

„Der Tod als Erlösung vom Leiden“ – Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland

1. Der Tod als Erlösung vom Leiden

Am 26. August 2013 setzte der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf seinem Leben durch Suizid ein Ende. Er erschoss sich am Berliner Landwehrkanal, nachdem er drei Jahre vergeblich gegen seinen Hirntumor angekämpft hatte. In seinem Blog „Arbeit und Struktur“ schrieb er 2010: „Was ich brauche, ist eine Exitstrategie. ... Weil, ich wollte ja nicht sterben, zu keinem Zeitpunkt, und will es auch jetzt nicht. Aber die Gewissheit, es selbst in der Hand zu haben, war von Anfang an notwendiger Bestandteil meiner Psychohygiene.“¹ Der Tod als Erlösung vom Leiden: der selbstgewählte Tod scheint Kontrolle über das wiederzugegeben, was wir letztlich nicht kontrollieren können: unseren Tod, unsere Sterblichkeit. Mit seinem von vielen als nachvollziehbar und mutig beschriebenen Tod gab Herrndorf der Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland neuen Auftrieb. So nahm Udo Reiter, 20 Jahre Intendant des Mitteldeutschen Rundfunks, den Suizid von Wolfgang Herrndorf zum Anlaß, am 21.12.2013 in der Süddeutschen Zeitung für den selbstbestimmten Tod zu plädieren: „Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. ... Ich möchte nicht vertrotteln und als freundlicher oder bösertiger Idiot vor mich hindämmern. Und ich möchte ganz allein entscheiden, wann es soweit ist und ich nicht mehr will, ...“² Und Reiter fordert, daß diejenigen, die sich für ihren Tod entscheiden, sich nicht vor den Zug werfen müssen, sondern Anspruch auf ärztliche Hilfe haben, sei es in Form der Beihilfe zum Suizid, sei es durch aktive Sterbehilfe, die schmerzlose und kunstgerechte Tötung durch den Arzt. Aber der „Tod als Erlösung vom Leiden“ war historisch gesehen nicht nur der selbstgewählte Tod, sondern auch die „Erlösung“, die Ärzte für Zustände scheinbar unerträglichen Leidens bereithielten, auch dann wenn die Betroffenen diesen Wunsch gar nicht explizit geäußert hatten.

2. Zwei Krankengeschichten aus den Jahren 1939 und 1940

Es mag irritieren, wenn im Jahr 1940, als die Erfassung, Selektion und Vernichtung der Anstaltspatienten im Rahmen der nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ in vollem Gange war, von ärztlicher „Erlösung“ für Patienten geschrieben wurde, die an schweren körperlichen Erkrankungen litten und deren medizinische Lebensbeendigung wir heute als indirekte oder direkte aktive Sterbehilfe bezeichnen würden, Situationen also, die auch in der gegenwärtigen Debatte um die Sterbehilfe zur Diskussion stehen. Der Kaufmann Joseph I. war an Progressiver Paralyse erkrankt, galt als dement und kam 1939 in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar bei München. Aufgrund einer Herzmuskelerkrankung litt er

¹ Wolfgang Herrndorf, Arbeit und Struktur, Berlin 2013, S. 50.

² Udo Reiter, Mein Tod gehört mir, Außenansicht, Süddeutsche Zeitung, 21.12.2013, S. 2.

zusätzlich unter massiven Ödemen, der körperliche Zustand verschlechterte sich immer mehr und der letzte Eintrag in der Krankenakte vom 2.11.1940 lautete: „lang ersehnter Exitus im Morf.[Morphium]-Dämmer durch Atembehinderung.“³

Eine zweite Krankengeschichte, ebenfalls aus der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, aus dem Jahr 1939, kennzeichnet den Übergang von scheinbar medizinisch indizierter Therapie zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“: Der 25-jährige Siegfried H., stammte aus Tirol und wuchs bei seinem Großvater in München auf, in seiner geistigen Entwicklung blieb er zurück und kam mit 13 Jahren in das Kinderhaus nach Eglfing-Haar zur Untersuchung, wo er aufgrund seiner Unruhe als nicht bildungsfähig bewertet wurde. Die folgenden zehn Jahre lebte er in der katholischen Associationsanstalt Schönbrunn bei Dachau, bis er dort in „einfacher Pflege“ nicht mehr versorgt werden konnte. Der 1939 über ihn ausgefüllte Meldebogen für die „Aktion T4“ enthält folgende Bewertung seiner Person: „Idiot, Zerstörungstrieb, absolut pflegebedürftig, völlig asozial, bettlägerig.“⁴ Doch bevor er der Deportation in eine Tötungsanstalt der „Aktion T4“ ausgeliefert wurde, erhielt er – aufgrund seiner Unruhe – immer höhere Dosen von Beruhigungsmitteln. Der letzte Eintrag in der Krankengeschichte vom 11.12.1939 lautete: „Verbrauchte in letzter Zeit hohe Dosen M[orphium] + Hyoscin, Trional um einigermaßen ruhig gehalten zu werden. Vor etwa 10 Tagen setzte daraufhin ein rascher körperlicher Verfall ein ohne erhöhte Temperaturen. Heute um 20 Uhr Exitus. Todesursache: Lungenentzündung.“⁵

Dabei ist der Gedanke der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ jedoch keine nationalsozialistische Erfindung. Von der Selbstbestimmung des unheilbar kranken Menschen über sein Leben und seinen Tod ausgehend hatte sich die Debatte um die Euthanasie, die ärztliche Erlösung vom Leiden, seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland entwickelt.⁶

3. Die historische Debatte um die Euthanasie

³ Archiv des Bezirks Oberbayern, München, Bestand Eglfing-Haar, Krankenakte Joseph I., Eintrag in die Krankengeschichte vom 2.11.1940.

⁴ Archiv des Bezirks Oberbayern, München, Bestand Eglfing-Haar, Krankenakte Siegfried H., Meldebogen 1939.

⁵ Archiv des Bezirks Oberbayern, München, Bestand Eglfing-Haar, Krankenakte Siegfried H., Eintrag in die Krankengeschichte vom 11.12.1939.

