

I. Kästner

Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen auf die Medizin

Nach Errichtung der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland traten sehr bald Gesetze und Maßnahmen in Kraft, durch die jede Opposition verfolgt, als „nichtarisch“ definierte Bürger diskriminiert und diese ebenso wie chronisch Kranke und Leistungsschwache physisch vernichtet werden sollten. Eine menschenfeindliche Rassen- und Leistungs-ideologie, die der Vorbereitung und Führung eines Angriffskrieges diene, wirkte sich auch gravierend auf die Ziele, Strukturen und Aktivitäten im Gesundheitswesen aus, auf das ärztliche Selbstverständnis, auf medizinische Fakultäten und medizinische Forschung und vor allem auf das Schicksal unzähliger Patienten und Ärzte.

Nachdem erst spät mit der Aufarbeitung der Medizin im Nationalsozialismus begonnen wurde, scheint, wie Umfragen unter Medizinstudenten belegen (Langkafel, P., Drewes, T., Müller, S., 2002), noch immer das Wissen darum äußerst gering. Dazu kommt, dass eine oberflächliche Gleichsetzung „der zwei Diktaturen auf deutschem Boden“ – sei es aus historischer Unkenntnis, bewusstem Verdrängen oder politischem Kalkül – die NS-Verbrechen bagatellisiert. Denn, wie Frei zu Recht feststellt, liegt „Über der Geschichte der Medizin und der Gesundheitspolitik in der NS-Zeit [...] der Schatten eines singulären Grauens“ (Frei, N., 1991, S. 7). Besonders in der Medizin zwingen auch aktuelle ethische Diskussionen, zum Beispiel zu Patientenrechten, Sterbehilfe oder zum Altern in der Leistungsgesellschaft (Schroeter, K. R., 2005), sich in Anbetracht historischer Erfahrungen äußerst sorgsam und verantwortungsbewusst mit der Problematik auseinander zu setzen. Voraussetzung dafür ist allerdings das Wissen um historische Fakten und Zusammenhänge. Hält man sich das Ausmaß der Diskriminierungen, Vertreibungen, Zwangssterilisierungen, Krankentötungen, die Opfer des Holocaust und die Millionen Kriegsoffer – denn alles dies ist nicht zu trennen – vor Augen, so taucht immer wieder die berechtigte Frage auf: Wie war so etwas möglich?

Ohne hier genauer auf Entstehung und Inhalte der NS-Ideologie eingehen zu können (dazu zum Beispiel bei Poliakov, L., Wulf, J., 1989; Kershaw, I., 1999), sollen einige der besonders für die Medizin relevanten Theorien und Voraussetzungen für deren Indienstnahme erläutert werden, um dann auf die vielfältigen Auswirkungen, auch unter Berücksichtigung der Situation in Sachsen, einzugehen.

Voraussetzungen für die Indienstnahme der Medizin im Nationalsozialismus

Biologismus

Im 19. Jahrhundert entstanden Gesellschaftstheorien, die – auf den als richtig erkannten Gesetzen der belebten Natur basierend – alle menschlichen Verhaltensweisen und sozialen Beziehungen nur biologisch erklärten (Mann, G., 1973). So übertrug man die Virchowsche Zellulärpathologie auf die menschliche Gesellschaft, indem man das Individuum gleichsetzte mit der einzelnen Zelle, deren Krankheit das Organ und den ganzen Organismus – also die gesamte Gesellschaft – zerstören könne.

