

Die Geschichte der Euthanasie im Nationalsozialismus und die Bedeutung für heute

Arthur Schnitzler, der große österreichische Erzähler und Dramatiker, lässt in seinem Roman „Der Weg ins Freie“ von 1908 Berthold, den für missraten gehaltenen Sohn des alten Dr. Stauber, erklären, warum er sich in Zukunft um Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege kümmern will:

„Die Menschenliebe, die Du meinst, Vater, halte ich für ganz überflüssig, eher für schädlich. Das Mitleid – und was kann Liebe zu Leuten die man nicht persönlich kennt, am Ende anderes sein – führt notwendig zu Sentimentalität, zu Schwäche. Und gerade, wenn man ganzen Menschengruppen helfen will, muss man gelegentlich hart sein können gegen den einzelnen, ja man muss imstande sein, ihn zu opfern, wenn's das allgemeine Wohl verlangt. Du brauchst nur daran zu denken, Vater, dass die ehrlichste und konsequenteste Sozialhygiene direkt darauf ausgehen müsste, kranke Menschen zu vernichten. Ich leugne gar nicht, dass ich in dieser Richtung allerlei Ideen habe, die auf den ersten Blick grausam erscheinen könnten. Aber Ideen, glaub ich, denen die Zukunft gehört.“¹

Das war 1908. Die Idee, kranke Menschen zu töten, um das Wohl der anderen, nicht kranken Menschen zu mehren, lag schon Anfang der 20. Jahrhunderts wie ein dunkler Schleier über dem Geist und über der Seele vieler Menschen. Sie hatte Zukunft. Und die Frage ist, ob wir auch heute noch in dieser Zukunft leben.

Die moderne Debatte am Ende des 19. und am Anfang des 20. Jahrhunderts

Der Philosophie- und Physikstudent Adolf Jost war der erste, der die bis dahin in der Medizin konsenterte Auffassung, Euthanasie sei die schmerzlindernde Begleitung

¹ Schnitzler 2002, 373 f

Sterbender verließ. Er fordert in seiner 1895 in Göttingen vorgelegten Schrift „Das Recht auf den Tod“² sowohl die Freigabe der Tötung auf Verlangen körperlich Kranker als auch die Freigabe der Tötung sog. Geisteskranker. Der Wert des Lebens steht dabei für ihn im Mittelpunkt. Dieser bestehe aus der Summe von Freude und Schmerz, die das Individuum empfindet, und der Summe von Nutzen und Schaden, die das Individuum für seine Mitmenschen darstellt. Der Wert eines Menschenlebens könne, so Jost, negativ werden. Wegen der Akzeptanz in der Bevölkerung solle der Staat aber zunächst den Ärzten nur erlauben, unheilbar Kranke nach Dokumentation ihrer Willensbekundung zu töten, erst in einer zweiten Stufe solle der Staat die Tötung der Geisteskranken an sich ziehen und regeln.

Damit ist bereits ein wesentliches Thema angeschnitten, das sich durch die gesamte Euthanasiediskussion zieht: die Tötung auf Verlangen des einzelnen Schwerkranken und die Tötung Behinderter oder anderer Schwacher, die sich nicht äußern können, auf Verlangen der Gesellschaft werden in der modernen Euthanasiediskussion nicht nur zusammengefordert, sie sind auch gedanklich durch die zugrunde liegende Debatte über den „Wert des Lebens“ untrennbar mit einander verquickt.

Das Buch von Jost blieb allerdings recht unbekannt, bis der Strafrechtler Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche 1920 ihre berühmte Schrift "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" in Leipzig vorlegen und in ihr Jost nicht nur lobend erwähnen, sondern sich in wesentlichen Gedankengängen auf ihn beziehen. Binding fragt zunächst, ob die Tötung eines unheilbar Kranken auf sein Verlangen hin ein Strafausschließungsgrund biete. Aus dem Beispiel des körperlich Schwerkranken, der um seine Tötung bittet, entwickelt Binding die Denkfigur der "straffreien Erlösungstat".³

Für drei Gruppen von Menschen soll die straffreie Erlösungstat in Betracht kommen:

