dem Tode sind und ebenso sollen Frauen, die ohne Wertung und Begleitung ihrer Ehemänner oder ihrer Bewacher sind, keine Behandlung empfangen.“(Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988, S.12-13) In der heutigen Zeit wären solche Vorschriften überhaupt nicht mehr denkbar.(Obwohl es sicher Menschen gibt, die dafür plädieren, Ausländer müssten in der Warteschlange, z.B. für ein Spenderorgan, ganz hinten warten, d.V.) Im 16. Jahrhundert schon wurde der Tod nicht mehr als Übergang in eine andere Welt gesehen, sondern als das Ende des Lebens. Im 15. bis in das 17. Jahrhundert bedrohten Sterben und Tod die Menschen. Und zwar durch Kriege, Seuchen und Hungersnöte. Die Pest wütete mehr als ein Jahrhundert und verlangte viele Opfer. Die Kunst des rechten Lebens wurde von der Kunst des heilsamen Sterbens verdrängt. Zu einer neuen Weisheit wurde die Hoffnung auf den guten Tod.

Lebenserhaltende Maßnahmen begannen im 18. Jahrhundert durch die wissenschaftliche Aufklärung. Die ersten Gesellschaften für Lebensrettung und die ersten Lehrbücher gab es im Jahr 1777. Die Entdeckung des Sauerstoffes bot dafür eine gute Voraussetzung.

(Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Wie der Autor (Baust) in seinem Buch (Sterben und Tod) erläutert, hatte Hufeland eine hohe ethische Auffassung vom Arztsein. Er schrieb folgendes nieder: „Nicht nur heilen, sondern auch bei unheilbarer Krankheit das Leben erhalten, ist die Pflicht und ein großes Verdienst der Ärzte. Nie die Hoffnung und nie den Mut verlieren. Hoffnung erzeugt Ideen, erhebt den Geist zu neuen Einsichten..... und kann selbst das unmöglich scheinende möglich machen. Wer nicht mehr hofft, denkt auch nicht mehr, Apathie und Geisteslähmung sind die unausbleiblichen Folgen, und der Kranke muss notwendig sterben, weil der Helfer schon gestorben ist.“ (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988, S.19) Es ist anzunehmen, dass die meisten Ärzte damals die Sterbehilfe verweigert hätten, weil sie zum einen, von ihrem Arzt sein und den neuen Erkenntnissen, zu angetan waren und nie auf die Idee gekommen wären, jetzt wo das Sauerstoffgerät erfunden wurde,

einen Menschen sterben zu lassen. Zum anderen waren die Hungersnöte, das aggressive Sterben der Menschen durch die Pest, noch nicht lange her. Es war Huflands Verdienst, dass er die unheilbar Kranken und die Sterbenden erstmalig in eine ärztliche Bewahrungsanstalt brachte. Das Interesse war vorhanden, die Problematik des Sterbens und des Todes weiter wissenschaftlich zu untersuchen. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

1.2. Tod

Der Tod gilt als ein Zeichen des irreversiblen Endes. Als Stillstand des Zwerchfelles wurde er vor ca. 3000 Jahren angesehen. Als Stillstand des Kreislaufes seit 300 Jahren. Das Herz wird als Sitz der Seele benannt. Zum Sitz des Lebens wird nun seit 40 Jahren das Gehirn auserwählt, denn der Stillstand des Hirnkreislaufes gilt als Zeichen des eingetretenen Todes. Nicht nur das Sterben, auch der Tod gilt als Ereignis und als dynamischer biologischer Vorgang, der nach den eigenen Gesetzmäßigkeiten abläuft. Biologisch gesehen bedeutet der Tod als das irreversible Ende aller Lebensfunktionen. Er betrifft als totaler Tod oder Individualtod das ganze Individuum und der Organismus wird zur Leiche. Den definitiven Tod unmittelbar mit seinem Eintreten zu bestimmen ist weder funktionell noch morphologisch (der Gestalt nach, d.V.) möglich. Der Prozess zwischen Sterben und Tod wird vom Schweregrad der Krankheit, dem Alter des Sterbenden, dessen vorhandener Lebensfähigkeit und der noch laufenden Therapie mitbestimmt. Daher ist der Tod eher als dynamischer oder stufenweiser Prozess anzusehen. Die Medizin bemühte sich um neu entstandene Begriffe wie klinischer Tod, sozialer Tod, partieller Tod, Organtod, Individualtod, dissoziierter Tod und biologischer Tod zu entwerfen. Trotz aller neuartigen wissenschaftlichen Erkenntnisse ist es dabei geblieben bzw. haben die alten Zeichen des eingetretenen Todes ihre Gültigkeit. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

1.2.1. Verdrängter Tod

Der alte Glaube an einem Leben nach dem Tod wurde, durch die berechtigte Hoffnung auf lebensverlängerte Maßnahmen, fast verdrängt. Da es aber z. B. bei der Organspende noch immer Probleme mit der Beschaffung gibt, wird dies für viele, die weiterleben wollen, zu einer Enttäuschung. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988) Viele Menschen glauben einfach, dass Ärzte das Leben praktisch endlos verlängern können. In Bezug nehmend auf die Sterbehilfe sind das die Menschen, die nie und nimmer Sterbehilfe praktizieren oder für sich in Anspruch nehmen würden, weil sie mitunter auch einfach medizinisch zu naiv sind. Vielleicht kann man in 1000 Jahren das Leben endlos verlängern und es gibt eine Wunderheilmedizin, aber in unserer heutigen Zeit gehört der Tod immer noch dazu. Die ärztlichen Grenzen sollten zwischen Vernunft und Möglichkeiten liegen. Doch in jeder Ethik, auch die der Ärzte, gibt es keine Neutralität, denn jede Ethik beruht auf ein Entweder – Oder.

1.3. Warum ist die Sterbeproblematik so interessant ?

Als auslösende Ursachen müssen in erster Linie die enorm gewachsenen Möglichkeiten der Lebensbewahrung und Lebensverlängerung gesehen werden. Wunschvorstellungen für das eigene Leben, für die Lebensqualität sowie die Lebensdauer entstehen. Ob und wie bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder bei einem Unfall sowie bei spürbaren Zeichen des endenden Lebens die lebensverlängernden Maßnahmen angewendet werden.

Solche Gedanken und einige mehr sind eine wesentliche Ursache an dem Interesse der Sterbeproblematik. Prokop, so wie im Buch (Sterben und Tod) von Baust beschrieben, sieht in dem hohen Verbrauch von Alkohol und Drogen einen Zusammenhang. Sein Resümee zu dieser Problematik: „Die Zunahme des Interesses am Tod und am Sterben sei vielfach quantitativer Natur und es ist ein Trend der Zeit, dass man alles wissen will oder soll und überall mitreden kann.“ (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988) Steht jetzt der Trend zu Alkohol und Drogen im Zusammenhang mit dem, was gerade gesagtem. Oder meint er, dass die Menschen einfach nur Angst haben, weil sie Drogen nehmen und wissen, dass sie daran „kaputt gehen“ können. Wenn ja, dann sind diese Menschen einfach nur primitiv. Nicht, weil sie Drogen nehmen, sondern, weil sie wegen den Schädigungen, die Drogen anrichten Angst haben, aber gerne weiter Drogen nehmen wollen ohne Angst zu haben um ihre Gesundheit.

Kübler- Ross, welche Bücher zum Thema „Sterben“ geschrieben hatte, untersuchte Tausende erfolgreiche reanimierte Patienten und beschrieb 1972 erstmalig, die aus ihren Untersuchungen abgeleiteten 5 Phasen des Sterbens, die wesentliche Grundzüge für eine humanitäre Betreuung Sterbender enthalten. Sie vertritt die These, dass der Eintritt in das Leben nach dem Tode nicht eine Frage des Glaubens sei, sondern eine Frage des Gewissens.

Die Literatur an sich erreicht mit ihren „Sterbebüchern“ die Menschen, die daran interessiert sind oder die, die es selbst betrifft. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Die Wissenschaft entwickelte neue Disziplinen und es entstanden die Reanimatologie und die Thanatologie. Thanatologie kommt aus dem Griechischen und bedeutet Tod. Im Wort Euthanasie ist dies auch enthalten. Euthanasie bedeutet „guter Tod“. Die beiden Disziplinen beschäftigen sich damit, die Gesetzmäßigkeiten des Sterbens und des Todes weiter zu erforschen. Dadurch, dass durch Forschungen immer neue Methoden zur Aufhaltung des Todes entwickelt wurden, mussten beide Begriffe neu definiert werden. Negowski bestimmte den Tod Anfang der 80iger Jahre als eine kurzzeitige Erscheinung als auch einen zeitlich ausgedehnten Prozess. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988) Wenn man die moderne Technik der Medizin nimmt, dann hat er wohl recht. Ein Unfallopfer würde vielleicht sterben, wenn es ein bestimmtes Gerät nicht gäbe. Andererseits wird aber Leben immer weiter verlängert, weil es entsprechende Maschinen gibt. Dabei ist es gar nicht mehr lebenswert.

Das Sterben und der Tod sind damit ein zwar generell nicht verhinderbares, aber unter bestimmten Bedingungen zu einem in immer größerem Maße beeinflussbares Ereignis geworden.

1.4 Ärzte im Gebiet des Sterbens

Geburt und Sterben sind die wohl faszinierenden Ereignisse im Leben eines Menschen.

Obwohl wir sie bei uns selber nie bewusst erleben. Wir können dabei sein bei der Geburt oder dem Sterben eines anderen Menschen und daraus unsere Vorstellungen ableiten. Wissenschaftliche Untersuchungen haben herausgefunden, dass Betroffene oft eine Vorahnung haben, dass sie sterben werden. Doch wann beginnt das eigentliche Sterben? Doch nicht dann, wenn der Betroffene eine Vorahnung hat. Medizinisch gesehen, beginnt das Sterben mit dem Ausfall lebenswichtiger Funktionen. In einschlägiger Literatur über die Sterbehilfe heißt es, dass der Arzt auf weitere, technisch eventuell noch mögliche Maßnahmen verzichten kann, wenn er aufgrund einer Reihe von klinischen Zeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit irreversibel verläuft. Also ist einer, der an eine tödliche Krankheit leidet nicht auch gleich ein Sterbender ist, sondern einer, der in Todesgefahr schwebt. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Jedoch ist Sterben ein individuelles Ereignis. Jeder Mensch wird es erleben und wird es auf seine eigene Weise erleben. Sterben ist auch ein soziales, also gesellschaftliches, zwischenmenschliches Geschehen. Die letzten Stunden des Sterbenden werden beeinflusst durch seine Bezugspersonen (Ärzte, Schwestern und die nächsten Angehörigen), dem Ort des Sterbens, das Alter des Sterbenden, seine Krankheit und seine Haltung zum Sterben. Ärztliches Handeln soll menschliches Leben bewahren und erhalten und Schmerzen und Qualen lindern. Und, wenn der Patient kurz vor dem Tode steht, so muss die Lebensverlängerung nicht unbedingt das Ziel des Arztes sein. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Auch die Gesprächsführung mit dem Sterbenden durch den Arzt ist eine Sache, auf die man in keinem Fall verzichten sollte. Aber sicherlich haben gerade Ärzte, die erst ihre Tätigkeit aufgenommen haben, damit Probleme und Schwierigkeiten haben. Einfach aus dem Grund, weil sie es schwer akzeptieren können, dass die einen Patienten nicht retten können. Aber sollte ein Arzt nicht nur seine berufliche Niederlage im Sterben eines Menschen sehen. Das er ihm beisteht oder den Angehörigen beisteht, wenn die beschlossen haben, dass ein Weiterleben nicht „sinnvoll“ ist, darin beweist er doch auch seine Stärke, sein ärztliches Können, indem er den Menschen in Ruhe sterben lässt und mit ihm letzte Worte wechselt. Viele versuchen in endlosen Monologen den Angehörigen zu erklären, warum er nicht mehr helfen konnte. Warum aber? Auch die Angehörigen wissen, dass der Tod manchmal nicht unvermeidbar ist, weil der Patient an einer unheilbaren Krankheit leidet.