Sozialdarwinismus

Das 1859 erschienene Buch von Charles Darwin „On the Origin of Species by Means

of Natural Selection or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life“, in dem Darwin als Ursache für den Ursprung der Arten den „Kampf ums Dasein“ sah, entfachte einen Streit, ob dies auch auf den Menschen anwendbar sei. Als Darwin zwölf Jahre später in seinem Werk „The Descent of Man and the Selection in Relation of Sex“ seine Theorie schließlich auf den Menschen übertrug, hatte dies weitreichende Konsequenzen: Der Mensch unterlag nun dem Naturgesetz der Evolution, und vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und wirtschaftspolitischen Situation der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die auch die Malthus'sche Übervölkerungstheorie zu bestätigen schien, wurden der „Kampf ums Dasein“ und die Selektionstheorie auf die menschliche Gesellschaft bezogen. Während nach Darwins Meinung trotz einer daraus resultierenden „Verschlechterung der

Art“ Hilfe für die Schwachen „zum edelsten Teil“ der menschlichen Natur zählte, war für die Sozialdarwinisten der „Kampf ums Dasein“ beherrschendes Prinzip und ließ keinen Raum für ethische Bedenken (Nowak, K., 1984; Schmuhl, H.-W., 1992).

Degenerationstheorie

Die Psychiatrie, um 1850 in Frankreich als erste Fachmedizin etabliert, sah sich aufgrund der Asylierung der Kranken zunehmender öffentlicher Kritik ausgesetzt und suchte zugleich nach einem neuen theoretischen Konzept der Erklärung von Geisteskrankheiten, da weder der psychologische Ansatz noch das organische Konzept (Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten) eine befriedigende Erklärung geliefert hatten (Kästner, I., 1994). Auch die deprimierenden Therapieergebnisse führten dazu, dass die Psychiater Geisteskrankheit zunehmend als chronischen, unheilbaren Zustand betrachteten, dessen Ursache beim Patienten, in dessen Konstitution, pathologischer Anlage und krankhafter Vererbung lag. Der Geisteskranke wurde zum Degenerierten (Magnan, V., 1892), ebenso wie der „geborene Verbrecher“ (Greve, Y., 2004), vor deren schlechtem Erbgut sich die Gesellschaft durch eine rigorose „soziale Hygiene“ zu schützen hatte (Mann, G., 1985).

Rassentheorien

Die Kolonialmächte des 19. Jahrhunderts bedienten sich zur Rechtfertigung ihrer Kolonialkriege und der Ausbeutung der Kolonien der Theorie von der Existenz „höherer“ und „niederer“ Rassen, wobei der „weißen Rasse“ das Primat zugeschrieben wurde. Nach dem Ersten Weltkrieg erstarkte der nordische Rassenkult, und nach 1933 wurde der Führungsanspruch eines „nordischen Menschen arischer Rasse“ propagiert. Der seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts verbreitete Rassen-Antisemitismus, der sich auch gegen moderne Entwicklungen in der Medizin wandte, wobei jüdischen Ärzten und Wissenschaftlern „seelenlose Technisierung der Medizin“ unterstellt wurde, verstärkte sich nach dem Ersten Weltkrieg und wurde in militanter Form Bestandteil von NS-Politik und Gesetzgebung (Kümmel, W. F., 1988).

Eugenik und Rassenhygiene

Utopien der Menschenzüchtung sind bereits sehr alt – die wahrscheinlich älteste findet sich in Platons „Staat“. Doch vor dem Hintergrund der Rezeption der Darwinschen Lehre

im 19. Jahrhundert sowie der durch die Fortschritte der Medizin begründeten Angst vor einer Zunahme „Minderwertiger“ und „Degenerierter“ mit der Gefahr des „Untergangs des Abendlandes“ entstand die Erblehre, und zwar in England unter der Bezeichnung „Eugenik“, in Deutschland als „Rassenhygiene“ (Weingart, P., Kroll, J., Bayertz, K., 1988). „Positive Eugenik“ sollte die Fortpflanzung der „Tüchtigen“ fördern, „negative Eugenik“ die Fortpflanzung „Minderwertiger“ verhindern, wobei eine Sterilisierung bei Einwilligung der Betroffenen auch von Ärzten befürwortet wurde. Die seit 1925 mehrfach im Preußischen Landtag eingebrachten Vorschläge zur Sterilisierung wurden bis 1932 alle abgelehnt.