- „die zufolge ihrer Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen, die in vollem Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen und ihn in irgendeiner Weise zu erkennen geben“⁴

² Jost 1895

³ Binding, Hoche 1920, 37

⁴ ebenda, 29

- für die "geistig gesunden Persönlichkeiten, die durch irgendein Ereignis... bewusstlos geworden sind und...zu einem namenlosen Elend erwachen würden"⁵ und

- für die "unheilbar Blödsinnigen, ...die das furchtbare Gegenbild echter Menschen bilden und fast in jedem Entsetzen erwecken, der ihnen begegnet".⁶

Handelt es sich bei der ersten Gruppe um Tötung auf eigenes Verlangen, modern: um selbstbestimmte Euthanasie, so handelt es sich bei der zweiten Gruppe (heute z.B. Wachkoma-Patienten) und der dritten Gruppe (heute z.B. Neugeborenen mit schweren Behinderungen) um Tötung auf Verlangen der Gesellschaft oder des Staates. Binding fragt wie Jost: "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 haben?"⁷ Und er kommt wie Jost zu der Antwort, dass der Wert des Einzelnen negativ wird, wenn der Lebensbeitrag des kranken oder behinderten Menschen zur Leistung der Volksgemeinschaft in Gestalt von Pflegearbeit und Pflegekosten gegengerechnet wird. Die zentrale Gedankenfigur ist die des Erlösens vom Leiden eines für nicht mehr wert befundenen Lebens. Wer diese Wertentscheidung trifft, ist von Anfang an zwiespältig. Untrennbar miteinander sind damit die Tötung Schwerkranker auf ihr eigenes persönliches Verlangen verquickt mit der Tötungsforderung für Bewusstlose, Behinderte oder andere Personen, die nicht oder nicht mehr für sich sprechen können, auf Verlangen anderer oder der Gesellschaft. Bei Hoche folgen aus diesen Nützlichkeits- und Wertüberlegungen dann für die zweite Gruppe die bekannten Hetzbegriffe "nutzlose Esser", "leere Menschenhülsen" und "Ballastexistenzen".

Die Euthanasie im Nationalsozialismus

Was die Nationalsozialisten mit dieser Ausgangslage gemacht haben, ist bekannt. Sie haben

wie Berthold in Arthur Schnitzlers Roman sagt, jede Sentimentalität und Schwäche und jede Menschenliebe überwunden und das Leben von hunderttausenden Menschen mit

⁵ ebenda. 33

⁶ ebenda, 31 f

⁷ ebenda. 29

psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung vernichtet, weil das in ihren Augen das „allgemeine Wohl“ verlangt hat. Die nackten Zahlen;

- 5.000 Opfer der so genannten Kindereuthanasie, einem Massenmord an behinderten Kindern, die ab 1939 einem Reichsausschuss gemeldet werden mussten und der die Einweisung in sog Kinderfachabteilungen veranlasste, hier wurden die Kinder, oft nach medizinischen Versuchen und Beobachtungen, durch Medikamente getötet.
- 70.000 Opfer in der sog. T-4 Aktion, der Massenmord durch Gas in 6 dafür errichteten Gastötungsanstalten, auch Meldebogeneuthanasie genannt, weil hier die berüchtigten Meldebögen in den Anstalten ausgefüllt werden mussten, in denen Diagnose, Chronizität, Pflegeaufwand und Arbeitsfähigkeit eingetragen wurde – übrigens auch das Kennzeichen Jude – und die in der Tiergartenstraße 4, in Berlin in der Zentrale der Euthanasie, mit „plus“ für Euthanasie und „minus“ für Zurückstellung im Sinne eines „abgestimmten Expertenurteils“ über Leben und Tod der Patienten entschieden wurde.
- Und 200.000 Opfer nach dem Stopp der T4 ab August 1941, der Massenmord durch Hunger, Nichtbehandeln von Krankheiten und Überdosierung von Medikamenten, die sog. dezentrale Euthanasie in über 100 Heil- und Pflegeanstalten quer durch das ganze Reichsgebiet.