Die Betreuung Sterbender ist eine physisch und psychisch anspruchsvolle Aufgabe, bei der man eine überaus positive Einstellung zu sich selbst und den eigenen Tod haben muss. Daran kommt kein Arzt vorbei, wenn er über und mit dem Sterbenden reden will. Er sollte wissen, was in dem Sterbenden vorgeht, also eine gewisse Sensibilität besitzen.

1.5 Gibt es nur eine Form des Sterbens ?

Das Sterben kann nicht als ein einheitlicher Vorgang angesehen werden, obwohl das prozesshafte Sterben durchaus bei jedem Menschen einheitlich abläuft.

Die fortschreitende altersbedingte Funktionseinschränkung vitaler Organe leitet das „physiologische Sterben“ ein, die dann zum Tod führt. Das Versagen mehrerer Organe, aufgrund einer bestimmten Krankheit, bildet die nächste Gruppe. Das akute Versagen einer oder mehrerer Organe bei uneingeschränkter Gesundheit charakterisiert die letzte Gruppe. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Beim altersbedingten Sterben wird der Tod manchmal richtig herbeigesehnt. Diese Menschen haben ein langes und sinnerfülltes Leben hinter sich und haben sich mit der Tatsache abgefunden, sterben zu müssen. Oft leiden sie an Alterserkrankungen, die ihre Lebensqualität einschränken. Alte Menschen bereiten sich ganz bewusst auf ihren letzten Abschnitt im Leben vor. Sie spüren, dass der Alterungsprozess immer rascher fortschreitet. (Barbara Gabler-Hoffmann, Ethik für die Altenhilfe, 1997)

Das Sterben durch eine bestimmte Krankheit ist jedoch an kein Alter gebunden. Schon von Geburt an besteht die Gefahr an einen Tumor zu erkranken. Ein Kind kann mit einer bestimmten Krankheit zur Welt kommen z.B. Spina Bifida. Der alte Mensch sieht in einer Krankheit häufig seine begonnene letzte Phase. Er fühlt, dass ihm die Kraft fehlt gegen die Krankheit zu kämpfen. Der Arzt muss hier die Zusammenhänge erkennen und einen Weg finden, ob eine Therapie noch sinnvoll wäre oder nicht.

Bei dem Auftreten einer Krankheit im Säuglings- oder Kleinkindsalter, löst das bei den Eltern eine schwere psychische und physische Belastung aus. Die Kleinen bekommen davon wenig mit. Mit Liebe und einer angemessenen Pharmakotherapie erzielt man einen erträglichen Verlauf der Erkrankung ohne Qual und Schmerzen, der dann zum Sterben überleitet, wenn denn die Krankheit unheilbar ist. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Am schlimmsten trifft es aber Menschen, die mitten in der Blüte ihres Lebens stehen und plötzlich ihre Ziele aufgeben müssen.

Ein unphysiologischer schneller Verlauf ist bei dem gewaltsam bedingten akuten Sterben zu beobachten. Auch hier kann es jede Altersgruppe treffen. Die multifaktoriellen Ursachen, die Lokalisation und Schwere der Erkrankung oder Verletzung, das Alter des Betroffenen sowie die Wirksamkeit der zeit- und situationsgerechten Hilfe bzw. ihr Ausbleiben bestimmen in unterschiedlicher Weise den Verlauf des Sterbens. Ist die Schädigung so extrem, dass ein Weiterleben unmöglich erscheint, so beginnt das Sterben unmittelbar mit dem Ereignis. Eine Bewusstseintrübung setzt ein, ohne von dem Sterbevorgang etwas mitzubekommen.

Zwei wichtige Begriffe haben sich in Medizin durchgesetzt. Der klinische und der biologische Tod. Der klinische Tod ist hier die reversible (rückgängige) Vorstufe des biologischen Todes. Besteht in einem Fall die Möglichkeit, das begonnene

Sterben aufzuhalten, ist eine Reanimation angeraten. Erscheint eine Reanimation jedoch sinnlos, weil entsprechende Zeichen vorhanden sind, so ist der Arzt nicht mehr verpflichtet zu reanimieren. Nun besteht seine Aufgabe darin, eine Sterbebetreuung einzuleiten. (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988)

Die Wissenschaft steht natürlich nie still und forscht weiter. Besonders in Hinsicht auf die Psychologie des Sterbens. Kübler- Ross schlug die 5 Phasen des Sterbens vor. Diese leitete sie aus Interviews ab, die sie mit schwerkranken und todeskranken Patienten geführt hatte.

1. „Phase (Isolierung): Das Nichtwahrhabenwollen, der Versuch der Isolierung, der Schock und die Ratlosigkeit. „Nicht ich!“
2. Phase (Zorn): Geprägt von Zorn und Aggressionen als Zeichen der Auseinandersetzung mit dem unausweichbaren Schicksal. „Warum gerade ich?“
3. Phase (Verhandeln): Verhandeln zwischen Gewissheit und imaginären Vorstellungen. Suchen nach möglichen Ausweichen. „Vielleicht ich doch nicht!“
4. Phase (Depression): Depression und Verzweiflung. Lösung aus dem sozialen Gefüge. „Was bedeutet das für mich?“
5. Phase (Zustimmung): Einwilligung in das Sterben, sich verabschieden wollen. „Ja, wenn es sein muss, ich kann!““ (Günther Baust, Sterben und Tod, Medizinische Aspekte, 1988, S.58)

Gerade in dieser letzten Phase, die sicherlich auch die Phase ist, in der die Krankheit schon weit fortgeschritten ist, entscheiden sich viele Menschen für den schnellen Tod. Einfach, weil sie sich damit abgefunden haben, sterben zu müssen und denken, ob nun jetzt oder später. Jetzt ist besser, da spare ich mir Schmerzen. So könnten und so werden die Gedankengänge bei Todkranken sein.

Häufig sind bei den Sterbenden veränderte Gesichtszüge erkennbar, die nicht auf den Tod hinweisen (friedlich, erlöst, überstandene Qual, Lächeln), sondern auf überwundene Schmerzen oder Qualen. Diese Empfindungen in der Sterbephase werden offenbar vom Gehirn noch gespeichert. Der Gesichtsausdruck eines Toten ist leer und ausdruckslos. Weiterhin ein wahrnehmbares Zeichen des Todes ist der Verwesungsgeruch in der Ausatemluft. Auch schwinden die Abwehrreflexe des Sterbenden. D.h. der Schleim kann nicht mehr abgehustet werden und verursacht rasselnde Geräusche. Unkoordinierte Zuckungen und Bewegungen des Extremitäten sowie Stöhnen des Sterbenden sind weitere Symptome. Der Sterbende empfindet diese aber nicht mehr, da er bewusstlos ist. Die meisten Sterbenden suchen den Schlaf als wohltuende Entspannung. Für ihn ist das wie das tägliche Einschlafen. Das Sterben eines Menschen ist also normalerweise nicht mit Schmerzen verbunden. Die meisten Menschen sterben ohne Qual.

1.7 Sterben in Geborgenheit

Die Ungewissheit über das Sterben, die Angst davor, macht es schwer einen sterbenden Menschen zu begegnen.

Ein Arzt beschreibt diese Schwierigkeit: zit. nach E.A. Herzig, *Betreuung Sterbender* „Es braucht oft Überwindung, in ein Zimmer hineinzugehen zu einem Kranken, weil man weiß, man wird unweigerlich konfrontiert mit Fragen, auf die man selber keine sehr überzeugende Antwort geben kann.“ (Barbara Gabler-Hoffmann, *Ethik für die Altenhilfe*, 1997)

Natürlich muss Pflege und Visite geleistet werden, deshalb muss das Personal sich den Situationen stellen. Denn immerhin sind die Angehörigen emotional viel stärker betroffen.

Gabler-Hoffmann erwähnt in ihrem Buch (*Ethik für die Altenhilfe*) die Worte Kübler Ross, welche Gespräche mit Sterbenden führte, die beklagten, dass die Schwestern und die Angehörigen nicht offen genug wären. Dass, die Familien so tun als wäre alles o.k. in den Beziehungen untereinander. (Barbara Gabler-Hoffmann, *Ethik für die Altenhilfe*, 1997) Gibt es die Familie, die in so einer Situation intakt ist? Hat der Sterbende nicht das Recht zu wissen, was er hat, wie schlimm es um ihn steht. Ist es richtig ihn wie ein kleines Kind zu behandeln. Ich denke, wenn er bei vollen Bewusstsein ist, darf wer wissen, wie schlimm die Krankheit ist. Im Kranken gehen auch Ängste vor. Sie wollen nicht sterben, weil sie noch Pflichten und Aufgaben haben, die sie erledigen müssen. Sie haben Angst in ein Sterbezimmer abgeschoben zu werden, aber auch Angst nicht in Ruhe sterben zu können, dass sie künstlich am Leben gehalten werden. Sie haben Angst Abschied zu nehmen. Die Worte von Betroffenen soll dies deutlich machen.