⁶ Zu Praktiken aktiver ärztlicher Lebensverkürzung vor 1850 vgl. Michael Stolberg, Active Euthanasia in Pre-Modern Society, 1500-1800: Learned Debates and Popular Practices, *Social History of Medicine* 20, 2007, S. 205-221 und Michael Stolberg, Pioneers of Euthanasia: Two German Physicians Made the Break around 1800, *Hastings Center Report* 38, 2008, S. 19-22. Zur Geschichte des Begriffs der Euthanasie von der Antike bis in die Gegenwart vgl. Dietrich v. Engelhardt, Euthanasie in Geschichte und Gegenwart – im Spektrum zwischen Lebensbeendigung und Sterbebeistand, *Acta Historica Leopoldina* 55, 2010, S. 187-212. Zur modernen Debatte um die Euthanasie seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland siehe Schmuhl, Hans-Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘, 1890-1945 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 75), 2. Aufl. Göttingen 1992, S. 105-125, Michael Schwartz, „Euthanasie“-Debatten in Deutschland (1895-1945), *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 46, 1998, S. 617-665, Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? – Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München 1999, S. 77-108 und jetzt auch Gerrit Hohendorf, Der Tod als Erlösung vom Leiden. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland, Göttingen 2013, S. 27-71. Aus juristischer Perspektive sehr instruktiv ist Vera Große-Vehne, Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), „Euthanasie“ und Sterbehilfe. Reformdiskussion und Gesetzgebung seit 1870 (= Juristische Zeitgeschichte Abt. 3 Beiträge zur modernen Strafrechtsgeschichte, Bd. 19), Berlin 2005, S. 86-108.

Das Buch des jungen Philosophiestudenten Adolf Jost aus dem Jahr 1895 trägt den programmatischen Titel „Das Recht auf den Tod“: Der Mensch wird als Souverän über sein Leben anerkannt und könne zugleich über seinen Tod verfügen. Dem „Recht auf den Tod“ entspricht auf der Seite der Gesellschaft das moralische Motiv des Mitleids: Das wiederum erstreckt sich auch auf jene Menschen, die ihr „Recht auf den Tod“ gar nicht mehr selbstbestimmt wahrnehmen können:

„Wenn wir einen unheilbar Kranken auf seinem Lager unter unsäglichen Schmerzen sich winden sehen, mit der trostlosen Aussicht auf vielleicht noch monatelanges Siechthum, ohne Hoffnung auf Genesung, wenn wir durch die Räume eines Irrenhauses gehen, und es erfüllt uns der Anblick des Tobsüchtigen oder des Paralytikers mit all dem Mitleid, dessen der Mensch fähig ist, dann muß doch trotz allen eingesogenen Vorurtheilen der Gedanke in uns rege werden: ,haben diese Menschen nicht ein Recht auf den Tod, hat nicht die menschliche Gesellschaft die Pflicht, ihnen diesen Tod möglichst schmerzlos zu geben?“⁷

Hinter dem Begriff des Mitleids verbirgt sich bereits bei Jost eine utilitaristische Bewertung des menschlichen Lebens. Das „Recht auf den Tod“ solle die Gesellschaft von denjenigen Leben entlasten, die weder für den Einzelnen noch für die Gesellschaft einen Nutzen haben. 1913 veröffentlichte der Monistenbund, der unter dem Vorsitz des bekannten Biologen Ernst Haeckel für eine Weltanschauung auf naturgesetzlicher Grundlage eintrat, den Gesetzesvorschlag des lungenkranken Roland Gerkan für die Freigabe der Euthanasie: „Wer unheilbar krank ist, hat das Recht auf Sterbehilfe (Euthanasie).“ Gerkan begründete seine Initiative nicht nur mit der Intensität seines Leidens, sondern auch mit dem Gefühl der Nutzlosigkeit, das er sich selbst und seiner Familie gegenüber empfinde: „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 [sic!] – ein schädlicher Schmarotzer bleibe ich darum doch.“⁸

Eine Radikalisierung erfuhr die Debatte um die Euthanasie in der Notzeit nach dem Ersten Weltkrieg. Der bedeutende Strafrechtler Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche gaben mit ihrer einflußreichen Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ eine Antwort auf die Frage: „Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?“⁹

Der Gedanke des „lebensunwerten Lebens“ läßt Binding und Hoche nicht nur die Freigabe der Tötung auf Verlangen bei unheilbarer Erkrankung und die Erlösung der Bewußtlosen, die zu einem namenlosen Elend erwachen würden, fordern, sondern auch die Vernichtung der als „geistig tot“ apostrophierten „Ballastexistenzen“ in den Heil- und Pflegeanstalten. Letztere hätten weder den Willen zu leben, noch zu sterben, und so sei ihre Tötung kein Unrecht. Binding und Hoches Schrift wurde in der Weimarer Republik sowohl unter Juristen als auch unter Medizinern kontrovers diskutiert. Das Deutungsschema des „lebensunwerten Lebens“ jedoch wurde zum Referenzpunkt der Debatte um die Sterbehilfe bis in die 1960er

⁷ Adolf Jost, Das Recht auf den Tod. Sociale Studie, Göttingen 1895, S. 6.

⁸ Roland Gerkan, Euthanasie, Das monistische Jahrhundert 2/2, Heft 7, 1913, S. 169-173, Zitat S. 173, Herv. im Original.

⁹ Karl Binding/Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920, S. 27 u. 51, Herv. im Original, vgl. auch die Neuausgabe Berlin 2006 (= Juristische Zeitgeschichte Taschenbücher, Bd. 1), S. 26 u. 48. Zur rechtshistorischen Einordnung der Argumentation von Karl Binding vgl. Wolfgang Naucke, Einführung: Rechtstheorie und Staatsverbrechen, in: ebd., S. V-LXXI.

Jahre hinein¹⁰, und es diene der ideologischen und juristischen Rechtfertigung der Krankentötungen im Nationalsozialismus.¹¹

Unter dem Eindruck der Schrift von Binding und Hoche führte Ewald Meltzer, Direktor des Katharinenhofes, einer evangelischen Einrichtung für geistige behinderte Kinder und Jugendliche in Sachsen, Anfang der 1920er Jahre eine Umfrage unter den Eltern der von ihm betreuten Kinder durch. Mit Berufung auf die Autorität der beiden Universitätsprofessoren und von Vertretern der Theologie stellte er die Frage, ob die Eltern in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens ihres Kindes einwilligen würden, wenn durch Sachverständige festgestellt sei, daß es unheilbar blöd ist. Die Antworten – eigentlich als Widerlegung der Vorschläge von Binding und Hoche gedacht - erstaunten Meltzer. Von den 162 zurückgesandten Fragebögen beantworteten 119 die gestellte Frage mit „ja“ und nur 43 mit „nein“. Unter den „Nein“-Sagern waren nur 20 Stimmen, die eine schmerzlose Tötung ihres Kindes unter allen Umständen ablehnten.¹² Auffallend ist, daß bei den zustimmenden Antworten ökonomische Gründe für die „Erlösung“ der Kinder eine große Rolle spielten sowohl im Hinblick auf die betroffenen Eltern als auch im Hinblick auf die Gesellschaft. Der Brief eines Bergarbeiters an Meltzer bringt dies unverhohlen zum Ausdruck: „Unsere Gesellschaft ist bisher verständnislos an den Leiden dieser armen geistig Unheilbaren vorübergegangen. Und sind diese geistig Toten in Wirklichkeit für die Gesellschaft nicht ganz tot? Sind diese geistig Toten nicht eine Last für Staat und Gesellschaft sowohl als auch für die Angehörigen?“¹³ Neben diesen oder ähnlich formulierten Vernunftgründen erscheint der Gedanke, daß die „Erlösung“ der Kinder eine Tat der Barmherzigkeit sei.