Aus Bremen sind insgesamt 988 Patientinnen und Patienten in auswärtige Anstalten deportiert worden, über 70% von ihnen in den Tod. Die größten Transporte gingen nach Hadamar und nach Meseritz-Obrawalde. Die überwiegende Zahl der Opfer fällt in die Phase der dezentralen Euthanasie. Sie wurden also Opfer von Hunger, Medikamentenüberdosierungen und dem Nicht-Behandeln von Krankheiten. Unter den Bremer Opfern war auch eine Reihe von Kindern, unter anderem 31 Kinder, die in die Lüneburger „Kinderfachabteilung“ verlegt und dort getötet wurden. Die beiden Bremer Anstaltsleiter der Bremer Nervenlinik, Theodor Steinmeyer und Walther Kaldewey, gehörten schon früh zum Kreis der T-4 Aktivisten. Beide waren Gutachter der T-4, beide waren an der Beratung des Euthanasiegesetzes von 1940/41 beteiligt.

Adolf Hitlers im Oktober 1939 verfasster fünfzeiligen sog. Euthanasie-Erlass, in dem die Gewährung des Gnadentodes, der Terminologie Binding und Hoches folgend, freigegeben wurde, reicht vielen Mittätern nicht. Sie forderten eine gesetzliche Grundlage woraufhin die Kanzlei des Führers unter Einbeziehung der damals wichtigsten Psychiater des Reichs, darunter Steinmeyer und Kaldewey, ein Euthanasie-Gesetz erarbeitet, was, soweit dies heute rekonstruierbar ist, zwei schlichte Paragraphen haben sollte. Paragraph 1 sollte lauten: „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 den Arzt erhalten.“ Und Paragraph 2 sollte so gefasst werden: „Das Leben eines Kranken, der infolge unheilbarer Geisteskrankheit sonst lebenslänglicher Verwahrung bedürfen würde, kann durch ärztliche Maßnahmen unmerklich für ihn beendet werden.“⁸ Das Gesetz wird nicht erlassen, um den Fortgang der in den Augen der Nationalsozialisten erfolgreichen, getarnten Mordaktionen nicht zu gefährden.

Wie lässt sich das kaum Erklärbare erklären?

Wie kam es, dass ausgerechnet Ärzte und insbesondere Psychiater, deren hippokratische Verpflichtung die des Patientenwohls ist, zu solchen Handlungen fähig waren?

Historisch kann die Anfälligkeit der Medizin für die Wert-Unwert-Beurteilung des menschlichen Lebens zum einen mit dem Erleben der therapeutischen Frustration erklärt werden, wie sie beispielsweise in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts bedingt durch die im Ersten Weltkrieges massenweise gesehenen, aber nicht therapeutisch versorgbaren Hirnverletzten nachvollziehbar ist. Eine andere historische Erklärung ist die der radikalen Heilungsoption, womit die Anfälligkeit der Ärzte, insbesondere der Psychiater, im Dritten Reich für die Euthanasie nachvollziehbar wird, da die meisten Euthanasietäter durchaus Vertreter der sogenannten „aktiven Therapie“ waren, die gerade in der Psychiatrie und auch in der Behindertenhilfe in Gestalt von Insulinschocks, Elektroschocks, Eigenblutbehandlungen und Röntgentief-bestrahlungen zum Einsatz kamen, dann aber bei dem unausweichlichen Misserfolg die aggressiven Impulse dieses Heilungsoptimismus

⁸ Roth, Aly 1984, 24

beförderten und die Zustimmungsbereitschaft zur Vernichtung ermöglichten. Weitere Umstände, die in der historischen Forschung aufgeführt werden, sind die Verknappung der Mittel in den Heimen und Psychiatrien und damit die Produktion von Verhältnissen, die aus sich heraus so unerträglich waren, in denen eine Haltung des relativierten Humanismus zum Tragen kam, die Schwächeren, deren Tötung oft als humaner als das Weiterexistieren unter widrigsten Bedingungen anzusehen war, zu opfern, um die Stärkeren zu schützen.

Welche Bedeutung hat diese Geschichte heute für uns?