„Wenn Ihr mein Bett zurechtmacht und das Leinentuch wieder über mich deckt, denke ich jedes Mal, es sei das Leinentuch.“ Eine 72jährige Patientin (Valerie Winckler, *Dem Tod so nah*, 1989, S.26)

„Ausruhen! Ich mache nur noch das! Es ist die ewige Ruhe, um die ich bitte.“ Eine 88jährige Patientin (Valerie Winckler, *Dem Tod so nah*, 1989, S.23)

„Man ist zugleich froh und nicht froh, mit 93 Jahren noch zu leben. Das Leben ist nicht mehr spannend, es hat keinen Reiz mehr, es ist völlig sinnlos. Das heißt man lebt, und man lebt doch nicht mehr. Aber es ist eigenartig, wie man sich ans Leben klammert. Man hat keine Lust, es hinter sich zu lassen, da man nicht so recht weiß, wo man landen wird. Übrigens möchte ich bevor ich sterbe, etwas Klarheit in mein Leben bringen. Ich möchte nicht wie ein Dieb davongehen. Ich möchte mir sagen können: Was habe ich Gutes und Ungutes geleistet? Trotz unserer großen Worte wissen wir ja nicht, was auf uns wartet. Es wird nicht mehr lange dauern, bis ich es weiß, aber wenn man zu mir sagen würde: „Es geschieht heute Abend“, würde ich erwidern: „Nein, noch nicht. Noch ein klein wenig.“ Frau D. 93jährig (Valerie Winckler, *Dem Tod so nah*, 1989, S.18)

Es wird uns schwer gemacht bzw. machen wir es uns ziemlich schwer, anderen Menschen, die Angehörigen humanen Sterbebeistand zu leisten. Wir verdrängen den Tod und wollen uns damit nicht abfinden. Der Mensch, der den Sterbenden betreut also der Angehörige verweigert häufig aus Angst vor dem Trennungsschmerz, der Härte des Abschieds die menschliche Zuwendung. Der Sterbende wiederum fühlt sich alleingelassen, obwohl auch ihm die Trennung schwer fällt. Ein immer wiederkehrender Kreislauf: Wer glaubt, er kann keine Geborgenheit geben, meint ihm stehe auch keine Geborgenheit zu.

Ein Kind, dass geboren wird, bekommt Geborgenheit und Liebe. Ein Mensch, der stirbt, braucht auch Geborgenheit und Liebe, um Abschied zu nehmen und loszulassen. Auch an dieser Stelle zwei Beispiele zum besseren Verständnis.

Sterben zu Hause:

Herr E. litt an Speiseröhrenkrebs in fortgeschrittenen Stadium. Er lag im Krankenhaus, einen lebensverlängerten nochmaligen Eingriff lehnte er ab. Sein Wunsch zu Hause zu sterben, konnte ihm erfüllt werden. Die Ehefrau und die unverheiratete Tochter konnten sich in der Pflege abwechseln. Eine Unterstützung durch zwei Mitarbeiterinnen aus der nahegelegenen Sozialstation sicherte die Versorgung mit flüssiger Nahrung und Schmerzmitteln über einen Tropf. Es gelang, dass Herr E. keine Schmerzen hatte; und als er dann ruhig starb, waren alle erleichtert und dankbar, dass sie ihm und sich diese letzte Zeit zu Hause ermöglichen konnten.

Sterben in einer Institution:

Ein Mann liegt nach einem Unfall im Sterben, er ist unruhig. Seine Frau ist bei ihm, sehr aufgeregt und unsicher, wie sie ihm dienlich sein kann. Eine Schwester setzt sich zu ihr und zeigt ihr wie sie ihrem Mann die Hand halten kann und hilft ihr dabei. Sie erklärt ihr, dass er sie hören kann, auch wenn er nicht fähig ist zu antworten. Die Schwester bleibt bei der Frau, bis diese etwas Sicherheit gefunden hat in der Betreuung. Barbara Gabler-Hoffmann, Ethik für die Altenhilfe, 1989)

Beide Beispiele sind nun ziemlich unterschiedlich. Ein Unfallopfer kann nicht erst nach Hause gebracht werden, nachdem festgestellt wurde, hier ist nichts mehr zu machen. Da würde die Zeit nicht reichen. Ein an Krebs leidender Mensch kann durchaus zu Hause und in der Klinik betreut werden. Der Mann hat es abgelehnt weiter behandelt zu werden, um dann in Ruhe zu Hause zu sterben. Beide Beispiele sollten die Norm sein. Sind es aber leider nicht. Es ist eigentlich bekannt, dass gerade in Krankenhäusern das Pflegepersonal knapp ist. Auch sind die Schwestern nicht immer die Freundlichkeit in Person. Man sollte nicht die Kompetenz der Krankenhäuser anzweifeln, aber in diesem Punkt gibt es sicherlich noch einiges zu tun, um wie im 2. Beispiel beschrieben, Hilfe zur Sterbebetreuung zu leisten.

Teil 2

2. Euthanasie = Sterbehilfe

Ist ein Mensch sehr krank oder hatte er einen schweren Unfall und die lebensverlängernden Maßnahmen, in Form einer Therapie, einer OP oder der Herz-Lungen-Maschine zeigen keine verbessernden Auswirkungen, dann sollte man sich fragen, ist hier die Quälerei notwendig? Oder ist es besser den Patienten sterben zu lassen? Was ist hier richtig?

Euthanasie bedeutet schöner glücklicher Tod. Eu ist übersetzt gut und thanatos der Tod. Euthanasie als Sterbehilfe ist ein altes, im Laufe der Jahrtausende und Jahrhunderte immer wieder neu diskutiertes Problem. Genauso alt ist auch das Problem des sogenannten „lebensunwerten“ gewordenen Leben, von der Tötung missgebildeter Säuglinge im alten Griechenland über die Tötungsaktion des Dritten Reiches, welches im dritten Teil ausführlich behandelt wird.

In der Euthanasie unterscheidet man zwischen drei unterschiedliche Arten. Die freiwillige Euthanasie, die Nichtfreiwillige Euthanasie, die Unfreiwillige Euthanasie. Außerdem noch die aktive und die passive Euthanasie.

2.1. Freiwillige Euthanasie

Die freiwillige Euthanasie ist die Euthanasie auf Verlangen der Person, die getötet werden möchte. Freiwillige Euthanasie ist vergleichbar mit der Beihilfe zum Selbstmord. Eine Person, die unheilbar krank ist und sterben möchte, verlangt oder bittet ihren Ehemann um Schlaftabletten. Dieser bringt sie ihr. Die Tabletten nimmt sie selber ein ohne Beihilfe ihres Ehemanns. Auch, wenn der Ehemann ihr die Tabletten eingebläst hätte, sie also nicht selber diese genommen hätte, er sie aber vorher gefragt hat, ob sie sterben will, dann ist auch das freiwillige Euthanasie. Einige Menschen verfassen ein Schriftstück, in dem um Sterbehilfe gebeten wird, wenn keine Heilung in Sicht ist und die betreffende Person nicht mehr ansprechbar ist. Der Arzt kann davon ausgehen, dass er im Sinne des Patienten handelt. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1994.)

2.1.1. Rechtfertigung freiwilliger Euthanasie

In den meisten Ländern ist Sterbehilfe verboten. Egal ob die Patienten Schmerzen haben und es keine Aussicht auf Heilung gibt, wird ihnen Mord zum Vorwurf gemacht. In Deutschland besteht die Regelung, dass Ärzte ihren Patienten entsprechende Mittel verschreiben dürfen, diese ihnen aber nicht verabreichen können. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1994)

Freiwillige Euthanasie bedeutet also eine Person zu töten, die das wünscht bzw. eine Person zu töten, die ein Gesuch verfasst hat. Diese Menschen waren oder sind sich selbst bewusste Wesen. Singer hat in einem Kapitel über das Töten vier verschiedene Gründe angegeben, dass die Tötung eines sich selbst bewussten Wesens schwerer wiegt als eines sich bloß bewussten Wesens.

1. „Die klassisch- utilitaristische Behauptung, dass, weil selbstbewusste Wesen fähig sind. Ihren eigenen Tod zu fürchten, ihre Tötung schlimmere Wirkungen auf andere hat.
2. Die präferenz- utilitaristische Erwägung, die es als wichtigen Grund gegen das Töten erachtet, dass der Wunsch des Opfers weiterzuleben durchkreuzt wird.
3. Eine Rechtstheorie, nach der man, um ein Recht zu haben, die Fähigkeit besitzen muss, das zu wünschen, worauf man ein recht hat, so dass man, um ein Recht auf Leben zu haben, fähig sein muss, die Fortsetzung seiner eigenen Existenz zu wünschen.
4. Respektierung der autonomen Entscheidungen rational handelnder Wesen.“ (Peter Singer, Praktische Ethik, 1994, S.248)

Singer nahm die Situation einer schwerkranken Frau, die an einer schmerzhaften und unheilbaren Krankheit leidet. Sie wünscht zu sterben. Er übertrug die Gründe gegen das Töten einer sich selbst bewussten Person auf den Fall der Frau, die zu sterben wünscht.

Der erste Punkt lässt sich hier nicht vereinbaren. Ein Mensch, der zu sterben wünscht und dann getötet wird, braucht keine Angst zu haben. Wenn wir todkrank sind und niemand erlöst uns, dann werden wir uns im Sinne des Wortes bis zum bitteren Ende durchschleppen..

Der zweite Punkt trifft ebenfalls nicht zu. Der Patient hat ja nicht den Wunsch weiterzuleben.

Wenn der Patient wie im dritten Punkt ein Recht auf leben hat, dann kann er auch darauf verzichten. Man kann auf alles verzichten, obwohl man das Recht dazu hat. Der kranke Mensch möchte nicht mehr weiterleben, vergibt sein Recht auf ein weiteres Leben.

Im vierten Punkt wird die Respektierung der autonomen Entscheidungen erwähnt. Jeder kann Entscheidungen fällen wie er möchte und keiner darf sich einmischen. Auf den Wunsch zur Sterbehilfe übertragen, darf sich dann auch keiner einmischen, wenn er sich entscheidet zu sterben. Man sieht hier, dass die Gründe, die Singer gegen das Töten beschrieben hat, nicht auf die freiwillige Sterbehilfe zu übertragen sind. Wenn der Mensch den absoluten Wunsch hat, nicht weiterleben zu wollen. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1989)

Einige Gegner liefern sich nach recht plausible Gründe gegen die Legalisierung der freiwilligen Euthanasie. Sie meinen, dass man nie sicher sein kann, ob das Töten wirklich ein Ergebnis einer freien und rationalen Entscheidung ist. Auch glauben sie, dass Kranke von ihren Angehörigen bedrängt werden könnten, weil die Person schon alt und betagt ist.

Auch kann jemand behaupten, dass die Person Sterbehilfe wollte, obwohl er sie umgebracht hat und die Person eben nicht sterben wollte.

In den Niederlanden, wo Sterbehilfe legalisiert wurde, sind Richtlinien entwickelt wurden.

Sterbehilfe darf nur von einem Arzt geleistet werden. Der Patient hat ausdrücklich um Sterbhilfe gebeten und zwar in einer Weise, die am Wunsch des Patienten keinen Zweifel lässt. Die Entscheidung des Patienten nach gründlicher Information erfolgt und frei und dauerhaft ist. Der Patient in einem unrettbaren Zustand ist, der es mit sich bringt, dass das körperliche und seelische Leiden in die Länge gezogen und damit für den Patienten unerträglich wird. Keine vernünftige Alternative

vorhanden ist, um das Leiden des Patienten zu lindern. Der Arzt einen unabhängigen Kollegen konsultiert hat, der seinem Urteil zustimmt. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1989)

Eine 90jährige Frau beschreibt ihr Gefühl sterben zu wollen. „Ich habe nichts im Kopf. Nichts, das ich ersehne oder ablehne. Es gibt keinen Platz mehr für mich auf dieser Erde, ich habe hier nichts mehr zu tun. Ich habe den anderen nichts mehr zu bieten. Ich bin überflüssig. Ich bin eine Null. Schauen Sie z.B. die Spitalgehilfin x1.....sie ist glücklich, sie ist etwas: Sie wischt den Boden auf, sie hat eine Funktion. Ich, ich bin leer, ausgehöhlt. Ich möchte unbedingt sterben. (Valerie Winckler, Dem Tod so nah, 1989,S.18)

Sicherlich gibt es Menschen, die eventuell überlebt hätten, aber von den Ärzten die Diagnose unheilbar erhalten haben. Dies ist aber auch kein Grund gegen die Sterbehilfe.