Der Erlanger Privatdozent für Psychiatrie, Bertold Kihn, später Gutachter der T4, rechnete 1932 die immensen Fürsorgekosten für Geisteskranke und Schwachsinnige in Höhe von 150 Millionen Reichsmark vor und stellte mit Bezug auf Binding und Hoche die Frage, „ob nicht durch Preisgabe lebensunwerten Lebens unser Volk von einem großen Teil solcher Ballastexistenzen befreit werden könnte.“¹⁴ Es ist die Abwertung der anvertrauten Patienten im Sinne der von Hoche geprägten Begriffe, welche die Bereitschaft eines großen Teils der deutschen Psychiater zu erklären vermag, sieben Jahre später die staatlich angeordnete „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zumindest zu dulden, wenn nicht gar aktiv zu unterstützen: „Es ist denn doch etwas anderes, ob die Allgemeinheit Pensionisten und alte Leute mit erhält, die in früheren Jahren ihr Teil geleistet haben und die das Los des Altwerdens mit uns allen teilen, oder ob der Staat Existenzen mit fortschleppt, die eigentlich nie etwas anderes getan haben als gegessen, geschrien, Wäsche zerrissen und das Bett beschmutzt.“¹⁵

¹⁰ Vgl. z. B. Helmut Ehrhardt, Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens (= Forum der Psychiatrie Bd. 11), Stuttgart 1965.

¹¹ Einer der Sachbearbeiter in der für die Krankentötungen im Nationalsozialismus zuständigen Kanzlei des Führers sagte nach dem Krieg aus, daß man auf Erkenntnissen von Wissenschaftlern aufgebaut habe, die mit dem Nationalsozialismus nichts zu tun gehabt hätten, wie Karl Binding und Alfred Hoche, vgl. Udo Benzenhöfer, Bemerkungen zur Binding-Hoche-Rezeption in der NS-Zeit, in: Ortrun Riha (Hg.), ‚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 Leipzig e. V. Bd. 7), Aachen 2005, S. 114-133, hier S. 131.

¹² Ewald Meltzer, Das Problem der Abkürzung ‚lebensunwerten Lebens‘, Halle/S. 1935.

¹³ A. a. O. S. 93.

¹⁴ Bertold Kihn, Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft., Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 98, 1932, S. 387-404, hier S. 395.

¹⁵ A. a. O. S. 394 Fußnote 3.

Die hier geprägten Begriffe des „lebensunwerten Lebens“ finden sich denn in den 1930er Jahren auch in psychiatrischen Krankenakten. Nachweisen lässt sich dies bisher für die Heil- und Pflegeanstalten Wiesloch und Eglfing-Haar. So schrieb der Wieslocher Oberarzt, Dr. Gregor Overhamm, 1938 über die 30-jährige Adelheid B., die seit ihrer Kindheit an den Folgen einer Gehirnentzündung litt: „Weiterhin entsetzlich schwierig u. störend. Lebensunwertes Leben!“¹⁶ Über die an Schizophrenie erkrankte Helene N. heißt es: „Weiter so. Geistig tot. Das Krankenblatt sollte abgeschlossen werden, da sich auch in Zukunft nichts ändern wird. Der einzige Eintrag, der sich noch lohnt, ist die Notiz des Sterbedatums.“¹⁷ Beide Patientinnen wurden 1940 in die Gasmordanstalt Grafeneck auf der Schwäbischen Alb verlegt und ermordet.

4. Die Ökonomie der Erlösung im Nationalsozialismus

Im Deutschen Reich organisierte ab dem Frühjahr 1939 ein Expertenkreis in der Kanzlei des Führers sowohl die Selektion von geistig bzw. körperlich behinderten Kindern in den Kinderfachabteilungen als auch die Erfassung, Selektion und Vernichtung der Patienten in den Heil- und Pflegeanstalten („Aktion T4“). Dabei steht das Kürzel „T4“ für die Organisationszentrale der Krankentötungen in der Berliner Tiergartenstraße 4. Ein auf den Kriegsbeginn am 1. September 1939 datiertes Schreiben von Adolf Hitler sollte den Patientenmord als „Gnadentod“ für „unheilbar Kranke[...] bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes“ legitimieren.¹⁸ Die „Euthanasie“-Ärzte im Nationalsozialismus begründeten ihr Handeln mit dem sittlichen Ideal der ärztlichen Erlösung vom Leiden und nahmen die Idee der Mitleidstötung für sich in Anspruch. So sagte Hitlers „Euthanasie“-Beauftragter und Begleitarzt Karl Brandt im Nürnberger Ärzteprozeß aus:

Bei der Euthanasie sei es nicht um Beseitigung eines Menschen überhaupt gegangen, „[...] sondern es hat sich darum gehandelt, ihn frei zu machen von dem Leiden, das auf ihm lag.“ – „und die Frage des Menschlichen, was menschlicher ist, einem solchen Wesen zu helfen, dass es ein ruhiges Ende findet, oder es weiter zu hegen und zu plagen, diese Antwort gibt sich wohl, auch ohne dass man sie ausspricht.“¹⁹ Auch den Angehörigen gegenüber wurde der Tod als „Erlösung von schwerem Leiden“ dargestellt.²⁰

¹⁶ Bundesarchiv Berlin R 179/24496, zur Lebensgeschichte von Adelheid B. vgl. Gerrit Hohendorf, Adelheid B. – „... wiederholt fast beständig eine eigentümliche Folge von Tönen“, in: Jüdisches Museum Berlin (Hg.), Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus, Göttingen 2009, S. 24-29. Den Hinweis auf Dr. Gregor Overhamm verdanke ich Herrn Frank Janzowski, vgl. auch Franz Peschke, Ökonomie, Mord und Planwirtschaft. Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch im Dritten Reich, Bochum/Freiburg 2012, S. 61 u. 768.

¹⁷ Bundesarchiv Berlin R 179/24884.

¹⁸ Zit. n. Ernst Klee, „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, vollständig überarb. Neuausgabe, Frankfurt am Main 2010, S. 114.

¹⁹ Aussage Karl Brandt im Nürnberger Ärzteprozess vom 4.2.1947, vgl. Klaus Dörner/Angelika Ebbinghaus/Karsten Linne (Hg.), Der Nürnberger Ärzteprozess 1946/47. Wortprotokolle, Anklage- und Verteidigungsmaterial, Quellen zum Umfeld, Microfiche-Edition, dt. Ausgabe, München 2000, S. 2/2436 u. 2/2450.