Hat sie überhaupt eine Bedeutung, können wir überhaupt etwas daraus lernen oder zumindest ableiten?

Die erste rechtliche und ethische Antwort: der Nürnberger Ärzteprozess und der Nürnberger Kodex. Berühmt ist die Charakterisierung der Euthanasie im Nationalsozialismus durch den US-amerikanischen Berichterstatter des Nürnberger Ärzteprozesses Leo Alexander von 1949:

„Der Anfang war eine feine Verschiebung in der Grundeinstellung der Ärzte. Es begann mit der Akzeptanz der Einstellung der Ärzte, dass es bestimmte Leben gibt, die nicht wert sind gelebt zu werden. Diese Einstellung umfasste in seiner frühen Ausprägung die ernsthaft und chronisch Kranken. Allmählich wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einbezogen wurden, ausgeweitet auf die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassistisch Unerwünschten ... es ist wichtig zu erkennen, dass die unendlich kleine Eintrittspforte, von der aus diese ganze Geisteshaltung ihren Lauf nahm, die Einstellung gegenüber nicht rehabilitierbar Kranken war.“⁹

Zweierlei erscheint mir an der Aussage Alexanders wichtig:

- das Gedankenmuster von Selektion und Ausmerze kann sich aus dem ärztlichen Ethos heraus entwickeln, die Unterscheidungen zwischen lebenswert und lebensunwert sind ihm inhärent und können unter bestimmten Umständen prioritär werden und
- eine geringfügige Verschiebung in der Grundeinstellung kann sich Schritt für Schritt auf einer schiefen Ebene zu Brutalität und Massenmord entwickeln.

⁹ Alexander 1949, 44

Das ist das Argument der „schiefen Ebene“, auf der es kein Halten mehr gibt, das „slippery-slope“- Argument, als dessen Urheber Alexander gelten kann und für das er in den USA stets angefeindet wurde.

Das für die heutige Auseinandersetzung zweifellos wichtigste Dokument des Nürnberger Ärzteprozesses ist der Nürnberger Kodex, der 1947 von den Nürnberger Richtern als ethische Antwort auf die Medizinverbrechen im Nationalsozialismus formuliert wurde, aber einen universellen Gültigkeitsanspruch für eine humane Medizin hat. „Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich“ heißt der erste Satz dieses Nürnberger Kodex. Im weiteren schreibt der Kodex vor, dass der Versuchsperson vor ihrer Entscheidung das Wesen, die Dauer, der Zweck, die Methode, die Mittel, sowie die Unannehmlichkeiten und Gefahren des Versuchs klargemacht werden müssen und sie dies alles verstehen muss. Das medizinische Experiment wird damit eindeutig an den Informed Consent der Versuchsperson gebunden, die freiwillige informierte persönliche Einwilligung nach bestmöglicher Aufklärung, wie dieser Grundsatz später in den Formulierungen des Weltärztebundes genannt wurde und auf alle Behandlungen im Gesundheitswesen ausgeweitet wurde. Neben der selbstbestimmten Einwilligung des Patienten als notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung des medizinischen Handelns formuliert der Nürnberger Kodex gleichzeitig die unbedingte Verantwortung des Arztes für sein Handeln und setzt so zwischen den menschenrechtlichen Ansatz der Einwilligung und den hippokratischen Ansatz der ärztlichen Verantwortung ein ‚und‘. Wie dieses „und“ zu gestalten ist, wie der Ausgleich zwischen individueller Selbstbestimmung, Gemeinwohl – heute auch Public Health – und Gerechtigkeit auszutarieren ist, ist der Stoff der heutigen Debatten in der Medizinethik.

Aber was können wir weiter aus dem, was geschehen ist, ableiten?

Anton Leist, der bis 2012 den Lehrstuhl für Praktische Philosophie in Zürich innehatte, antwortete mir vor wenigen Jahren auf eine entsprechende Frage, dass er selbstverständlich davon ausgehe, dass man aus der Geschichte lernen könne, die Lektion heute aber gelernt sei. Rassistische und fremdenfeindliche Ressentiments in der Medizin seien überwunden, das unabdingbare Bekenntnis zur Menschenwürde und zur

Selbstbestimmung sei fest etabliert. Unsere Vorstellungen heute basierten vorrangig auf Freiheit, nicht auf Ideologien. Die alte Geschichte sei wirklich eine alte und die neue habe vor dem Hintergrund der wachsenden Ungewissheit, was den Menschen eigentlich ausmacht, neue Probleme.