Denn die Anzahl der Menschen, die sich für die Sterbehilfe entschieden haben, hätten aber vielleicht noch gerettet werden können, ist sehr klein im Gegensatz zu denen, die bis zum Ende leiden müssten, würde die freiwillige Euthanasie abgeschafft werden.

2.2. Unfreiwillige Euthanasie

Unfreiwillige Euthanasie bedeutet eine Person zu töten, die fähig ist dem Tod zuzustimmen, die aber nicht danach gefragt wird, ob sie das möchte oder danach gefragt wird, es aber ablehnt. In diesem Fall handelt es sich zum einen um Tötung einer Person, weil sie ja nicht sterben wollte und zum anderen um Tötung einer Person, die nicht gefragt wurde, es aber getan hätte, wenn man sie gefragt hätte. Unfreiwillige Euthanasie ist nur dann Euthanasie, wenn man die Person getötet hat, um ihr Leid zu ersparen. Alles andere ist Mord. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1989)

2.2.1. Rechtfertigung der unfreiwilligen Euthanasie?

Die unfreiwillige Euthanasie hat in dem Punkt Ähnlichkeit mit der freiwilligen Euthanasie, dass in beiden Menschen getötet werden, die fähig sind ihren eigenen Tod zuzustimmen. Der Unterschied ist, dass bei der unfreiwilligen keine Person zustimmt. Die von Singer erarbeiteten Gründe gegen das Sterben finden hier volle Anwendung, wenn die Person sich nicht dafür entscheidet zu sterben. Kann unfreiwillige Euthanasie aus paternalistischen Gründen gerechtfertigt sein, wenn man eine Person vor großer Qual bewahren will? Sicher, sie extreme Qual und Schmerzen hat. Doch dazu müsste man feststellen und zwar eindeutig, ob das Leben der Person so schlecht und lebensunwert ist. Aber hat ein anderer Mensch das Recht dazu? Wenn der Kranke wünscht weiterzuleben, eigentlich nicht. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1989)

X1: Spitalgehilfin: mit einer heutigen Reinigungskraft vergleichbar

2.3. Nichtfreiwillige Euthanasie

Ist ein Lebewesen nicht fähig die Entscheidung zwischen Leben und Tod zu verstehen, dann ist die Euthanasie nichtfreiwillig. Menschen, die nicht in der Lage sind ihre Zustimmung zu geben, sind unheilbar kranke oder schwerbehinderte Säuglinge, auch Menschen, die durch einen Unfall, Krankheit oder hohes Fieber die Fähigkeit auf Dauer verloren haben, zu entscheiden. Bei der nichtfreiwilligen Euthanasie liegt die Sache etwas anders als bei der freiwilligen Euthanasie. Ein Kind kann nicht den Wunsch äußern zu sterben. In dem Falle übernehmen die Eltern die Entscheidung. Aus vielfältigen Gründen. Sie sind mit der Pflege überlastet, sie sehen keinen Sinn mehr, dass ihrem Kind geholfen werden kann u. v. m. Man weiß eben nie, ob die Entscheidung auch im Interesse der Betroffenen ist. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1989)

2.3.1. Rechtfertigung von nichtfreiwilliger Euthanasie

Nichtfreiwillige Euthanasie findet, wie schon erwähnt, dann statt, wenn der Mensch, aufgrund eines Unfalls, einer geistigen Behinderung, die ihn in die Reife eines Kindes sein lässt, oder bei einem Säugling, nicht die Entscheidungsfähigkeit hat, ob sterben möchte.

Laut Singer kann man Säuglingen nicht die Eigenschaften der Rationalität, Autonomie und Selbstbewusstsein zuordnen. Deshalb kann deren Tötung nicht gleichgesetzt werden mit der Tötung normaler menschlicher Wesen. Diese Schlussfolgerung beschränkt sich hier nicht nur auf geistig behinderte Säuglinge, die nie rationale, selbstbewusste Wesen sein werden. (Peter Singer, Praktische Ethik, 1989)

Wird ein Kind geboren ist das im Falle eines gesunden Kindes ein schönes Ereignis. Ein behindertes Kind, wenn die Behinderung denn sehr schwer ist, bringt nicht so viel Glück. Viele Eltern entscheiden sich dann für die Tötung des Kindes, vorausgesetzt das Kind ist wirklich todkrank, ist das mit großer Wahrscheinlichkeit das Beste für das Kind. Vor allem, wenn es sich um Krankheiten handelt, die eine lebenslange Belastung mit sich bringen oder die Überlebenschance sehr gering ist. Dem Kind wird ein Leben erspart, welches nicht in dem Maße lebenswert wäre wie, wenn es gesund wäre oder eine nicht so schwere Behinderung hätte. Doch müssen die Eltern das für sich selbst entscheiden. Soll dem Kind die notwendige Operation erspart werden und ihm der Tod gegeben werden? Oder soll sich das Kind über Jahre hinweg zahlreichen Operationen hingeben? (z.B. bei Spina Bifida) Man fragt sich dann, wenn das Leben schon so beginnt und immer fortlaufend so weiter verläuft, ist es dann noch lebenswert. Das hat nichts damit zu tun, dass Säuglinge nicht das gleiche Recht auf Leben haben wie eine erwachsene Person. Aber sie können eben noch entscheiden über ihr Leben. Das übernimmt der Erwachsene, indem er im Sinne des Kindes, mit dem Blick in die Zukunft entscheidet. Dabei soll jeder für sich entscheiden, ob er der Tötung von Säuglingen zustimmt, wenn es sich um schwerwiegende Krankheiten handelt. Und als weiteres Argument sei die Abtreibung erwähnt. Sei es nun wegen einer festgestellten Behinderung beim Kind oder aus einer anderen Ansicht heraus. Wenn ein Mensch die Abtreibung akzeptiert,

sollte er auch Toleranz gegenüber der Tötung oder das Sterben lassen eines schwer behinderten Kindes haben.

Doch was ist mit den Menschen, die jetzt nicht mehr in die Lage sind zu entscheiden, ob sie sterben wollen, es aber früher waren? Sie haben auch keinerlei Aussichten diese Fähigkeit wiederzuerlangen und keiner der Angehörigen weiß, ob sie nun weiterleben wollen oder, ob sie zu sterben wünschen. Nehmen wir die Koma-Patienten. Sie liegen jahrelang in diesem Zustand im Krankenhaus oder zu Hause und keiner kann was für sie tun. Es ist eine Zumutung für die Angehörigen, für das Gesundheitssystem, welches jahrelang die Unterbringung und Versorgung der Patienten zahlt. Auch ist es nicht human einen Menschen ewig in einen Koma-Zustand liegen zu lassen. Das Leben ist hier nicht mehr ein Fünkchen lebenswert. Und deshalb ist es mit Abstand das Beste für alle Beteiligten das Sterben herbeizuführen.

Teil 3

3. Vernichtung lebensunwerten Lebens

Behinderte Menschen galten schon in der Antike zu den Ausgestoßenen. Sie wurden abgelehnt und/ oder neugierig beäugt. Sie standen auf Jahrmärkten zur Belustigung der Menschen. In Griechenland galt die Gesundheit als höchstes Gut. So war es, dass Kranke und Behinderte nicht behandelt wurden. Auch wurden behinderte Kinder ausgesetzt oder getötet. Doch die schlimmsten Verbrechen gegen Behinderte und Juden waren die Vernichtungen durch Vergasungen und Erschießungen in den Konzentrationslagern zu Nazi- Zeiten. Hitler wollte rein arische Menschen in seinem Land. Menschen, die groß und schlank sind, blond und blauäugig, wenn es geht. Da passten Behinderte und Juden nicht rein. Die waren nicht blond, die waren körperlich oder geistig nicht gesund. Kurzum sie störten das Gesamtbild, was er für sein Land voraussetzte. Auch waren sie arbeitsunfähig, noch nicht mal da brachten sie ihm Nutzen. Einige der Juden, die noch jung waren und gesund, die hatten Glück, die konnten arbeiten. Die durften noch eine Weile leben. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens, also die Tötung Behinderter und der Juden geschah ohne deren Einverständnis. Warum auch, sie waren ja in den Augen ihrer Henker nicht würdig für das Leben auf Erden. Sie hatten keine Rechte.

Das Wort Sozialdarwinismus erlangte traurige Berühmtheit. Für den Sozialdarwinismus gelten folgende Merkmale:

1. „Die menschliche Gesellschaft ist ein Teil der Natur, folglich finden sie auf die Gesetze der Natur Anwendung.
2. Solche Gesetze sind vor allem struggle for existence und survival of the fittest; sie sind ein Teil der Gesamtökonomie der Natur.
3. Die Menschen sind von Natur aus ungleich, daher reflektiert die soziale Stufenleiter die Ungleichheit.
4. Hieraus resultiert eine streng deterministische Auffassung der Gesellschaft. Es ist verfehlt, in den Haushalt der Natur zu intervenieren und da der soziale Fortschritt sich nach Naturgesetzen vollzieht, soll man ihn möglichst ungehindert vonstatten gehen lassen.
5. Nach alledem fällt das Walten der Naturgesetze mit dem Willen Gottes zusammen.“ (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995, S.10)

Im Jahre 1895 erschienen zwei Bücher zum Gedankengang des Sozialdarwinismus. „Das Recht auf den Tod“ von Adam Jost, der in diesem Buch die Absolutsetzung des individuellen Lebens verkörpert. Z. B. in der Fürsorge für unheilbar Kranke, die als schädlich für die Interessen der Gemeinschaft interpretiert wurde. Weiterhin erschien „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“, welches von Alfred Ploetz verfasst wurde. Er führt die Zielsetzungen des Sozialdarwinismus bis zum Rassegedanken und bis zur Forderung nach Rassenhygiene fort. Ploetz beteiligte sich auch 1905 an der Gründung der Gesellschaft für Rassenhygiene.