Euthanasie

Die Diskussionen um eine „Euthanasie“ (griech., Vorsilbe eu- = gut, thanatos = Tod, also „guter Tod“ im Sinne eines würdigen Sterbens), später missbräuchlich verwendet als „Gnadentod“ für die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, begannen mit dem Problem der „Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung“, die juristisch nie legalisiert wurde. Sowohl die 1895 erschienene Streitschrift von Adolf Jost „Das Recht auf den Tod“ (Jost, A., 1895) als auch eine entsprechende Diskussion in der Zeitschrift „Monistisches Jahrhundert“, die im Auftrag des 1906 gegründeten Deutschen Monistenbundes von Wilhelm Ostwald herausgegeben wurde, beschäftigten sich vor allem mit dem „Tod auf Verlangen“. Die Meinungen dazu blieben uneinheitlich. Eine Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ wurde durch Juristen und Ärzte gleichermaßen abgelehnt, doch verhungerten schon während des Ersten Weltkrieges alleine in Sachsen mehr als 6000 Anstaltspatienten. Einen Bruch mit den herrschenden Rechtsauffassungen stellte die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ des Juristen Binding und des Psychiaters Hoche dar (Binding, K., Hoche, A. E., 1920). In der wirtschaftlich katastrophalen und geistig deprimierenden Situation nach dem Ersten Weltkrieg übertrug der Leipziger Jurist Binding sozialdarwinistisches Denken in das Rechtsverständnis, indem er einem Menschenleben, nur noch als „Rechtsgut“ betrachtete, selbst diesen Wert unter Umständen glaubte absprechen zu können, und der Freiburger Psychiater Hoche befürwortete die Tötung „unheilbar Blödsinniger“, die er auch als „geistig Tote“, „Defektmenschen“, „Ballast-

existenzen“ oder „leere Menschenhülsen“ bezeichnete, weil ihr Unterhalt für die Gesellschaft eine unverantwortliche Belastung bedeute. Weltwirtschaftskrise, Inflation und Arbeitslosigkeit, „Dolchstoßlegende“ und Abneigung gegen die Weimarer Republik führten in Deutschland zum Erstarken antidemokratischer Strömungen und einer fortschreitenden „Auflösung der Weimarer Republik“, die schließlich mit Hitlers Machtübernahme direkt in die Diktatur führte. Hatte während der 20er Jahre die NSDAP nie eine wirkliche Rolle in der deutschen Politik gespielt, so konnte sie jetzt – mit dem Heilsversprechen der Führung aus dem Massenelend – ihr Programm, in dem sich der Einzelne einer fiktiven „Volksgemeinschaft“ unterzuordnen hatte, mit Demagogie und Gewalt durchsetzen.

Auswirkungen der Indiennahme der Medizin durch das NS-Regime

Gleichschaltung im Gesundheitswesen

Schon sehr früh hatten sich einige Mediziner der NS-Ideologie verbunden gefühlt. Sie waren meist aktive Teilnehmer des Ersten Weltkrieges gewesen, hatten sich danach in nationalistischen Organisationen oder in Freikorps organisiert und unterstützten Hitler zunächst aus ideellen Motiven (Lilienthal, G., 1985). Im Zusammenhang mit überfüllten Hochschulen, dem Dilemma der jungen Ärzte ohne Praxis und gravierenden ökonomischen Schwierigkeiten kam es zu einer zunehmenden Radikalisierung mit Antisemitismus, Rassismus und Akzeptanz eugenischer Ideen. Der am 3. August 1929 mit zunächst 50 Mitgliedern gegründete „Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund“ (NSDÄB) umfasste 1934/35 bereits 14.500, 1942 sogar 46.000 Mitglieder. Mit 45 Prozent Mitgliedschaft in der NSDAP (Lehrer 22,5 Prozent) und 26 Prozent SS-Mitgliedern unter den männlichen Ärzten war keine andere akademische Berufsgruppe organisatorisch so eng mit dem System liiert (Müller, P., 1996). Zwar schränkten die Anordnung zur Schaffung eines Amtes/Hauptamtes für Volksgesundheit bei der Reichsleitung der NSDAP (Juni 1934), das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 (das auch eine Abkehr von der Gesundheitsfürsorge der Weimarer Republik bedeutete) sowie der Erlass der Reichsärzteordnung (13. Dezember 1935) den Aktionsradius des NSDÄB ein, der als aktiver Verfechter der NS-Ideologie bei