²⁰ Zur Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“ vgl. die grundlegenden Arbeiten von Götz Aly, Medizin gegen Unbrauchbare, in: Götz Aly/Angelika Ebbinghaus/Matthias Hamann/Friedemann Pfäfflin/Gerd Preissler, Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren (= Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1), Berlin, S. 9-74; Schmuhl, Nationalsozialismus, Rassenhygiene, Euthanasie; Henry Friedlander, Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung, Berlin 1997; Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg 1998 und Klee, „Euthanasie“ im Dritten Reich. Zusammenfassend siehe Gerrit Hohendorf, Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“ im Überblick, in: Petra

Im Rahmen der „Aktion T4“ erhielten die Heil- und Pflegeanstalten im damaligen Reichsgebiet ab Herbst 1939 einseitige Meldebögen mit mehr oder weniger differenzierten Fragen zu Krankheitsbild, Länge des Anstaltsaufenthaltes, zu Verhalten und Arbeitsleistung in der Anstalt. Allein aufgrund dieser Meldebögen wurde die Entscheidung über Leben und Tod getroffen, von den Gutachtern eines psychiatrischen Expertenkreises. Die selektierten Patienten wurden schließlich in die Gasmordanstalten der „Aktion T4“ deportiert. Im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojektes untersuchten wir eine Stichprobe der 30.000 erhaltenen Krankenakten der Opfer der „Aktion T4“. Dabei ließen sich – mithilfe einer Vergleichsstichprobe überlebender Patienten – die Kriterien der Selektion der Opfer rekonstruieren. Als entscheidendes Selektionskriterium erwies sich die Bewertung der Arbeitsleistung in der Anstalt: Während 46,3% der T4-Opfer nicht gearbeitet haben und 26,9% als wenig brauchbar eingestuft wurden (zusammen gut 70%), war dieses Verhältnis in der Gruppe der Überlebenden genau umgekehrt: Hier galten 43,5% als „produktive Arbeiter“ und 26,5% wurden in ihrer Arbeitsleistung als mittelmäßig bewertet (zusammen 70%).²¹ Eine Überlebenschance hatte nur, wer produktive Arbeit leistete. Diese Ökonomie der Erlösung wird auch in der sogenannten „Hartheim-Statistik“ deutlich: Ein Mitarbeiter von Hitlers „Euthanasie“-Beauftragtem Karl Brandt errechnete nach dem Abbruch der „Aktion T4“ die durch die „Desinfektion von 7[0].273 Personen“ bis zum 1. September 1951 eingesparten Mittel auf RM 885.439.800,00.²² Zynischer kann das ökonomische Kalkül des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Programms nicht zum Ausdruck gebracht werden.

Im Gegensatz zur „Aktion T4“, die bekanntlich aufgrund der zunehmenden Unruhe in der Bevölkerung und der mutigen öffentlichen Protestpredigt des Münsteraner Bischofs Graf von Galen unterbrochen wurde, lief das „Kindereuthanasie“-Programm, das vor allem behinderte Kinder erfassen sollte, die sich *nicht* in Anstaltspflege befanden, bis 1945 weiter.²³ In 30 Kinderfachabteilungen wurden mindestens 5.000 Kinder und Jugendliche ermordet. Die Eltern reagierten sehr verschieden auf die Einweisung ihrer Kinder in eine Kinderfachabteilung und nahmen zu einer möglichen „Erlösung“ ihrer Kinder ganz unterschiedliche Haltungen ein. Es finden sich Protestbriefe gegen den plötzlichen Tod der

Fuchs/Maika Rotzoll/Ulrich Müller/Paul Richter/Gerrit Hohendorf (Hg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007, S. 36-52 und Gerrit Hohendorf, „Euthanasie“ im Nationalsozialismus – Die medizinische Vernichtung der Anstaltspatienten, in: Bettina Brand-Claussen/Thomas Röske/Maika Rotzoll (Hg.), Todesursache: Euthanasie. Verdeckte Morde in der NS-Zeit, 2. verb. u. erw. Aufl. Heidelberg 2012, S. 9-17. Einen Überblick über den Stand der historischen Forschung gibt Hans-Walter Schmuhl, „Euthanasie“ und Krankenmord, in: Robert Jütte/Wolfgang U. Eckart/Hans-Walter Schmuhl/Winfried Süß, Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 214-255.

²¹ Vgl. Gerrit Hohendorf, Die Selektion der Opfer zwischen rassenhygienischer „Ausmerze“, ökonomischer Brauchbarkeit und medizinischem Erlösungsideal, in: Maika Rotzoll/Gerrit Hohendorf/Petra Fuchs/Paul Richter/Christoph Mundt/ Wolfgang U. Eckart (Hg.), Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn, München, Wien, Zürich 2010, S. 310-324, hier S. 317-321 und Maika Rotzoll/Petra Fuchs/Paul Richter/Gerrit Hohendorf, Die nationalsozialistische „Euthanasieaktion T4“. Historische Forschung, individuelle Lebensgeschichten und Erinnerungskultur, Der Nervenarzt 81, 2010, S. 1326-1332, hier S. 1329f..

²² National Archives and Records Administration, College Park/MD, USA, War Crimes Case Files Cases not Tried, Case 000-12-463, Box 490-491, S. 4.

²³ Vgl. Sascha Topp, Der „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“. Zur Organisation der Ermordung minderjähriger Kranker im Nationalsozialismus 1939 – 1945, in: Thomas Beddies/Kristina Hübener (Hg.), Kinder in der NS-Psychiatrie (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg, Bd. 10), Berlin 2004, S. 17-54.