Angesichts der Entwicklungen in der Genetik kann man der These, dass es, wenn auch nicht um neue Probleme, aber um neue Dimensionen von Problemen handelt, natürlich nur anschließen. Offen bleibt aber, ob die Lektion wirklich gelernt ist.

Der Philosoph und Theologe Richard Schröder sieht es anders. Das einfache Lernen aus der Geschichte sieht er kritisch. Vielmehr verweist er auf die Unterschiedlichkeiten, die wir zwischen gestern und heute erfassen sollten, um Fragen zu stellen, um etwas zu verstehen, und um durchaus Schlussfolgerungen aus der Geschichte zu ziehen.

Die ethisch bedeutsamen Fragen für heute lassen sich vor dem Hintergrund der Geschichte so formulieren:

- Kann die Bindung der neuen brennenden Fragen der modernen Medizin (Reproduktionsmedizin und medizinische Versorgung am Lebensende) an die individuelle Selbstbestimmung diese aus ihrer Vorgeschichte, der Geschichte der Eugenik und der Euthanasie, herauslösen?
- Ist die Bindung an die Selbstbestimmung des Einzelnen – ohne die Verantwortung der Medizin – eine stabile Grenze gegen Fremdbestimmung und Instrumentalisierung?

Ein Blick in die Niederlande zeigt,

die Bedeutung des Selbstbestimmungsarguments, aber auch sein Dilemma. Ausgangspunkt der Euthanasiegesetzgebung in den Niederlanden ist die Selbstbestimmung, die Anerkennung der persönlichen Freiheit jedes Einzelnen, über sein Leben und auch sein Ende zu entscheiden. Sie haben deshalb ein Gesetz mit einer Kriteriologie, sog. Sorgfaltskriterien, bei deren Vorliegen ein Arzt einen Patienten töten darf. Aber: zwischen 1990 und 2001 dokumentierten die Niederländer nicht nur anfangs

2.300¹⁰, zum Ende dieser Periode 3.650 Fälle/Jahr¹¹ gesetzlicher, d.h. persönlich eingewilligter Euthanasie, sondern auch jeweils 900 -1.000 Fälle /Jahr uneingewilligter Euthanasie.¹² Der Grund für diese dem Gesetz widersprechenden, aber durchaus offengelegten Fälle: es habe bei diesen Menschen keine Aussicht auf Besserung bestanden und man habe diese Patienten nicht – weil nicht mehr ansprechbar oder weil behindert – befragen können¹³, wollte ihnen aber aus Gründen der Gleichbehandlung die Segnung der Euthanasie nicht vorenthalten. Die alte Doppelgesichtigkeit der Euthanasie kehrt wieder. Noch deutlicher wird die Entfernung vom Selbstbestimmungsargument bei der Kindereuthanasie: Der Groninger Kinderarzt Eduard Verhagen hat nach seinem eigenen Bericht zwischen 1997 und 2004 22 behinderte Kinder im Alter von 0-22 Jahren mit Zustimmung der Eltern getötet, überwiegend wegen extrem niedriger Lebensqualität.¹⁴ Der niederländische Gesetzgeber – zunächst alarmiert – hat nach längeren Diskussionen diese Praxis durch das sog. Groningen Protokoll legalisiert. Bei Feststellung „ernsthaften Leidens“, Zustimmung der Eltern und genauer Dokumentation und Meldung dürfen seither schwerstbehinderte Kinder getötet werden.