der „Gleichschaltung“ der Ärzte und der Vertreibung „nichtarischer“ und politisch missliebiger Fachkollegen bereits eine wesentliche Aufgabe erfüllt hatte, doch wurde der NSDÄB nun vor allem für die rassenhygienische Propaganda und die Durchsetzung der nationalsozialistischen „Gesundheitsführung“ gebraucht. Das Gesundheitswesen wurde streng nach dem „Führerprinzip“ strukturiert und auf Kriegsaufgaben vorbereitet, „Gesundheitspflege und Rassenpflege“ definierte man als Grundlagen der Staatspolitik (Labisch, A., Tennstedt, F., 1991)

Vertreibung von „Nicht-Ariern“ und Demokraten aus Praxen und Hochschulen

Erste Maßnahmen zur Ausschaltung jüdischer Ärzte erfolgten sehr rasch: Nachdem NSDÄB und ärztliche Spitzenverbände am 24. März 1933 die „Gleichschaltung“ der deutschen Ärzteschaft beschlossen hatten und wenig später Gerhard Wagner, Vorsitzender des NSDÄB, die „Entfernung von Juden und Marxisten aus den Vorständen und Ausschüssen“ gemeldet hatte, kam es am 1. April 1933, dem „Tag des allgemeinen Judenboykotts“, zu ersten gewalttätigen Ausschreitungen. Es folgte eine Vielzahl von Gesetzen und Maßnahmen zur menschlichen und fachlichen Diffamierung jüdischer Ärztinnen und Ärzte, die ihnen eine Berufsausübung unmöglich machten („Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 2. April 1933; Verordnung vom 22. April 1933 zum Ausschluss von „Kassenärzten nichtarischer Abstammung sowie von Kassenärzten, die sich im kommunistischen Sinne betätigt haben“; „Gesetz gegen die Überfüllung der deutschen Schulen und Hochschulen“ vom 25. April 1933, das den Anteil von „Nichtariern“ an höheren Bildungsanstalten drastisch einschränkte; Verbot jeder Zusammenarbeit von „arischen“ Ärzten mit „Nichtariern“; Ausschluss bei Prüfungszulassung und Approbation von Kandidaten „nichtarischer“ Abstammung durch die geänderte Prüfungsordnung vom 5. Februar 1935; Entzug der Bestallung der noch verbliebenen jüdischen Ärzte zum 30. September 1938 mit der „Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz“ vom 25. Juli 1938). Anfang 1933 gab es insgesamt etwa 52.500 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, darunter schätzungsweise 8.000 bis 9.000 jüdische (bzw. durch bürokratische Festlegungen als „jüdisch“ oder „nichtarisch“ definierte), von denen Ende 1938 noch 709 als „Krankenbehandler“ für jüdische Patienten übrig geblie-

ben waren, von denen nur einigen in letzter Minute noch die Emigration gelang, die anderen aber – oft mit ihren Patienten – den Weg in die Vernichtungslager antreten mussten (Kümmel, W. F., 1989).