Kinder und zum Teil erfolgreiche Rettungsversuche, aber auch viele Eltern, die das tödliche Schicksal ihres Kindes hinnahmen. Es gab aber auch diejenigen Eltern, die den Tod des Kindes als „Erlösung“ empfanden und die Euthanasie in einzelnen Fällen einforderten.²⁴ Der zweijährige Heinz F. wurde im August 1941 in die Kinderfachabteilung Eichberg aufgenommen. Seit seinem achten Lebensmonat habe er sich geistig nicht mehr weiterentwickelt, heißt es in der Krankenakte. Nachdem er um eine prognostische Einschätzung des Zustandes seines Kindes gebeten hatte, schrieb der Vater am zweiten Geburtstag seines Sohnes am 25. Oktober 1941 an den Leiter der Kinderfachabteilung Eichberg, Dr. Walter Schmidt:

„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 Rettung u. Besserung, oder mit der Zeit eine Heilung vorhanden ist; So lasst den kleinen, lieben Jungen nicht mehr allzulange sein schweres Leiden ertragen.“²⁵

An dem Tag, an dem das Schreiben auf dem Eichberg eintraf, ist der der zweijährige Heinz gestorben. Dem Großvater des 16jährigen Heinz Sch., einem Maurerlehrling aus Frankfurt am Main, schrieb Dr. Schmidt auf dessen Protestbrief zum Tod seines Enkels: „Für den Jungen war es eine Erlösung, da doch anzunehmen ist, daß er sein ganzes Leben an dieser Erkrankung hätte leiden und immer in einer Anstalt eingesperrt sein Dasein verbringen müßte.“²⁶

Bereits während der „Aktion T4“ kamen in den Heil- und Pflegeanstalten selbst – wie eingangs dargestellt – Menschen durch Vernachlässigung, Hunger und überdosierte Medikamente ums Leben. Die Psychatriepatienten standen ganz unten in der Hierarchie der gesundheitlichen Versorgung während des Krieges, sie wurden in oft weit entfernte Anstalten in verlegt, um Raum für Ausweichkrankenhäuser und Lazarette zu schaffen. In diesen Anstalten, z. B. in Hadamar oder Meseritz-Obrawalde, wurden sie mit Medikamenten ums Leben gebracht. In Bayern setzte die Einführung der Hungerkost für nicht arbeitende Patienten ab 1942 die Selektion der und Vernichtung der Anstaltspatienten fort. Nach dem taktischen Stopp der „Aktion T4“ wurden nochmals mindestens 90.000 Anstaltspatienten getötet, unter ihnen auch psychisch oder körperlich erkrankte Zwangsarbeiter/innen. Und auch nach Kriegsende verbesserte sich die Versorgung der Patienten nur langsam, so daß für

²⁴ Vgl. Petra Lutz, Mit Herz und Vernunft. Angehörige von „Euthanasie“-Opfern im Schriftwechsel mit den Anstalten, in: Heiner Fangerau/Karin Nolte (Hg.), „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 26), Stuttgart 2006, S. 143-167.

²⁵ Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden Abt. 430/1 Nr. 11074, vgl. Gerrit Hohendorf/Stephan Weibel-Shah/Volker Roelcke/Maike Rotzoll, Die „Kinderfachabteilung“ der Landesheilanstalt Eichberg 1941 bis 1945 und ihre Beziehung zur Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg unter Carl Schneider, in: Christina Vanja/Steffen Haas/Gabriela Deutsche/Wolfgang Eirund/Peter Sandner (Hg.), Wissen und irren. Psychatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen Quellen und Studien, Bd. 6), Kassel 1999, S. 221-243, hier S. 288f..

²⁶ Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden Abt. 430/1 Nr. 11848 Korrespondenz zwischen dem Großvater von Heinz Sch. und Dr. Walter Schmidt vom Dezember 1943.

das Jahr 1945 die höchsten Sterberaten von oft weiter über 25% der Patienten in den Anstalten zu verzeichnen sind.

5. Die Entstehungsgeschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“ - Der historische Befund

Die Selbstbestimmung des Einzelnen über sein Leben und Sterben bildete in der historischen Debatte um die Euthanasie zwar den Ausgangspunkt, aber keine stabile Grenze.²⁷ Das ursprünglich für den einzelnen unheilbar kranken Menschen auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin geforderte „Recht auf den Tod“ sollte auch auf diejenigen Menschen ausgedehnt werden, die bewusstlos oder unheilbar geisteskrank zu einer Ausübung dieses Rechtes nicht mehr in Lage seien. Ihnen könne eine durch Mitleid motivierte humane Sterbehilfe nicht verweigert werden. Dabei ist es gerade das Motiv des Mitleids, das der Befürwortung der Lebensbeendigung durch aktive Sterbehilfe seine emotionale Kraft verleiht. Wenn der Arzt nicht mehr heilen und Leiden nicht wirksam lindern kann, so soll er doch wenigstens einen „gnädigen“ Tod gewähren dürfen. Der doppelten Botschaft des Euthanasie-Gedankens entsprechend verknüpfte das 1940 diskutierte Gesetz über Sterbehilfe die Freigabe der Tötung auf Verlangen bei einer unheilbaren Krankheit mit der „unmerklichen“ Lebensbeendigung für unheilbar Geistesranke.²⁸

Die Intensität der Debatte um die Euthanasie war abhängig von der wirtschaftlichen Situation. In der Notzeit unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg und während der Weltwirtschaftskrise mit ihren radikalen Sparmaßnahmen in der Psychiatrie und der Wohlfahrtspflege, wurden die Aufwendungen für sogenannte „Minderwertige“ und „unnütze Esser“ grundsätzlich in Frage gestellt.

Gerechtfertigt wurden die Krankentötungen sowohl in der Wahrnehmung der „Euthanasie“-Ärzte und des in die „Euthanasie“ verstrickten Anstaltspersonals als „Erlösung vom Leiden“, eine Formel, die von einem Teil der Angehörigen auch akzeptiert worden zu sein scheint. Doch hinter dem „Erlösungsgedanken“ verbarg sich das ökonomische Kalkül des „lebensunwerten Lebens“. Dabei bestimmte sich der „Lebensunwert“ nicht nur durch das den Betroffenen unterstellte Gefühl, sich selbst eine Last zu sein, sondern vor allem durch den fehlenden Nutzen für die Umgebung und die Gesellschaft. Die Frage nach möglicher Arbeitsleistung, das Moment des störenden, unruhigen und aufsässigen Verhaltens der Patienten und der Pflegeaufwand bestimmten zunehmend die Praxis der „Euthanasie“, diese Selektion verschärfte sich im Verlaufe des Krieges.

²⁷ Vgl. Michael Wunder, *Des Lebens Wert. Zur alten und zur neuen Debatte um Autonomie und Euthanasie*, in: Rotzoll/Hohendorf/Fuchs/Richter/Mundt/ Eckart (Hg.), *Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“*, Paderborn u. a. 2010, S. 391-401 und Michael Wunder, *Die alte und die neue Euthanasiediskussion: Tötung auf wessen Verlangen?* (= Wiener Vorlesungen im Rathaus, Bd. 169, Wien 2013, S. 15f.