1920 verfassten der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche die Schrift zur „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Dort heißt es: „Es gab eine Zeit, die wir jetzt als barbarisch betrachten, in der die Beseitigung der lebensunfähig Geborenen und Gewordenen selbstverständlich war; dann kam die jetzt noch laufende Phase, in welcher schließlich die Erhaltung jeder noch so wertlosen Existenz als höchste sittliche Forderung galt; eine neue Zeit wird kommen, die vom Standpunkte einer höheren Sittlichkeit aus aufhören wird, die Forderungen eines überspannten Humanitätsbegriffes und seiner Überschätzung des Wertes der Existenz schlechthin mit schweren Opfern dauernd in die Tat umsetzen.“ (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

Der Schritt zur Vernichtung lebensunwerten Leben ist hier klar vollzogen. Als „Ballastexistenzen“ werden die Menschen bezeichnet, die beseitigt werden sollen. Nach 1933 fanden sich hierfür genügend Ärzte, die dieses Geschäft willig und bereitwillig aktiv betrieben. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

3.1. Sterilisation zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

1933 gelang eine besondere aggressive Spielart des Sozialdarwinismus an die Herrschaft. Mit Unterstützung der Ärzte machten sie sich daran die „Weitergabe minderwertiger Keimzellen“ zu verhindern. Die gewaltsame Sterilisierung Tausender Menschen war ein erster und wichtiger Schritt. Gerhard Wagner x2 forderte in seiner Rede, die er auf dem Reichsparteitag 1934 gehalten hatte, die Vermehrung des arischen Volkes, die durch den Geburtenrückgang geschwächt wurden war, die Stärkung jener Auslesevorgänge, die Erbuntüchtige von der Fortpflanzung ausschalten könnte und ein Ende der Vermischung der arischen Rasse mit jüdischem Blut. Seit dem 1. Januar war auch das Gesetz „Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Kraft getreten. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995). Paragraph 1 lautete:

„Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden.“ (Kaiser/Schwartz/Nowak, Eugenik, Sterilisation, Euthanasie, 1992, S.126)

In Paragraph 12 hieß es:

„Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden durchzuführen.“ (Kaiser/Schwartz/Nowak, Eugenik, Sterilisation, Euthanasie, 1992, S.129)

Das Gesetz umfasste insgesamt 18 Paragraphen.

Zur Werbung des Gesetzes wurde ein Gesetzestext samt Auszugsweiser Begründung und erste Durchführungsverordnung zum Stückpreis von 10 Pfennigen vertrieben und unter anderem auch an den Schaltern der Reichspost verkauft. Bis 1934 waren zehn Millionen Stück abgesetzt.

Aber nicht nur die Gründung neuer Zeitschriften wie „Der Erbarzt“ zählten zu der Propaganda des Gesetzes, auch Filme wie „Die Sünden der Väter“ und „Erbkrank“ sowie „Opfer der Vergangenheit“ wurden in sämtlichen Kinos des Reiches vorgeführt. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, 1995)

X2: Wagner war zur damaligen Zeit als Arzt tätig

In der 107. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gab es als Anlage 5a einen Intelligenzprüfbogen. Er enthielt Fragen zur Orientierung. Z.B. Wie heißen Sie?, Was sind Sie? Welches Jahr haben jetzt? Usw. Weiterhin wollte man wissen, wo der Heimatort des Befragten liegt, wie die Hauptstadt Frankreichs hieß, wer Amerika entdeckt hat. Auch Rechnen, allgemeines Lebenswissen, Geschichtserzählung, Sittliche Allgemeinvorstellungen wurden abgefragt. (Kaiser/Schwartz/Nowak, Eugenik, Sterilisation, Euthanasie, 1992)

Im Januar 1934 wurden die neu geschaffenen „Erbgesundheitsgerichte“ tätig und die Massensterilisation konnte beginnen. Die Zahlen waren enorm hoch: 1934 88525, 1935 88193, 1936 86254 Sterilisationsanträge. Von den insgesamt 258972 Anträgen wurden 23464 abgelehnt und mithin binnen drei Jahren über 230000 Menschen zwangsweise sterilisiert. Die genauen Ziffern von 1937 und 1938 konnten bisher noch nicht herausgefunden werden, doch man nimmt an, dass noch rund 80000 Menschen sterilisiert wurden. Zwar brachte der Kriegsbeginn 1939 einige Einschränkungen mit sich, aber etwa 400000 Menschen, so schätzt man, fielen dieser Aktion zum Opfer. Weiterhin dürften laut Schätzungen 5000 Menschen, überwiegend Frauen, an den Folgen der Eingriffe gestorben sein. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, 1995)

Im direkten Zusammenhang steht das Gesetz „Gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“. Den Justizorganen ermöglichte es diese nach ihrer gewöhnlichen Haftstrafe in zeitlich unbegrenzte Sicherheitsverwahrung nehmen zu lassen bzw. sie in ein Konzentrationslager zu stecken. Auch ermöglichte das Gesetz die Sterilisation von bzw. Kastration von Häftlingen, die als erblich belastet bzw. als Sittenverbrecher galten. Das neue Gesetz „Zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 26. Juli 1935 fügte dann in dem § 14 ein Absatz ein, der auch die Kastration von Homosexuellen erlaubte. Allerdings nur mit dessen Einverständnis, dass sich aber durch Drohung mit einem KZ- Aufenthalt erkaufte wurde. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, 1995) Im Jahre 1938 kam es dann noch zu einem Entwurf des Dritten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. (Kaiser/Schwartz/Nowak, Eugenik, Sterilisation, Euthanasie, 1992)s

Dennoch reichte das noch nicht aus. Die Psychiater Kranz und Koller veröffentlichten 1940/ 41 eine Arbeit „Die Gemeinschaftsunfähigen“. Sie zählten Prostituierte, Suchtkranke und Rassenschänder zu den Gemeinschaftsunfähigen und empfahlen Eheverbote, Sterilisation und die Zwangseinweisung in Arbeitslagern. In den Konzentrationslager gingen Kampagne zur Sterilisation eine Fortsetzung in den Sterilisationsexperimenten. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

3.2. Aktion „T4“

Als die allergrößten und grausamsten medizinischen Verbrechen gelten die Massenmorde an Behinderten und Geisteskranken.

Die Planung unterlag der Kanzlei des Führers, die seit 1934 Reichsleiter Philipp Bouhler unterstand und wurde weiter dem Hauptamt 2 zugewiesen. (Hauptamt:

Angelegenheiten betr. Staat und Partei) (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, 1995) Das Hauptamt wurde von Viktor Brack geleitet, der später aussagte, dass Hitler es bezweckte, „jene Leute auszuschmerzen, die in Irrenhäusern und ähnlichen Anstalten verwahrt und für das Reich von keinem irgendwelchen Nutzen mehr waren. Diese Leute wurden als nutzlose Esser angesehen und Hitler war der Ansicht, dass durch deren Vernichtung die Möglichkeit gegeben wäre, weitere Ärzte, Pfleger, Pflegerinnen und anderes Personal, Krankenbetten und andere Einrichtungen für den Gebrauch der Wehrmacht freizumachen.“ (Kaiser/Schwartz/Nowak, Eugenik, Sterilisation, Euthanasie, 1992, S.250)

Die Vorplanungen wurden zwischen August und Oktober 1939 abgeschlossen und als Ergebnis eine Zentralstelle gegründet, die später ihren Sitz in der Berliner Tiergartenstraße 4 hatte. Daher auch der Name T4.

Am 9. Oktober 1939 begann die Verschickung der Meldeformulare. Die zurückgekommenen Bögen wurden an Gutachter verteilt. Die Gutachter notierten auf den Bögen „Ja“, „Nein“ oder „Fraglich“. Und das ohne Untersuchung der betreffenden Personen. Ja bedeutete Gaskammer.

Die Anstalten wurden informiert und mussten sich zur Abholung der Menschen bereithalten. Die Menschen wurden in Autobussen, die innen verhängt waren erst in Zwischenstationen, dann in die verschiedenen Tötungsanstalten gesteckt. Es existierten zu der Zeit insgesamt sechs verschiedene Anstalten und zwar: Grafeneck, Hadamar, Sonnenstein/ Pirna, Brandenburg/ Havel, Bernburg/ Saale und Hartheim bei Linz. Die erste experimentelle Massentötung durch Kohlenmonoxid- Gas fand Anfang Januar 1940 statt. In einer als Duschkabine getarnten Raum. Mit Erfolg wie es sich zeigte, denn in allen anderen Anstalten wurden es ebenso gehandhabt. Ende Januar trafen die ersten zu vergasenden Menschen in Grafeneck ein und ab Februar begannen die regelmäßigen Mordaktionen in Brandenburg, ab Mai in Hartheim bei Linz, ab Juni in Sonnenstein bei Pirna und ab 1941 in Hadamar und Bernburg.

Die Zahl der getöteten Menschen bis zum 1. September 1941 betrug 70273. Aufgeteilt auf die einzelnen Anstalten für die Jahre 1940 und 1941 ergibt das folgende Aufstellung:

	1940	1941	Summe
A Grafeneck	9839	-	9839
B Brandenburg	9772	-	9772
Be Bernburg	-	8601	8601
C Hartheim	9670	8599	18269
D Sonnenstein	5943	7777	13720
E Hadamar	-	10072	10072
	35224	35049	70273

Tabelle 1: Zahl der Getöteten in den verschiedenen Anstalten

Beispiel Bernburg: Die Menschen wurden in die Anstalt gebracht und die Angehörigen dachten dies sei eine Heilanstalt. Die obligatorische Bekleidung waren die schwarz- weiß- gestreiften Anzüge, die jeder Patient anhatte, auch in den anderen Tötungseinrichtungen. In Bernburg wurden die Patienten, laut Aussage einer Angestellten, der heute zur Besichtigung freigegebenen Anstalt, untersucht, damit diese keinen Verdacht schöpften oder was auch immer die Motive waren. Dann mussten die Leute in den Keller gehen, in dem die „Duschkabine“ und die Verbrennungsöfen waren. Dort zogen sie sich aus und wurden in die Kabine gebracht. Die Vergasungskabine in Bernburg ist/ war sehr klein. Man muss sich

vorstellen, es passen, wenn man bequem steht, vielleicht ca. 30 Mann hinein. Die Menschen standen im dreifachen, wenn nicht noch mehr, in dieser Kabine. Waren alle zu Vergasenden in dem Raum, wurden die Türen geschlossen und durch ein kleines Fenster, konnte man zuschauen. Gerade die Personen höheren Standes schauten der Vergasung zu. Nach der Tötung wurden die Leichen abgeduscht und hinausgeholt, was ein ziemlich schwieriges Unterfangen war, wenn man bedenkt, dass diese übereinandergestapelt lagen. Der sogenannte Sezierraum lag direkt neben der Kammer und beherbergte in Bernburg zwei Seziertische auf dem die Leichen oftmals auch noch „auseinandergenommen“ wurden. Die Verbrennungsanlage mit den Öfen befand sich ebenfalls direkt neben dem Sezierraum. Die Toten wurden dort massenverbrannt. D.h. man wartete gar nicht ab, bis eine Leiche vollständig verbrannt war. Die Angehörigen bekamen nach der Vergasung ein Schreiben, dass die betreffende Person leider verstorben ist. Wann die Briefe abgeschickt wurden, ob die Asche der Verstorbenen weitergeleitet wurde, weiß man nicht so genau. Bis auf die Verbrennungsöfen, die abgebaut wurden, ist alles noch genauso erhalten wie es zu den Vernichtungszeiten aufgebaut wurde. (Aus den Erzählungen einer Mitarbeiterin des heutigen Bernburger Museums)

Die T4- Aktion wird im August 1941 von Hitler abrupt beendet. Die genauen Gründe sind allerdings bis heute noch nicht genau geklärt. Jedoch zeigte sich Unruhe und offener Widerspruch in der Bevölkerung. Auch der geplante Feldzug gegen die Sowjetunion, der Kräfte im Transportwesen erforderte, kam in Betracht. Andererseits konnten die Gründe auch durch den raschen Gewinn von Lebensraum im Osten liegen die, die Realisierung einer großangelegten „Endlösung der Judenfrage“ (mitsamt der Vernichtung anderer missliebiger Minderheiten) in entfernten Gebieten ermöglichten. Unter der Leitung des SS- Hauptsturmführer Herbert Lange wurde die technische Ausrüstung der bisherigen Anstalten in das Vernichtungslager Kulmhof am Ner im „Reichsgau Wartheland“ überführt oder dem Kommando von SS-Brigadeführer Odilo Globocnik unterstellt, der für die Judenvernichtung im „Generalgouvernement Polen“ die Aktion Reinhard, eine Aktion zur Vernichtung, der dort ansässigen Juden, mit der Errichtung der Vernichtungslager Belzec, Sobibor und Treblinka, durchführte. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, 1995)

Die Aktion T4 war die größte, aber nicht die einzige Terroraktion gegen Geisteskranke, Behinderte und Angehörige missliebiger Minderheiten.