Auf das Ausmaß der Vertreibungen in Sachsen kann man aus genaueren Untersuchungen zu einzelnen Städten oder Kreishauptmannschaften extrapolieren. Von den zwischen 1928 bis 1938 in den Kreishauptmannschaften Dresden-Bautzen, Chemnitz und Zwickau meist in eigener Praxis tätigen 158 jüdischen Ärzten emigrierten 35 (nur drei davon kehrten nach 1945 nach Deutschland zurück); nachweisbar sind sieben Ärzte ermordet worden, einer der Ärzte beging Selbstmord; einige überlebten das Konzentrationslager (Herrlich, M., 1996).

Alleine für die Stadt Leipzig ist davon auszugehen, dass es hier vor 1933 unter den etwa 1000 Ärzten 130 jüdische Fachkollegen gab, davon mindestens 60 in eigener Niederlassung. 1935 waren offiziell noch 54 Ärzte jüdischer Herkunft bei den Kassen zugelassen, Ende 1938 nur noch 18 widerruflich als „Krankenbehandler“ (Hebenstreit, U., 1997). Durch die zunehmenden Repressalien zur Emigration gezwungen (wie der in Nazi-Kreisen als „eingefleischter Marxist“ denunzierte Chirurg und Urologe Hans Goldmann, der 1938 über Frankreich in die USA emigrierte), beim Novemberpogrom umgebracht (wie der HNO-Arzt Felix Cohn, der seine Praxis gegen die Eindringlinge verteidigen wollte), durch Suizid umgekommen (zwischen 1939 und 1945 sind in Leipzig alleine 54 Selbstmorde jüdischer Personen polizeilich registriert, wobei eine hohe Dunkelziffer anzunehmen ist) oder in die Vernichtungslager deportiert (wie die letzten Ärzte, Schwestern und Patienten des Leipziger Israelitischen Krankenhauses) – wie in ganz Deutschland wurden auch in Sachsen die Traditionen des jüdischen Medizinal- und Wohlfahrtswesens mit ihren Vertretern ausgelöscht (Hahn, S., 1994; siehe auch Scholz, A., Heidel, C.-P., 2000). Ebenso führte die Vertreibung von Wissenschaftlern in zahlreichen medizinischen Fachgebieten zum Abbruch vorwärtsweisender Entwicklungen, die zum Teil in den Aufnahmeländern der Emigranten erfolgreich fortgeführt werden konnten (Scholz, A., Heidel, C.-P., 2004). Die Gleichschaltung der medizinischen Fakultäten vollzog sich relativ reibungslos, so dass bereits Mitte 1933 unter den bis dahin als „Nichtarier“ oder politische Gegner über 750 entlassenen Wissenschaftlern alleine 235 aus

den Bereichen Medizin und Biologie stammten (Internat. Biogr. Dictionary, 1983). Auch von der Leipziger Universität vertrieb man bedeutende und engagierte Fachvertreter, wobei hier ebenfalls die Feststellung von Kröner zutrifft: „Die wissenschaftliche und, im weiteren Sinne, akademische Emigration war im wesentlichen eine jüdische Emigration, jüdisch allerdings im Sinne von ‚nicht-arisch‘ nach Maßgabe der rassistischen nationalsozialistischen Kategorien.“ (Kröner, H.-P., 1989)

Über die Schicksale jüdischer Ärzte in Sachsen und die Vertreibung jüdischer Ärzte aus Görlitz ist in diesem Heft an anderer Stelle Genaueres zu erfahren. Doch gibt es immer noch zahlreiche Desiderate, trotz verstärkter Bemühungen, nach mehr als einem halben Jahrhundert noch Überlebende oder deren Nachkommen aufzufinden und zu befragen (siehe Voswinckel, P., 2004). Im übrigen hat als erste medizinische Fachgesellschaft die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin die Schicksale ihrer verfolgten, vertriebenen und ermordeten Kollegen erforscht und dokumentiert (Seidler 2000) und sich auf einer öffentlichen Gedenkveranstaltung im Rahmen ihrer 94. Jahrestagung im Oktober 1998 in Dresden zur Schuld bekannt, tatenlos Unrecht geduldet oder daran mitgewirkt zu haben (Monatsschrift Kinderheilkunde, Suppl., 1999).