²⁸ Vgl. die Rekonstruktion des Gesetzentwurfes in Karl Heinz Roth/Götz Aly, *Das „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“*. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941, in: Karl Heinz Roth (Hg.), *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“*, Berlin 1984, S. 101-179, hier S. 175f.: „§ 1 Wer an einer unheilbaren, sich oder andere stark belästigenden oder sicher zum Tode führenden Krankheit leidet, kann auf sein ausdrückliches Verlangen mit Genehmigung eines besonders ermächtigten Arztes Sterbehilfe durch einen Arzt erhalten. § 2 Das Leben eines Kranken, der infolge unheilbarer Geisteskrankheit sonst lebenslänglicher Verwahrung bedürfen würde, kann durch ärztliche Maßnahmen, unmerklich für ihn, beendet werden.“

Der Euthanasiegedanke war, obwohl die Krankenmorde und auch die Verbrechen der Zwangssterilisation, in Psychiatrie und Gesellschaft in den 1950er und 1960er Jahren weitgehend tabuisiert worden, eben gerade nicht verschwunden. Er diente vor Gericht der Entschuldigung der Täter.

Zusammenfassend läßt sich die Entstehungsgeschichte der nationalsozialistischen Krankenmorde als eine schiefe Ebene beschreiben, an der zu Beginn, scheinbar harmlos daherkommend, das Recht auf den Tod für unheilbar Kranke auf deren Wunsch hin stand. Unter den Bedingungen totalitärer, die Menschen nach rassistischen und erbbiologischen Kriterien wertender Herrschaft und eines „Vernichtungskriegs“ gegen die „Minderwertigen“ jedoch wurde der unantastbare Wert jedes einzelnen Menschen und seines Lebens radikal in Frage gestellt. Ein Massentötungsprogramm zur Befreiung des „Volkskörpers“ von allem Kranken, Minderwertige, Leistungsunfähigen und Schwachen war die Folge.

6. Die Debatte um die Euthanasie heute – Drei Beobachtungen aus Deutschland

Die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland macht das Argument der Patientenautonomie stark, niemand kann und soll gegen seinen Willen durch medizinische Maßnahmen am Leben erhalten werden. Jeder Mensch habe im Rahmen der Selbstbestimmung über sein Leben auch das Recht, Zeitpunkt und Art seines Todes zu bestimmen. Während für die passive Sterbehilfe, das Unterlassen und den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen unbestritten ist, daß urteilsfähige Menschen nicht gegen ihren ausdrücklichen Willen behandelt werden dürfen, ist die Tötung auf Verlangen in Deutschland ausdrücklich verboten. Der (ärztlich) assistierte Suizid scheint ein Ausweg aus diesem Dilemma zu versprechen, wahrt er doch scheinbar die Autonomie der Betroffenen und läßt sich nicht ohne weiteres auf nicht äußerungsfähige Patienten übertragen. Obwohl durch das Strafrecht nicht verboten, wird der ärztlich assistierte Suizid seit 2011 in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer berufsrechtlich geächtet.²⁹

Wenn im Folgenden auf Gefahren und Ausweitungstendenzen in der Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland Bezug genommen wird, so geschieht dies nicht mit der Absicht, die abgründige historische Entwicklung des Euthanasiegedankens mit den ethischen Fragen der Gegenwart gleichzusetzen oder einen ethischen Imperativ der Geschichte zu postulieren.³⁰

Gleichwohl lassen sich drei der am historischen Beispiel aufgezeigten Gefahren und Ausweitungstendenzen in der Debatte um die Euthanasie auch in der gegenwärtigen Diskussion und Praxis der Sterbehilfe in Deutschland erkennen:

Dies ist erstens der Wandel in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von schwerkranken Menschen, von Menschen in eingeschränkten Bewusstseinszuständen und von Menschen mit Demenzerkrankungen. Damit zusammenhängend ist zweitens das Gefühl von pflegebedürftigen Menschen, sich, den Angehörigen und der Gesellschaft nur noch eine Last zu sein, wenn der selbstgewählte Tod als eine gesellschaftlich akzeptierte und mutige Form der „Erlösung vom Leiden“ erscheint. Und das ist drittens die Ausweitung der Debatte um

²⁹ Zur aktuellen Debatte um die Euthanasie vgl. Hohendorf, Tod als Erlösung vom Leiden, S. 145-190 mit weiterer Literatur.

³⁰ Vgl. Hohendorf, Tod als Erlösung vom Leiden, S. 14-26.

den ärztlich assistierten Suizid auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und im Frühstadium der Demenz. Dazu drei Beispiele:

a) Patientenverfügungen

Der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, das Einstellen der künstlichen Ernährung oder der Verzicht auf die Behandlung einer Lungenentzündung mit Antibiotika, ist bei einwilligungsunfähigen Patienten, die dies in einer Patientenverfügung vorausverfügt haben, auch dann möglich, wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Das Sterben soll in diesem Falle durch die Umsetzung der Patientenverfügung überhaupt erst ermöglicht werden. Dazu schreiben die Münchner Rechtsanwälte Wolfgang Putz und Beate Steldinger in ihrem Patientenratgeber „Patientenrechte am Ende des Lebens“:

„Die zunehmende Verbreitung von Patientenverfügungen wird dazu beitragen, die allgemeinen Wertvorstellungen zu beeinflussen. Je mehr Menschen sich einer medizinisch möglichen Lebensverlängerung widersetzen, desto mehr wird sich auch der gesellschaftliche Grundkonsens verschieben. Auch Menschen, die diese Vorsorge nicht explizit für sich selbst in perfekter Form wahrgenommen haben, werden dann in den Genuss dieser veränderten Wertewelt kommen. Die Verhältnisse werden sich umkehren: Wer in Zukunft ‚Lebensverlängerung um jeden Preis‘ wünscht, wird dies in einer entsprechenden Patientenverfügung niederlegen müssen. Das jahrelange Dahinvegetieren an der Magensonde wird es im Normalfall nicht mehr geben.“³¹

Das Instrument der Patientenverfügung geht von einem Subjekt aus, für das die Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben von zentraler Bedeutung ist.³² Diese Selbstbestimmung soll fortwirken auch für Zustände und Lebensformen, in denen der Betroffene nicht mehr entscheidungsfähig ist und die er – in der Regel – noch nicht am eigenen Leib erfahren hat. Die Bewertung dieser Lebensformen ist demnach abhängig von Beobachtungen, die der Betroffene bei anderen gemacht hat, etwa im Sinne eines „So möchte ich nicht dahinvegetieren!“ Die in einer Patientenverfügung niedergelegten Entscheidungen sind aber auch abhängig von gesellschaftlich und in den Medien vermittelten Bildern über das Leben, das als nicht lebenswert erscheint: Dies gilt insbesondere für ein Leben, das in der Abhängigkeit von Schläuchen und Pflegenden seinen Wert verliert. Wenn man das Instrument der Patientenverfügung in der Weise propagiert, wie Putz und Steldinger dies tun, so gibt man individuellen Entscheidungen über das eigene Leben und das eigene Sterben eine bestimmte Form und einen Maßstab: Wer will sich schon – entgegen dem gesellschaftlichen Trend - für „Lebenserhaltung um jeden Preis“ oder für das „jahrelange Dahinvegetieren an der Magensonde“ entscheiden? War die (künstliche) Ernährung von Menschen im Wachkoma bis vor etwa 15 Jahren eine selbstverständliche Form des pflegenden Umgangs mit ihnen, so wird sie in der gesellschaftlichen Wahrnehmung zunehmend als eine unangemessene Form medizinischer Lebensverlängerung empfunden.