3.2.1 Eine Arztkarriere

Dr. med. Bodo Gorgaß wurde geboren am 19. Juni 1909 in Leipzig. Sein Vater war Reichsbahnoberinspektor. Gorgaß begann 1929 sein Medizinstudium und trat 1933 der SA bei. Im Jahre 1936 absolvierte er das Staatsexamen und trat im Februar 1936 eine Stelle in der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg an. Am 1. August 1938 wurde er leitender Anstaltsarzt der Heil- und Erziehungsanstalt Kalmenhof/ Idstein. Zum Wehrdienst wird er am 1. Dezember 1939 eingezogen und dort erklärte man ihm, dass er in seiner Heimat als unabhkömmlich gelte. Weiterhin solle er doch bei Dr. Bernotat vorsprechen, welcher ihm mitteilte, dass er nach Berlin fahren soll in die Kanzlei Hitlers. Man habe eine wichtige Aufgabe für ihn. Dort wurde Gorgaß erklärt, dass es eben ein neues Gesetz gebe zur Tötung unheilbarer Geisteskranker, dass aber streng geheim bleiben muss. Die Tötungen, so sagte man ihm, sollten nur durch ausgewählte Ärzte wie ihm durchgeführt werden. Gorgaß wendete nichts ein,

denn das Hochgefühl war riesengroß, dass er auserwählt wurde. Zuerst fuhr er nach Hartheim bei Linz, dann nach Sonnenstein bei Pirna, wo er den schon laufenden Tötungsaktionen zuschaute. In Hademar trat er am 18.6.1941 seinen Dienst an und wurde von Dr. Friedrich Berner in seine neue Aufgabe eingeführt. Seine Aufgabe war es die per Bustransporte überbrachten Patienten in einem Untersuchungsraum zu bringen, die Personalien zu überprüfen, die Kopie des Gutachters mit dem „Ja“ durchzusehen, die Menschen zu messen, zu wiegen und zu fotografieren. Bürokratie eben. Wie ich schon in meinen eigenen Bericht über Bernburg gesagt habe, wurden die Patienten in den Duschaum gebracht und Gorgaß ließ das Gas einströmen, dessen Wirkung er durch ein kleines Fenster beobachtete. Der Tod war nach ca. 10 min. eingetreten und er stellte das Gas ab. Danach folgte das Entfernen der Leichen und die Verbrennung. Gorgaß erlebte noch das Ende der Tötungen und wurde dann wieder zum Wehrdienst einberufen. Gorgaß selber wird im Januar 1947 verhaftet und im März zum Tode verurteilt. Eine Begnadigung hob das Urteil. Jedoch wurde er zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verdammt. Im Januar 1958 verlässt er das Gefängnis und arbeitete dann als wissenschaftlicher Mitarbeiter in einer pharmazeutischen Firma. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, 1995)

3.3. Und es ging weiter

Wie schon erwähnt war die Unruhe in der Bevölkerung mit ein Grund, die Anstalten zu schließen. Jedoch begann schon im Jahre 1942 eine Fortsetzung der Tötungsaktionen. Die Tötungen erfolgten nun durch Einspritzen oder Eingeben überdosierter Betäubungs- oder Einschläferungsmittel. Aber auch jetzt noch wurden Transporte zusammengestellt und zum Zwecke der Tötungen in besondere Anstalten, zu denen auch die in der Provinz Hessen- Nassau gelegene Landesheil- und Pflegeanstalt Hadamar gehörte, gebracht. Die Tötung oblag Adolf Wahlmann. Unter seiner Aufsicht wurde teils von ihm selbst und teils vom Stationspersonal ausgewählten Kranken nachts hohe Dosen Luminal verabreicht. Eventuell bekamen die dann schlafenden Patienten morgens noch eine Morphiumspritze

Auf dem Eichberg wurde in einer sogenannten „Kinderfachabteilung“ weitergemordet und zudem noch viele „geisteskranke Ostarbeiter“ in die Anstalt gebracht und ermordet.

Laut Aussage des Anstaltsleiter in Eichberg waren die Massenmorde völlig ohne jede Norm und ohne jedes Verfahren. Dies geschah durch Luminal oder der Nahrungsentziehung. Diese Mittel waren aber schon von besonders fanatischen Nationalsozialisten vor dem Ende der T4- Aktion angewandt wurden.

Ludwig Lehner berichtet über eine Führung in der Anstalt. „Herbst 1939 wurde ich Zeuge eines Verbrechens, das insbesondere in der Art seiner Durchführung sogar mich noch erschütterte, obwohl ich damals schon ziemlich viel gewöhnt war, kam ich doch erst wenige Monate vorher aus dem KZ Dachau. Das öffentliche Publikum hatte damals, vermutlich im Rahmen einer ganz bestimmten Propagandaabsicht, Gelegenheit, Irrenhäuser zu besuchen; so schloss ich mich ein einer dieser Führungen an, die meines Wissens bald eingestellt wurden, weil sie beim Publikum meist eine der gewünschten Reaktion entgegengesetzte hervorriefen. Nach dem Besuch einiger anderer Krankenstationen führte uns der Anstaltsleiter selbst- Pfannmüller mit Namen- in eine Kinderstation. In etwa 15-25 Kinderbettchen lagen ebenso viele Kinder von ungefähr 1-5 Jahren. Pfannmüller explizierte in dieser Station besonders eingehend seine Ansichten. Folgende zusammenfassende

Aussprüche dürfte ich mir ziemlich genau gemerkt haben, da sie entweder aus Zynismus oder Tölpelhaftigkeit erstaunlich offen waren: Diese Geschöpfe (die Kinder) stellten für mich als Nationalsozialisten nur eine Belastung unseres Volkskörpers dar. Wir töten (Er kann auch gesagt haben , Wir machen die Sache) nicht durch Gift, Injektion usw., da würde die Auslandspresse und gewisse Herren in der Schweiz nur neues Hetzmaterial haben. Nein, unsere Methode ist viel einfacher und natürlicher wie sie sehen.

Bei diesen Worten zog er unter Beihilfe einer mit der Arbeit betrauten Pflegerin ein Kind aus dem Bettchen.

Während er das Kind wie einen toten Hasen herumzeigte, konstatierte er mit Kennermiene und zynischem Grinsen so etwas wie: Bei diesem z.B. wird es noch 2-3 Tage dauern. Den Anblick des fetten, grinsenden Mannes, in der fleischigen Hand das wimmernde Gerippe, umgeben von den anderen hungernden Kindern kann ich nimmer vergessen. Weiterhin erklärte der Mörder dann, dass nicht plötzlicher Nahrungsentzug angewandt werden würde, sondern allmähliche Verringerung der Rationen. Eine Dame fragte in mühsam unterdrückter Empörung, ob denn nicht wenigstens eine raschere Tötung mit Injektionen usw. barmherziger wäre. Pfannmüller rühmte daraufhin seine Methode nochmals als praktischer im Hinblick auf die Auslandspresse. Aus einer bestimmten Bemerkung war zu schließen, dass auch Kinder in dieser Station gemordet wurden, die nicht geisteskrank waren, nämlich Kinder von jüdischen Eltern“. (Kaiser/Nowak/Schwartz, Eugenik, Sterilisation, Euthanasie, 1992, S.237-238)

Die Konzentrationslager, in denen Menschen nicht nur abgesondert und verwahrt, sondern millionenfach physisch vernichtet wurden, waren ein Wesensmerkmal der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft. Auch hier waren Ärzte beteiligt. Im KZ Treblinka begannen am 23. Juli 1942 die Vergasungen der Juden. Das Lager Treblinka bestand aus einer Bahnhofsattrappe, die den Menschen den Eindruck vermitteln sollten, sie würden hier für den Weitertransport umgeladen werden. Doch wurden sie gezwungen sich zu entkleiden und in die Duschräume zu gehen, die Gaskammern waren. Sie wurden hier durch Motorenabgase ermordet. Im Ostteil des Lagers diente ein mit Stacheldrahtzaun umgebener Raum als Genickschussanlage mit ausgehobener Grube, in der die Leichen fielen. Im KZ Treblinka sind fast eine Million Menschen ermordet wurden.

Die Lagerärzte in den Konzentrationslagern dienten den SS- Männern als medizinische Betreuung. Dafür mussten auch die Häftlinge herhalten, denen oft in brutalster Weise die Zähne gezogen wurden, um den SS- Leuten das Zahngold einzubauen.