Man kann es so zusammenfassen: die Bindung der Tötungsentscheidung an die Selbstbestimmung bildet keine stabile Grenze gegen Fremdbestimmung und gegen weitere Ausweitungen. Alte Lebensunwert-Entscheidungen über das Leben anderer kommen legitimiert mit dem Argument der Gleichbehandlung und bei Kindern über die Diktion der „mangelnden Lebensqualität“ zurück. Zwischen den alten sozialsanitären und wahnhaften Aufartungsvorstellungen im Nationalsozialismus und den Selbstbestimmungsidealen der modernen Euthanasiegesetzgebung gibt es selbstverständlich keine Kontinuität. Anton Leist hat recht, wenn er sagt, dass wir die alten Ideologien überwunden haben. Dennoch kehrt etwas wieder: die Abwertung des Lebens unter den Bedingungen von Behinderung und schwerer Erkrankung, die die ganze Debatte begleitet, die aber besonders dann ins Auge sticht, wenn sie durch Dritte, also durch Eltern oder gesetzliche Betreuer oder Vormünder geschieht, die über Leben und Tod entscheiden.

¹⁰ Maas 1996

¹¹ Onwuteaka-Philipsen 2003

¹² Maas 1996; Onwuteaka-Philipsen 2003

¹³ Rummelink 1991

¹⁴ Verhagen 2005

Kann der Blick auf Deutschland ermutigen?

Die aktive Sterbehilfe ist bei uns verboten. Also ja. Nicht ermutigen kann aber, was wir unterhalb dieser Schwelle im Bereich der Ausweitungen der sog. passiven Sterbehilfe eher subkutan erleben. Am Anfang dieser Entwicklung standen Einzelfälle, wie der sog. Kemptener Fall, bei dem eine 72-jährige Wachkomapatientin, bei der das Gericht den Abbruch der lebenserhaltenen künstlichen Ernährung als „zulässiges Sterbenlassen“ in diesem Einzelfall erlaubt hatte, weil dies vom mutmaßlichen Willen der Betroffenen gedeckt sei. Aus diesem als Ausnahme genehmigten Fall einer Sterbehilfe für Nicht-Sterbende ist heute allgemeine Praxis geworden. Der Abbruch oder die Unterlassung einer lebenserhaltenden Maßnahme ist heute nicht mehr strikt an das Eintreten eines irreversiblen tödlichen Verlaufs gebunden, sondern kann unabhängig vom Krankheitsverlauf und der Todesnähe durch die Willenserklärung oder – auch nur die Mutmaßung eines entsprechenden Willens des Betroffenen erfolgen.

Man kann es so ausdrücken: Der Patient stirbt dann nicht mehr, wie bei der klassischen passiven Sterbehilfe, an dem nicht weiter aufgehaltene, irreversiblen Krankheitsverlauf, sondern an der Vorenthaltung einer Behandlung. Aktiv und passiv verschwimmen damit immer mehr. Durch die Gleichbewertung von persönlicher Erklärung in einer Patientenverfügung und sog. mutmaßlichen Willen, können heute weit im Vorfeld der Sterbephase durch den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen alte Urteile über lebenswerte und lebensunwerte Leben durch Dritte Raum greifen.

Ich komme zu meinen Schlussfolgerungen:

Heute geht es ganz sicher nicht darum, worum es Berthold in Arthur Schnitzlers Roman ging, Menschen mit Behinderung oder schwerer Erkrankung zu töten, um das Wohl anderer Menschen zu mehren. Aber es geht um eine stetige Veränderung gesellschaftlicher Normen, was die Soziologie „shifting the baseline“ nennt. Immer mehr Zustände des Lebens werden mit unerträglichem Leiden gleichgesetzt und immer häufiger wird dieses Leiden gleichgesetzt mit „abkürzungswürdig mit den Mitteln einer tötenden Medizin“. Eine Entwicklung, die insbesondere bei der Ersetzung des persönlichen Willens als

Legitimationsgrundlage durch den mutmaßlichen Willen, Menschen trifft, die behindert sind, schwerkrank oder sich, wie behinderte Kinder, aus anderen Gründen nicht äußern können.