³¹ Wolfgang Putz/Beate Steldinger, Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung – Selbstbestimmtes Sterben, München 3. aktual. Aufl. 2007, S. 27.

³² Zum Folgenden vgl. auch Stefanie Graefe, Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um die Sterbehilfe (= Campus Forschung Bd. 923), Frankfurt am Main/New York 2007, S. 214-279. Die Autorin interpretiert den Bericht der vom Bundesjustizministerium eingesetzten Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ aus dem Jahre 2004 im Anschluss an Michel Foucaults Begriff der Biopolitik als Frage der Souveränität des Subjekts über sein Leben und Sterben, vgl. auch Christoph Schneider, Das Subjekt der Euthanasie. Transformationen einer tödlichen Praxis, Münster 2011, S. 164ff.

Zugleich lässt sich bei der Umsetzung von Patientenverfügungen eine Tendenz zur Verabsolutierung des Autonomieprinzips erkennen. Strikt am autonomen Willen des urteilsfähigen Patienten orientierte Medizinethiker/innen geben dem in einer Patientenverfügung vorausverfügten Willen Vorrang gegenüber Äußerungen des sogenannten „natürlichen Willen“ nichteinwilligungsfähiger Menschen. So diskutieren Ralf J. Jox, Johann S. Ach und Bettina Schöne-Seifert in einem Beitrag für das Deutsche Ärzteblatt die Frage, ob einer demenzkranken, älteren Dame, die in einer Patientenverfügungen bestimmt hatte, daß lebensverlängernde Maßnahmen dann zu unterlassen seien, wenn sie ihre Angehörigen nicht mehr erkenne, bei einer Lungenentzündung eine antibiotische Behandlung auch dann vorenthalten werden soll, wenn sie sich offensichtlich wohl befindet und bei guter Pflege Freude an alltäglichen Aktivitäten empfindet. Die Autoren und die Autorin tendieren dazu, dem vorausverfügten Willen als Ausdruck des biographischen Lebensentwurfs und der persönlichen Wertinteressen Verbindlichkeit auch für einen Zustand offensichtlichen Wohlbefindens zuzusprechen, dann dürfte die Behandlung der Lungenentzündung nicht durchgeführt werden. Sie kommen zu dem Schluss: „Der ‚natürliche Wille‘ kann und darf nicht auf eine Stufe mit dem autonomen Willen von Patienten gestellt werden. Und er kann und darf insofern auch nicht als Indikator für eine mögliche Willensänderung von Patienten oder als Anzeichen für den Widerruf einer Patientenverfügung missverstanden werden.“³³ Das Instrument der Patientenverfügung birgt demnach die Gefahr, dass Menschen sich selbst im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit fremdbestimmen, dass sie Gefangene eines Willens werden, zu dem sie im Moment der Entscheidung über Leben und Tod keinen Zugang mehr haben.

b) Die gesellschaftliche Wahrnehmung von alten, dementen und schwerkranken Menschen: Die rechtzeitige Entscheidung für den eigenen Tod

Der bereits erwähnte Rechtsanwalt Wolfgang Putz erreichte im Jahre 2010, daß die Staatsanwaltschaft München I das Ermittlungsverfahren gegen die Angehörigen eingestellt hat, die den Suizid ihrer Mutter begleitet und nicht verhindert haben. Die Betroffene, eine Ärztin, nahm sich im Frühstadium einer Demenz bei erhaltener Urteilsfähigkeit das Leben, um den Verlauf der Demenzerkrankung nicht erleben zu müssen.³⁴ Putz kommentierte den Suizid seiner Mandantin in der Münchner Boulevardzeitung „tz“ wie folgt: „Die Dame hatte ich so überzeugend kennengelernt, sie war so faszinierend. [...] Die Frau war so freudig, dass sie diesen Weg jetzt gehen und sich verabschieden kann, und dass sie sich dieses sonst sicher grauenhafte Ende erspart. Das war schon sehr eindrucksvoll und dann ist man doch nicht erschüttert, sondern man sagt, das ist eigentlich ganz vernünftig, was die Frau macht.“³⁵ Während aufgrund des Nachahmungseffekts über erfolgreiche Suizide in der Öffentlichkeit nicht berichtet werden sollte, scheinen Suizide bei schweren körperlichen Erkrankungen eine Ausnahme zu rechtfertigen, erfolgt die Berichterstattung doch mit Anerkennung für den mutigen Schritt der Betroffenen. Dies wiederum kann die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit schweren Erkrankungen und Behinderungen, führen sie nun unmittelbar oder erst später zum Tode, verändern. Das Gefühl des Zur-Last-Fallens spielt, wie empirische

³³ Vgl. Rolf J. Jox/Johann S. Ach/Bettina Schöne-Seifert, Patientenverfügungen bei Demenz. Der ‚natürliche Wille‘ und seine ethische Einordnung, Deutsches Ärzteblatt 111, 2014, S. A 394-396, hier S. 396. Dazu kritisch Gerrit Hohendorf, Nicht das Maß aller Dinge (Leserbrief), Deutsches Ärzteblatt 111, 2014, S. A 802.

³⁴ Staatsanwaltschaft München I, AZ 125 Js 11736/09 Verfügung vom 30.7.2010.

³⁵ „Diese Entscheidung ist bahnbrechend“, Wolfgang Putz im Interview mit Karl-Heinz Dix, tz München, 9.9.2010, S. 7.

Studien zeigen³⁶, in der Realität schwerkranker Menschen eine entscheidende Rolle, es verstärkt sich, wenn eine soziale Sinnggebung des Lebens nicht mehr möglich, ist, wenn Einsamkeit und Vernachlässigung den Lebensalltag von Menschen in Pflegeheimen prägen.

c) Der ärztlich assistierte Suizid (auch für psychisch Kranke?)