An den sogenannten Selektionen (Aussonderung zum Zwecke der Ermordung) nahmen die Ärzte in vielfältiger Weise teil. Bei Selektionen im Krankenrevier zur Aussortierung der Kranken zur Vergasung oder im Lager selbst, wenn von den Entschwächten keine Arbeitsleistung mehr zu erwarten war. Sie wurden begutachtet und dann in die Gaskammer geschickt oder anderweitig getötet. (Injektion ins Herz) Die ausgesonderten Häftlinge wurden ab Sommer 1941 die Menschen zur Ermordung in die unterschiedlichsten Tötungsanstalten gebracht. Die etwaige Zahl beträgt in etwa 10000- 20000 Getötete. Im Juli 1942 begann die Selektion schon an der Rampe. Die Ärzte kontrollierten die Ankömmlinge nach Arbeitsfähigkeit, der Rest (Kranke, Greise, Schwangere und Kinder unter 14 Jahren) wurden sofort in die

Gaskammer gebracht und ermordet. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

Die SS hatte im Laufe der Zeit zwei verschiedene Stiftungen gegründet. Die Stiftung Lebensborn wurde vom Reichsführer SS Heinrich Himmler im Dezember 1935 gegründet. Die Verein hatte den Kinderreichtum in der SS zu unterstützen, jede Mutter guten Blutes zu schützen und zu betreuen und für hilfsbedürftige Mütter und Kinder guten Blutes zu sorgen. Eine Ehe mit mindestens vier Kindern war das Ziel für die SS- Männer. Auch die Zeugung von außerehelichen Kindern wurde propagiert. Die Stiftung unterhielt eigene Entbindungsanstalten, in denen SS- Ärzte tätig waren. In den Einrichtungen wurden ca. 8000 Kinder geboren, die meisten außerehelich. Die Lebensborn fungierte als Vormund in den Heimen geborenen Kindern. Sie nahmen auch Hunderte verwaiste oder ihren Eltern geraubten rassistisch wertvolle Kinder aus besetzten Gebieten auf. Diese wurden dann „eingedeutscht“. Die Stiftung Ahnenerbe wurde 1935 gegründet. Himmler übernahm hier persönlich die Präsidentschaft. Die Stiftung widmete sich hauptsächlich dem Studium germanischer Frühgeschichte, um sozusagen die Reinrassigkeit zu erforschen. 1942 wandte sich der Professor Hirt, Direktor eines anatomischen Instituts an Himmler mit der Bitte eine „Sammlung jüdisch- bolschewistischer Kommissare“ anlegen zu dürfen. Sein Vorschlag: die Personen anthropologisch zu vermessen, dann zu töten und die abgetrennten Köpfe seinem Institut zu überlassen. Dies geschah natürlich mit ausgewählten Häftlingen des KZ Auschwitz.

Die Stiftung Lebensborn und der Aufruf an die SS- Männer einen ganzen Wurf Kinder zu zeugen, während in den Tötungsanstalten Kinder ermordet wurden, erscheint einem wie ein dummer Witz. (Till Bastian, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

3.4. Medizinische Experimente

In der zwölfjährigen Herrschaftszeit des Nationalsozialismus wurden eine große Menge an Versuchen, meist an KZ- Häftlingen durchgeführt.

Aus einem Originaldokument:

„ Betrifft: Versuche mit Akonitinnitrat- Geschossen

Im Beisein von SS- Sturmbannführer Ding, Wimmann und dem Unterzeichnenden wurden am 11.9.44 an fünf zum Tode verurteilten Versuche mit Akonitinnitrat durchgeführt. Es handelte sich um Geschosse vom Kaliber 7,65 mm, welche mit dem Gift in kristalliner Form gefüllt waren. Die Versuchspersonen erhielten im Liegen je einen Schuss in den linken Oberschenkel. Bei 2 Personen wurde der Oberschenkel glatt durchschossen. Es war auch später keine Giftwirkung zu erkennen. Diese beiden Versuchspersonen schieden aus.

Der Einschuss zeigte keine Besonderheiten. Bei einer Versuchsperson war offenbar die Arteria femoralis verletzt. Ein heller Blutstrom entsprang der Einschussöffnung. Jedoch stand die Blutung nach kurzer Zeit. Der Blutverlust hat schätzungsweise höchstens dreiviertel Liter betragen, war also auf keinen Fall tödlich. Die drei Verurteilten wiesen in ihren Erscheinungen eine überraschende Übereinstimmung auf. Zunächst zeigten sich keine Besonderheiten. Nach 20- 25 Minuten traten motorische Unruhe und ein leichter Speichelfluss ein. Die Vergiftete schluckten häufig, später ist der Speichelfluss so stark, dass er durch Hinunterschlucken nicht mehr bewältigt werden kann. Schaumiger Speichel entfließt dem Mund. Dann setzen Würgeiz und Erbrechen ein. Die Versuchspersonen zeigten motorische

Unruhe, so dass sie sich aufbäumten, wieder hinwarfen, die Augen verdrehten, sinnlose Bewegungen mit den Händen und Armen ausführten. Schließlich ließ die Unruhe nach, die Pupillen erweiterten sich maximal, die Verurteilten lagen still. Der Tod trat nach 121, 123 und 129 Minuten nach Erhalten des Schusses ein.“ (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

Weitere Experimente fanden auf den Gebieten der Unterdruck- und Unterkühlungsversuche, Versuche mit Fleckfieber- Impfstoff, Malaria- Experimente, Sulfonamid- Versuche, Zwillingsforschung, Hepatitis- Forschung, Lost- und Phosgenversuche und Versuche zur Unfruchtbarmachung statt.

Zwillingsforschung:

Josef Mengele war einer der beteiligten. Er bevorzugte für seine Forschungen kleinwüchsige Menschen, die aus den ankommenden Zügen in Auschwitz herausselektiert wurden. Eineiige und Zweieiige Zwillinge wurden z. B. mit Typhusbakterien infiziert. Der Krankheitsverlauf wurde dokumentiert, „unbrauchbare“ Personen wurden durch Phenolinjektionen oder der Gaskammer getötet. Ca. 3000 Zwillingspaare mussten die Strapazen auf sich nehmen und nur knapp über hundert haben überlebt. Mengele versuchte auch durch grausame Versuche die haar- und Augenfarbe von Zwillingen zu verändern. Er kannte da keine Grenzen. Ein Überlebender berichtet: „Eines Tages wurde mein Zwilling Bruder Tibi zu irgendwelchen speziellen Versuchen abgeholt. Dr. Mengele hat sich von Anfang an mehr für Tibi interessiert. Vielleicht, weil er der ältere Zwilling war. Mengele hat Tibi mehrmals operiert. Nach einer Wirbelsäulenoperation war mein Bruder gelähmt. Er konnte nicht mehr laufen. Dann haben sie ihm die Geschlechtsorgane rausgenommen. Nach der vierten Operation habe ich Tibi nicht mehr wiedergesehen. Ich kann ihnen nicht sagen wie mir zumute war. Was ich damals fühlte, das lässt sich nicht in Worte fassen.“

Versuche zur Unfruchtbarmachung:

Herr Viktor Brack aus der Kanzlei des Führers legte Himmler 1941 ein Programm zur Sterilisation mit Röntgenstrahlen vor. Himmler fand die Idee gut, wollte er doch die arbeitsfähigen Juden unfruchtbar machen. Zwar brauchte er diese noch, aber sollten sie sich nicht vermehren. Dr. med. Horst Schumann probierte die Aktion in Auschwitz in einer eigenen Versuchsstation aus. Doch keines der Opfer überlebte, daher verließ er das KZ wieder. Carl Clauberg, Mediziner schwebte vor, dass man Frauen eine in den Uterus eingespritzte Formallösung machen soll, die die Eileiter verkleben. In Auschwitz führte er dann die Versuche durch. Auch hier starben einige der Frauen.

Lost- und Phosgenversuche:

Prof. Dr. med. August Hirt führte im Auftrag Himmlers diese Versuche durch. Die Gefangenen des KZ Natzweiler mussten sich entkleiden und die Arme hochhalten. Sie bekamen zehn Zentimeter oberhalb des Oberarmes einen Tropfen des chemischen Kampfstoffes Lost aufgeschmiert. Nach etwa zehn Stunden stellten sich Brandwunden ein und zwar am ganzen Körper. Auch blind wurden die Leute zum Teil. Sie hatten qualvolle Schmerzen. Auch der Kampfstoff Phosgen wurde erprobt. Die Häftlinge mussten zu zweit in die Gaskammer und einer sollte die Ampulle mit Phosgen zerbrechen. Manche der Häftlinge erstickten, andere

erlitten schwerste Verbrennungen. (Till Bastian, Furchtbare Ärzte, Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, 1995)

Die anderen Versuche muss ich nicht noch weiter beschreiben, da es ja wohl klar ist, dass diese genauso schmerzhaft waren und oft zum Tode führten.

All diese Taten, die in der Zeit Hitlers durchgeführt wurden, sind an Grausamkeiten kaum noch zu überbieten. Menschen, die daran beteiligt waren, haben meiner Ansicht nach ihren Dokortitel nicht im geringsten verdient. Gut zu wissen, dass nach dem Krieg die Gerechtigkeit siegte.

Teil 4

4. Selbstmord ?

Der mehrdeutige Suizidfall. New York Times, 7. Februar 1968

„Phönix, Arizona, 6. Februar (ap) Linda Marie Ault tötete sich lieber selbst, wie Polizisten sagten, als dass sie ihren Hund Beauty zahlen ließ für eine Nacht mit einem verheirateten Mann. „Ich töte sie! Ich töte sie! Es ist gerade so, als hätte ich sie selbst getötet! So ihr gramgebeugter Vater. Ich gab ihr die Waffe. Ich dachte nicht, dass sie irgend etwas Derartiges tun würde.

Die 21jährige Studentin starb gestern im Krankenhaus an einem Schuss in den Kopf. Die Polizei berichtet, dass ihre Eltern Mr. und Mrs. Joseph Ault folgendes aussagten: Linda sei von einem Tanzabend in Tempe in der Nacht zum Freitag nicht zurückgekommen. Am Samstag gab sie zu, die Nacht mit einem Air Force Leutnant verbracht zu haben. Die Aults entschieden sich für eine Bestrafung, die Linda „aufwecken“ sollte. Sie befahlen ihr, ihren Hund zu erschießen, den sie seit zwei Jahren besaß. Am Samstag zogen die Aults und Linda den Hund auf ein abgelegenes Feld nahe ihrer Wohnung. Sie zwangen das Mädchen, ein flaches Grab zu graben. Dann ergriff Mrs. Ault den Hund und Mr. Ault gab seiner Tochter eine 22er Pistole und befahl ihr, den Hund zu erschießen. Anstelle dessen setzte das Mädchen die Pistole an ihre rechte Schläfe und erschoss sich selbst. Die Polizei sagte, es gäbe keine Anklage gegen die Eltern, außer vielleicht wegen Grausamkeit gegenüber Tieren.“ (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen?, 1990, S.71)

Linda sah hier keinen anderen Ausweg, als sich selbst zu erschießen. Und die Ausweglosigkeit ist meistens der Grund bei Suizid- Opfern. Was hat das aber mit Sterbhilfe zu tun? Menschen, die krank sind, sehen auch keinen Ausweg mehr. Bloß, dass dann einer hilft. Die Suizid- Menschen entscheiden selber, bereiten selber vor und führen die Tat selber durch. Möglicherweise würden die Menschen, die im Sterben liegen, weil sie Krebs haben, sich auch selber umbringen, wenn sie es könnten. Es wird sicher auch genug Kranke geben, die es schaffen, sich selbst zu töten. Da ist die Grenze sehr dünn. Denn keiner bringt sich aus Spaß um. Es steckt immer ein Grund dahinter. Dass jetzt ein junges Mädchen wie Linda sich sozusagen aus dem Affekt getötet hat, ist für manche schwer nachzuvollziehen. Auch, wenn in Amerika das konservative Denken stärker ausgeprägt ist. Mit ihrer Handlung haben die Eltern an dem Tod Lindas eine Mitschuld. Erkrankt jemand an Krebs und bringt sich um, hat der Krebs die Schuld bzw. eine Mitschuld. Er war es, der die Person hat erkranken lassen, hat den Körper geschwächt, hat dazu geführt, dass

Chemotherapien erfolgen mussten und der Körper noch schwächer wurde und er hat zum Entschluss zum Sterben geführt, weil eine Genesung außer Sichtweite ist. Die Eltern haben mit ihrer Handlungsweise, mit dem Entschluss den Hund zu töten, wohlwissend, dass Linda an den Hund hängt und es ihr großen Kummer bringen würde, den Entschluss bei Linda zum Sterben hergeführt. Nicht, dass die Eltern bestraft werden sollen, sie haben ihre Tochter nicht angerührt, nicht ermordet, aber sie haben sie hingeführt, was nun mal nicht strafbar ist. Auch nicht zur Strafe werden sollte. Dann müsste z.B. der Staat, die Regierung auch in das Gefängnis. Man nehme die Jugendlichen, die sich töten, weil sie keine Lehrstelle bekommen. Auch das ist zurückzuführen auf einen Hindergrund. Auf den Hintergrund, dass Massenarbeitslosigkeit herrscht. Und keiner von der Regierung dagegen etwas unternimmt.