Gleichschaltung, Vertreibung jüdischer und „linker“ Kollegen aus den Praxen sowie Unterordnung von praktischer Arbeit und Forschung unter rassenhygienische und leistungsmedizinische Prinzipien vollzogen sich auch in der Zahnmedizin (Kirchhoff, W., 1987; Köhn, M., 1994; Heidel, C.-P., im Druck).

Auf die Nutznießer der NS-Politik, die ohne Hemmungen Praxen oder Lehrstühle ihrer vertriebenen Fachkollegen übernahmen, soll hier nicht eingegangen werden (zur Personal- und Berufungspolitik an medizinischen Fakultäten siehe bei Grau, G., Schneck, P., 1993). Es ist immerhin ein bemerkenswertes Detail, dass das Dresdener Ministerium die Forderung des Leiters des NS-Dozentenbundes, die Professoren Gildemeister, Gros und Lange sowie des Gauobmanns des NS-Ärztbundes, die Professoren Sellheim, Morawitz und Payr aus ihren Ämtern zu entfernen, ablehnte, da dies „die vollständige und restlose Auflösung der gesamten einst weltberühmten Medizinischen Fakultät in Leipzig“ bedeuten würde (StA Dresden 10202/8, Bl. 208f.).

Leistungsmedizin

Neben dem Rassenwahn spielte der Leistungsfanatismus eine dominierende Rolle in der NS-Medizin. Während man dem Gesundheitssystem der Weimarer Republik die Erziehung der Menschen zu Schwächlingen, Bummelanten und „Rentenjägern“ vorwarf, sollte die neue „Gesundheitsführung“ das deutsche Volk zur „erbbiologisch und rassisch erreichbaren Höchstform“ bringen mit dem Ziel, einen Angriffskrieg zur Eroberung von „Lebensraum“ zu gewinnen. In einem Buch mit dem programmatischen Titel „Kämpferische Vorsorge statt karitative Fürsorge“ (Kötschau, K., 1939) heißt es: „Die Sorge des neuen Staates gilt erstens der Erbgesundheit, zweitens der Hochleistungsfähigkeit des Volkes.“

Militärisch organisierte Reihenuntersuchungen und die Erfassung aller Daten in einem Gesundheitsstammbuch, das auch eine „Sippenschaftstafel“ enthielt, sollten in einer Erb- und Leistungskartei des gesamten Volkes münden. Gesundheit und Leistungsfähigkeit wurden ebenso synonym gebraucht wie Krankheit und „Verletzung der Gesundheitspflicht“ als Leistungsverweigerung, was nach 1936 durch ein genau reglementiertes Betriebsarztsystem (Karbe, K.-H., 1989) zur rigorosen Abnahme von Krankschreibungen, vermehrt zu Arbeitsunfällen und zur Vernichtung durch Arbeit führte. Die Forschung, bereits seit Emil Kraepelin mit Versuchen zur Leistungssteigerung befasst („Kraepelinsche Leistungskurve“), beschäftigte sich in den neuen Fachgebieten Arbeitsphysiologie und -psychologie schon in der Weimarer Republik, doch verstärkt nach 1933 und meist im Rahmen militärischer Forschungsprojekte mit Methoden der Leistungssteigerung (Kästner, I., 1989). Dazu zählte auch die Anwendung des Weckamins Pervitin, das zwar 1941 aufgrund seiner offenkundigen unerwünschten Neben- und suchterzeugenden Wirkungen unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt, in psychiatrischen Anstalten und beim Heer, zum Beispiel als Zusatz zur „Fliegerschokolade“, aber weiterhin großzügig angewendet wurde (Roth, K.-H., 1985). Für die Koordinierung der kriegswichtigen Forschungen auf dem Gebiet der Leistungs- und Wehrmedizin – wobei entsprechende Inhalte auch in die Lehre aller medizinischen Disziplinen aufzunehmen waren – wurde am 16. März 1937 der „Reichsforschungsrat“ gegründet. Viele der kriegswichtigen Forschungen stufte man als geheim ein, zum Beispiel die am pharmakologischen Institut