Scheinbar bietet der (ärztlich) assistierte Suizid einen Ausweg im Streit um die Sterbehilfe, soll die eigenhändige Inangsetzung des eigenen Tods, mit der kunstgerechten Beihilfe von Ärzten, doch die Selbstbestimmung der freiverantworteten Entscheidung für den eigenen Tod garantieren. Die Organisation „SterbeHilfeDeutschland e.V.“ veröffentliche 2012 Berichte über die 2011 durchgeführten 27 Suizidbegleitungen: die Gruppen von Patienten, die in der öffentlichen Debatte immer wieder als Beispiele für die Notwendigkeit der Möglichkeit eines assistierten Suizids oder aktiver Sterbehilfe angeführt werden, waren in der Minderzahl: drei Patienten litten an metastasierten Krebserkrankungen, vier an neurodegenerativen Erkrankungen, zwei an schweren Herz- oder Lungenerkrankungen. Oft waren Altersbeschwerden, Inkontinenz, die Angst vor Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit und die Ablehnung eines Pflegeheims die Hauptmotive. Bei drei Patienten lagen psychische Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen vor.³⁷

Ein Patient, Herr B., litt an einem atypischen Gesichtsschmerz nach einer Augenlaser-Operation, an Schwindel mit Gangunsicherheit und an einer schweren Depression. Aufgrund seiner Beschwerden konnte er nicht mehr arbeiten, zwei stationäre psychiatrische Behandlungen haben keine Besserung gebracht. Er könne seinen Hobbies nicht mehr nachgehen, ihn berühre nichts mehr, die Ärztin, die ihn aktuell behandle, habe ihn aufgeben, eine medikamentöse oder psychologische Behandlung halte er für aussichtslos. Der Suizid würde ihm endlich Erlösung bringen, nach dem letzten Suizidversuch habe er drei Tage geschlafen und nichts mehr mitbekommen, als er aufgewacht sei, sei er regelrecht erschrocken. Der psychiatrisch-neurologische Gutachter Johann F. Spittler schreibt in seiner gutachterlichen Stellungnahme zur Frage der Urteilsfähigkeit: „Herr B berichtet seine Beschwerden so klar und wohlgeordnet, dass unabhängig von einer primären oder reaktiven Verursachung der Depression eine zwar durch das Beschwerdeerleben mitbestimmte, aber auch bilanzierend entschiedene Willensbildung festzustellen ist.“³⁸ Man werde Herrn B., so das Resümee des Gutachters, die gewünschte Beihilfe zum Suizid nicht versagen können. Offensichtlich reicht das geordnete Vorbringen des Suizidwunsches und die vom Patienten als aussichtslos angesehenen Therapieoptionen nach Auffassung von Spittler aus, um die Freiverantwortlichkeit und Selbstbestimmtheit des Suizidwunsches festzustellen.

Todeswünsche von schwerkranken, verzweifelten oder sterbenskranken Patienten sollten nicht tabuisiert werden, ihnen sollte aber auch nicht von einer quasi neutralen Position aus, der Autonomie des Patienten folgend, stattgegeben werden. Menschen mit Todeswünschen haben in einer solidarischen Gesellschaft das Recht, daß die dahinterstehende Verzweiflung, die Sorgen und Nöte ergründet und gemeinsam ausgehalten wird, daß ihnen ein

³⁶ Julian Bleek, Ist Beihilfe zum Suizid auf der Grundlage des Wunsches, anderen nicht zur Last zu fallen, ethisch gerechtfertigt?, Ethik in der Medizin 24, 2012, S. 193-205.

³⁷ Roger Kusch/Johann Friedrich Spittler, Weißbuch 2012. SterbeHilfeDeutschland e.V. (= Schriftenreihe des Vereins SterbeHilfeDeutschland e. V., Bd. 4), Norderstedt 2012.

³⁸ A. a. O. S. 18.

dialogisches Angebot der Sinnggebung gemacht wird.³⁹ Sicherlich mag dies nicht immer gelingen, aber eine Zulassung ärztlicher Suizidassistenten und aktiver Sterbehilfe senkt die Schwelle, den einfacheren Weg medizinischer Lebensbeendigung zu gehen.

6. Lernen mit der Geschichte: Es gibt kein gutes ärztliches Töten!

Im Gegensatz zur Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen (passive Sterbehilfe) bedeutet die aktive Tötung eines Patienten eine direkte Einwirkung in die biologische Integrität des Organismus und dessen Lebensprozesse.⁴⁰ „Unerträgliches Leiden“ wird bekämpft durch Vernichtung des Leidenden. Auch der assistierte Suizid stellt den ärztlichen Suizidhelfer notwendigerweise vor die Frage, ob ein bestimmtes Leben mit einem bestimmten Ausmaß an Leiden nicht mehr gelebt werden soll. Aktive Sterbehilfe und Teilnahme an der Selbsttötung sind ohne ein Werturteil über ein bestimmtes menschliches Leben nicht möglich, es sei denn der Arzt sieht sich lediglich als Erfüllungsgehilfen des Patientenwillens. Angesichts der historischen Erfahrung der nationalsozialistischen Patientenmorde, an denen Ärzte in erster Linie beteiligt gewesen sind, stellt sich die heute die Frage, ob es ein gutes ärztliches Töten geben soll: Können Entscheidungen über die Tötung oder die Teilnahme am Tod eines Menschen von *Ärzten* getroffen werden, ohne dass Motive sentimentalen Mitleids, Nützlichkeitsabwägungen oder Urteile über den Wert eines bestimmten menschlichen Lebens wie in der historischen Debatte um die Euthanasie eine Rolle spielen?⁴¹

Angesichts der besonderen Macht des Arztes über den menschlichen Körper, erscheint es sinnvoll, den Arzt nicht zum Herrn über Leben und zu machen, sondern seinen Auftrag ebenso klar und wie bescheiden zu bestimmen. Hufeland, der Leibarzt Goethes und Direktor der Charité in Berlin, formulierte diese Position bereits 1806:

„[Der Arzt] soll und darf nichts Anderes thun, als Leben zu erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dieß geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate.“⁴²

³⁹ Vgl. Gerrit Hohendorf/Fuat S. Oduncu, Der ärztlich assistierte Suizid – Freiheit zum Tode oder Unfreiheit zum Leben, Zeitschrift für medizinische Ethik 57, 2011, S. 230-242.

⁴⁰ Thomas Fuchs, Was heißt töten? Die Sinnstruktur für ärztliches Handeln bei passiver und aktiver Euthanasie, Ethik in der Medizin 9, 1997, S. 78-90, hier S. 83f.

⁴¹ Gerrit Hohendorf, Die nationalsozialistischen Krankenmorde zwischen Tabu und Argument. Zur aktuellen Debatte über die Sterbehilfe, in: Wolfgang Bialas/Lothar Fritze (Hg.), Ideologie und Moral im Nationalsozialismus (= Schriften des Hannah-Ahrendt-Instituts für Totalitarismusforschung, Bd. 50), Göttingen 2014, S. 267-292, hier S. 286f..

⁴² Christoph Wilhelm Hufeland, Enchiridion medicum oder Anleitung zur medicinischen Praxis. Vermächtniß einer fünfzigjährigen Erfahrung, 3. Auflage 1837 Herisau: Literatur-Comptoir, S. 502.