Es gibt aber auch Fälle, wie historische Fälle beweisen, dass Menschen sich selbst töten oder ihr Leben in Gefahr bringen für andere. Z. B. Ein Soldat, der sich selbst für seine Kameraden aufopfert. Er bleibt in seinem Deckungsloch zurück und hält mit seinem Maschinengewehr Angreifer gerade so lange unter Feuer, bis er selbst getroffen wird. Die Kameraden sind dann in Sicherheit. Oder die des Pfarrers: Ein Schiff mit niederländischen Evakuierten an Bord wurde während des Krieges mit Japan im Pazifik zum Sinken gebracht. Die Passagiere kletterten in die Rettungsboote, aber die wurden übervoll und drohten darum zu sinken. Ein Pfarrer, der sich in einem der überfüllten Rettungsboote befand, stieg aus dem Boot in das Wasser und rettete durch seinen freiwilligen Tod die anderen vor dem Ertrinken.

Und was ist mit gesundheitlichen Risiken? Rauchen, übermäßiger Alkoholenuss und fettes Essen. Im gewissen Maße ist das Selbsttötung auf Raten. (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen?, 1990)

Doch wie kann man Selbsttötung definieren? „Geesink, ein reformierter Ethiker aus den zwanziger Jahren, will, dass wir unter Selbstmord (das ist sein Ausdruck) verstehen: eine absichtliche und eigenmächtige Zerstörung des leiblichen Lebens.“ (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen? 1990, S. 16) „Für Stengel ist Suizid die Tat, durch die man tatsächlich seinem eigenen Leben ein Ende macht.“ (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen? 1990, S.17) Tatsächlich bedeutet für Stengel, dass man nicht von Suizid reden kann, wenn jemand nur einen Versuch macht sich zu töten, aber keinen Erfolg hat dabei. Diekstra hat eine längere Definition ausgearbeitet, die verkürzt auf folgendes herauskommt: „Eine Handlung mit tödlichem Ablauf, unternommen durch die betreffende Person selbst, im Wissen oder der Erwartung des Ablaufes eine gewünschte Veränderung zu erzielen.“ (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen? 1990, S.17) Es gibt aber auch kürzere Definitionen. Holderegger sagt: „Von Suizid sprechen wir, wenn es um eine Handlung geht, durch die sich jemand absichtlich durch eigenes Tun (oder Lassen) tötet.“ (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen? 1990, S.17) Brandt formuliert es noch kürzer: „Nur wenn von der absichtlichen Beendigung des eigenen Lebens die Rede ist, sprechen wir von Selbsttötung.“ (Harry M. Kuitert, Darf ich mir das Leben nehmen? 1990, S.17) Doch unabhängig davon, ob die Definition lang oder kurz ist, ist es am wichtigsten, dass sie ausdrückt, um was es geht und nicht was wir davon halten oder es auch noch bewerten.

4.1 Warum ?

Die Menschen sind alle in einer soziale Gruppe integriert sind und die, die sich selbst töten, gehören zur Randgruppe. Aber Selbstmord geschieht in jeder Gruppe. Die Gründe für den einzelnen sind unterschiedlich, aber ein Grund ist doch bei allen gleich. Die Ausweglosigkeit. Auch hat es nichts mit Labilität zu tun. Nicht in jedem Fall. Nehmen wir eine trauernde Witwe, die ihren Mann abgöttisch geliebt hat, die seit Ewigkeiten verheiratet waren. Sie hat Erinnerungen, gemeinsame Sorgen und Glück wurde durchlebt. Auf einmal ist keiner mehr vorhanden. Der Mensch, mit dem man die letzten 30- 40 Jahre zusammengelebt hat. In der Ehe war sie ein stabiler und starker Mensch. Aber die Trauer hält sie schier nicht aus. Das Alleinsein. Möglicherweise probiert sie es weiterzuleben, weil man ja sagt, die Zeit heilt alle Wunden. Doch irgendwann ist die Kraft nicht mehr da. Und sie sieht für sich nur den Weg ihrem Mann zu folgen. Ist das jetzt moralisch gesehen falsch? Die Kirche sieht es nicht als moralisch an. Jeder einzelne sollte dies selbst entscheiden, ob es moralisch ist oder nicht. Aber erstens hat die Frau das Recht ihre Entscheidungen allein und selbstständig zu treffen. Sie kann tun, was sie möchte, wenn sie ihre Mitmenschen nicht belästigt. Es ist also ihre alleinige Entscheidung. Und geht niemanden etwas an. Außerdem kann der Frau und den anderen Suizid-Opfern auch nichts mehr über Moral vorgehalten werden. Sie sind tot. Die Menschen, die einen Suizidversuch überleben, müssen sich wiederum „schämen“. Sie gelten als geistig verwirrt und kommen in die Psychiatrie. Kaum wieder draußen, versuchen sie die Tat vor denen, die es nicht wissen zu vertuschen. Es ist peinlich. Aber es gibt immer einen Faktor, einen Auslöser. Bei der Frau war es der Tod des Mannes. Bei dem jungen Mädchen waren die Eltern die Auslöser. Bei dem Jugendlichen, der sich umgebracht hat, war es der Lehrestellenmangel. Er hat schon ewig lange gesucht und nichts gefunden. Das deprimiert. Womöglich hatten die Eltern einen Einfluss darauf. Sie haben ihm das Gefühl gegeben unwichtig und nutzlos zu sein, wenn er nichts findet. Doch leider kann man das hinterher nicht genau sagen.

In den Statistiken ist verzeichnet, dass Männer häufiger Selbstmord begehen als Frauen. Gründe hierzu gibt es keine so genauen. Die Gedanken gehen aber dahin, dass Männer von Haus aus, stark sein müssen. Gefühle dürfen nicht zugelassen werden. In einer Krisensituation ist es aber nicht immer leicht stark zu sein. Frauen setzen sich da schon eher hin und weinen oder reden über ihre Sorgen. Männer können es einfach nicht. Da ist der Tod der letzte Ausweg. Nur so kann man sich das erklären. Am häufigsten wird der Tod durch Aufhängen und Medikament benutzt. Das zeigt, dass die Menschen zum einen schnell sterben wollen und zum anderen ohne große oder keine Schmerzen.

Noch ein Grund, warum Menschen den Tod suchen, ist der Gedanke man ist nichts wert, man fühlt sich allein. Ob das nun der reiche Arztsohn oder der arbeitslose Arme ist. Sie fühlen sich nicht geliebt. Sie denken, wenn ich nicht mehr da bin, ist eh keiner traurig, mich vermisst keiner. Oder ohne mich ist die Welt besser dran.

Auch, wenn die Umgebung schockiert ist, der Mensch, der sich tötet wird schon einen Grund hierfür gehabt haben.

Abschließende Worte:

Die letzten drei Teile, die hier beschrieben wurden, haben mit dem Tod zu tun. Die Sterbehilfe, die man befürwortet, wenn es denn freiwillige Sterbehilfe und unfreiwillige Sterbehilfe ist. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens, die oft auch mit der Euthanasie in Verbindung gebracht wird. Und der Selbstmord, der ein sehr komplexes Thema ist, zu dem man eine geteilte Meinung hat. Klar ist, dass Euthanasie guter Tod bedeutet. Und um noch mal auf die Vernichtungen zurückzukommen, wo ab welchem Punkt, hatten die Menschen einen glücklichen Tod? Etwa in der Gaskammer? Möglicherweise, wenn die Häftlinge Krankheiten hatten, wenn sie als Objekte für die ärztlichen Versuche benutzt wurden, sehnten sie den Tod herbei. Aber glücklich war der auch nicht. Nicht in dem Maße, wenn ein Krebspatient den Tod wünscht und seine Angehörigen dabei sind. Ist es ein schöner Tod, wenn man sich selbst umbringt?. Im Falle der Frau, ja. Sie hat ihr Leben hinter sich und möchte ihrem Mann folgen. Ein missbrauchtes Mädchen? Nein, bestimmt nicht. Oder sie sieht es selbst so. Das zu entscheiden muss der Person überlassen werden. Das hat etwas mit deren Einstellung zu tun.

Menschen, die im Koma liegen und wahrscheinlich nicht mehr aufwachen? Säuglinge, die schwerst krank sind? Ohne, dass es makaber klingt, aber diese Menschen bekommen nichts mehr mit. Da trifft die Bezeichnung glücklicher Tod nur bedingt zu. Doch ist es das Beste, sie nicht weiter dahinvegetieren zu lassen oder ihnen ein Leben zu bieten, von welchem sie nicht viel haben.

Es muss klar werden, dass Sterbehilfe und auch Selbstmord in jedem Fall einzeln abgewogen werden sollten. Sterbehilfe abzulehnen, ist vielleicht der leichtere Weg. Aber darüber nachzudenken und abzuwägen der menschlichere. Denn jeder kann mal in die Situation kommen.

6. Quellenverzeichnis

Bastian, Till: Furchtbare Ärzte Medizinische Verbrechen im Dritten Reich; Beck; München, 1995

Baust, Günther: Sterben und Tod Medizinische Aspekte; Akademie- Verlag; Berlin, 1988

David, Heinz: Medizinisches Taschenlexikon; Verlag Volk und Gesundheit; Berlin 1986

Gabler- Hoffmann, Barbara: Ethik für die Altenhilfe; Vincentz; Hannover 1997

Kaiser/Nowak/Schwartz: Eugenik, Sterilisation, Euthanasie; Buchverlag Union; Berlin 1992

Kuitert, Harry: Darf ich mir das Leben nehmen?; Gütersloher Verlag; Gütersloh 1990

Singer, Peter: Praktische Ethik; Reclam; Stuttgart; 1994

Winckler, Valerie: Dem Tod so nah; RECOM Verlag; Basel, 1989

Weiterführende Literatur:

Herzig, E.A., Betreuung Sterbender

Kübler-Ross, Elisabeth, Interview mit Sterbenden

Kübler-Ross, Elisabeth, Verstehen, was Sterbende sagen wollen