Strategische Überlegungen in den Debatten über die Ausweitung der passiven Sterbehilfe, insbesondere bei der Gesetzgebung zur Patientenverfügung, gingen dahin, durch Öffnungen und Erweiterungen den Ruf nach aktiver Sterbehilfe ein für alle Mal zu stoppen. Heute wissen wir aus der vehementen Debatte über die Legalisierung der Suizidbeihilfe, dass diese Rechnung nicht aufgegangen ist. Ebenso wenig wird die Rechnung aufgehen, über eine immer weitergehende Verbesserung der Palliativmedizin, dieses Ziel zu erreichen. Wir werden in Zukunft auch bei einer bescheidenen kurativen Medizin, die nicht mehr alles macht, was gemacht werden kann, und einer überall erreichbaren Palliativmedizin etwas 5-8% Menschen haben, die Suizidbeihilfe und auch aktive Sterbehilfe für sich fordern werden.

Sollen wir das hinnehmen, ja tolerieren, als Kennzeichen einer modernen pluralistischen Gesellschaft? Auch wenn wir wissen, dass der Niederländische Traum, der moderne Traum, die Euthanasie durch ihre strikte Bindung an die persönliche Einwilligung zu beschränken, ausgeträumt ist und es gefährliche Mitnahmeeffekte gibt, in denen alte Gedankenmuster von Lebenswert und Lebensunwert re-aktualisiert werden? Ich meine Nein.

Es sollte uns um historisch informierte und verantwortungsvolle Hinterfragungen des heutigen Handelns gehen. Wie entscheidend das sein kann zeigt sich am Beispiel der Sedierung am Lebensende bei schwersten Erkrankungen. Während in den Niederlanden ganz offen der Terminus „terminale Sedierung“ gebraucht und praktiziert wird – Sedierung mit dem Ziel der Verkürzung des Lebens – hat die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin für die wenigen Fälle stärkster Belastungen körperlicher und seelische Art am Lebensende Richtlinien für die „palliative Sedierung“ aufgestellt, die nur das Ziel haben, Schmerzen zu nehmen. Sedierte wird nur stundenweise, so dass die Sedierung jederzeit zurückgenommen werden kann und die Patienten zwischendurch in kurzen Zeiten verminderter Belastung noch klar am Leben teilnehmen können.

Vor dem Hintergrund der Geschichte, besser eingedenk der Verführbarkeit der Medizin und der Mediziner, geht es meiner Ansicht nach um solche Differenzierungen gerade in der Intention der Handelnden, um die Medizin vor einer Entwicklung zu bewahren, die das Euthanasieren wieder als Bestandteil medizinischen Handelns ausweist.

Literatur

Alexander L, Medical Science Under Dictatorship, New England Journal of Medicine, July 14, 1949, 44.

Binding K, Hoche A: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig. 1920.

Jost A.: Das Recht auf den Tod. Sociale Studie, Göttingen, 1895, zit. nach Benzenhöfer, U, Der gute Tod?, München, 1999.

Maas van der PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Bosma JM, Willems DL: Euthanasia, physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990 – 1995. N Engl J Med 1996; 335: 1699 – 1705.

Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Ruruo ML, Vrakking AM, Georges JJ, Muller MT, van der Wal G, van der Maas PJ: Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001, Lancet 2003, 362: 395-399.

Rommelink-Report: Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie, Medische beslissingen rond het levensende, Onderzoek en Rapport, 's – Gravenhage. Sdu-1991.

Roth KH, Aly G: Das Gesetz über Sterbehilfe bei unheilbar Kranken, in: Roth KH (Hg.) Erfassung zur Vernichtung, Berlin 1984.

Schnitzler A: Der Weg ins Freie, Erstaufage 1908. Neuauflage: Frankfurt 2002.

Verhagen E, Sauer PJJ: The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely ill Newborns, N Eng J Med 2005; 359: 995-962.

Michael Wunder

geb. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,

Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung;

Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien;

Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik,

Mitglied der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, Mitglied des Deutschen Ethikrats seit 2008

Korrespondenzadresse:

Evangelische Stiftung Alsterdorf

Beratungszentrum Alsterdorf

Paul-Stritter-Weg 7

D - 22297 Hamburg

Tel: + 49 – 40 – 50773566,

Fax: + 49 – 40 – 50773777,
e -mail: m.wunder@alsterdorf.de