der Leipziger Universität durchgeführten Experimente zum Kampfstoff Lost. Da für zahlreiche leistungsmedizinische Probleme Forschungen an vorhandenen Institutionen nicht möglich waren, erfolgte die Gründung eigener leistungsmedizinischer Institute in Leipzig und in Stuttgart. Ziel ihrer Forschungen sollten Erhöhung bzw. rasche Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit, das heißt von Arbeits- und „Wehrfähigkeit“, sowie die Heraufsetzung des Leistungsalters sein. Am 5. März 1941 fanden unter Beteiligung von Reichsorganisationsleiter Ley, Gauleiter Mutschmann und dem Dekan der Leipziger Medizinischen Fakultät, Prof. Max Hochrein, die Verhandlungen über die Angliederung eines leistungsmedizinischen Institutes an Hochreins Medizinische Poliklinik statt. Finanziell unterstützt durch Deutsche Arbeitsfront und Industrie sowie gefördert durch seinen hochrangigen Patienten Mutschmann, konnte Hochrein – gegen den Protest von Fachkollegen, deren Räume er beanspruchte – das Institut zwar im April 1943 eröffnen, doch bereits im Dezember wurde es durch einen Luftangriff teilweise zerstört. Wie auf anderen Gebieten, so konnten auch in der leistungsmedizinischen Forschung aufgrund von Kompetenzstreitigkeiten, zunehmenden finanziellen Mängeln, kriegsbedingten Schäden und schließlich durch die verheerende Niederlage die hochgesteckten Ziele nicht annähernd erreicht werden (Meinel, C., Voswinckel, P., 1994).

Praktische Durchführung der NS-Rassenhygiene: Von den Zwangssterilisationen bis zur „Euthanasie“

Zwangssterilisationen

Während ein preußischer Gesetzentwurf von 1932 noch die Einwilligung des Patienten bei einer Unfruchtbarmachung vorsah, bedeutete das am 14. Juli 1933 verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, dessen Durchführungsbestimmung für Sachsen am 29. Dezember 1933 erlassen wurde, die Grundlage für massenweise Zwangssterilisationen. Im Zeitraum 1934 bis 1945 wurden in Deutschland 350.000 bis 400.000 Personen sterilisiert, nachdem vor allem Amtsärzte und Anstaltsärzte die Anträge gestellt hatten. Niedergelassene Ärzte, die bei den Meldungen zögerlich waren, wurden sofort verwarnet und ihnen mit Ausschluss von der kassenärztlichen Tätigkeit gedroht. In einer öffentlichen Mitteilung der Ärztekammer

Dresden-Bautzen von 1934 (Deutsches Ärzteblatt 64/1934, S. 776), wonach bis April 1934 pro Arzt in diesem Bereich im Durchschnitt nur zwei Meldungen abgegeben worden waren, hieß es: „... die Ärzteschaft im Bereich Dresden-Bautzen hat ihre Verpflichtungen gegenüber Staat und Volk nicht erfüllt ...“.

Ein erstes Änderungsgesetz von 1935 erlaubte eine Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation bis zum Ende des 6. Schwangerschaftsmonats bei Zustimmung der Schwangeren; das Änderungsgesetz von 1936 ermöglichte nun auch eine Sterilisation durch Röntgenstrahlen. Bis dahin wurden – wenn auch häufig ohne die nötige Sorgfalt und nicht selten mit letalem Ausgang – die Sterilisationen operativ durchgeführt. Offiziell wurde zwar der Kampf gegen Erbkrankheiten als Grund angeführt, in Wahrheit verfuhr man sehr willkürlich und zwang „Minderwertige“, „Asoziale“ sowie ganze Familienverbände zur Sterilisation. „Erblichkeitsdiagnostik“ war eher „soziale Diagnostik“, denn für keines der im Gesetz angeführten Krankheitsbilder (angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Chorea Huntington, erbliche Fallsucht, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere körperliche Missbildung, schwerer Alkoholismus) war damals ein Erbgang gesichert. In den Unterlagen der an Epilepsie erkrankten Patienten, die in der Landesheilanstalt Altscherbitz unfruchtbar gemacht wurden, lassen sich die Oberflächlichkeit und fehlende Sorgfalt bei der Diagnosefindung nachweisen (Müller, T., 2005). Aus den in Hochweitzschen aufgefundenen Akten geht hervor, dass von 230 Anträgen auf Sterilisation nur in drei Fällen keine Sterilisation vorgenommen wurde. Insgesamt konnte für Hochweitzschen die Zahl der Sterilisierten auf 552 Männer und 246 Frauen hochgerechnet werden (Lehle, R. W., 2001). Mit Kriegsbeginn nahm zwar die Zahl der Zwangssterilisationen ab, doch begannen nun die organisierten Krankentötungen (Thom, A., 1989).

„Euthanasie“-Aktion 1939 bis 1945

In einer Flut mündlicher und gedruckter Propaganda, in die auch das Medium Film („Ich klage an“) eingeschaltet war, wurde zwar die Tötung Geisteskranker nicht erwähnt, doch als „Erlösung“ für die Betroffenen und zugleich als Entlastung der Gesellschaft von enormen Kosten und der Degenerationsgefahr suggeriert.

Kinder-„Euthanasie“

Im privaten Gespräch mit dem Reichsärztführer hatte Hitler bereits geäußert, dass er im Kriegsfall die Euthanasiefrage lösen werde. Die im Oktober von Hitler auf privatem Briefpapier verfasste und auf das Datum des Kriegsbegins, den 1. September 1939, zurückdatierte „Ermächtigung“ bildete die Grundlage für die Kinder-„Euthanasie“, die den Beginn der Krankenmorde darstellte. Der Text der Ermächtigung lautete: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“

Anlass für die Kinder-„Euthanasie“ war der „Fall des Kindes Knauer“. Die Eltern eines schwerstbehinderten Kindes, das in der von Werner Catel geleiteten Leipziger Universitäts-Kinderklinik lag und dessen Identität inzwischen ermittelt werden konnte (Benzenhöfer, U., 1998), hatten Hitler nach Hinweis von Catel um die Tötung des Kindes ersucht. Catel wurde einer der drei Gutachter der Kinder-„Euthanasie“, der etwa 5.000 bis 8.000 behinderte beziehungsweise „auffällige“ Kinder, darunter „Mischlinge“, Kinder von „Zigeunern“ und von Juden zum Opfer fielen. Sie wurden in den bis Kriegsende eingerichteten rund 30 „Kinderfachabteilungen“ entweder durch Medikamente oder durch Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsentzug umgebracht. War das Alter der Kinder zunächst auf drei Jahre festgelegt, so erhöhte man es sukzessive schließlich bis auf 16 Jahre.

„Aktion T4“

Seit 21. September 1939 erfolgte in allen Heil- und Pflegeanstalten die Erfassung der Insassen, wobei Meldebögen die Grundlage für die Entscheidung über das Schicksal der Betroffenen bildeten. Die bürokratische Abwicklung übernahmen in der Berliner Tiergartenstraße 4 (deshalb „Aktion T4“) eine „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ für Meldung, Begutachtung und Verwaltungsarbeiten, eine „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ als juristische Person, die „Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft GEKRAT“ für den Transport der Kranken in die Vernichtungsanstalten sowie eine Zentralverrechnungsstelle (Aly, G., 1989). In den sechs Tötungsanstalten Grafeneck, Brandenburg, Bernburg, Hada-

mar, Hartheim/Linz und Sonnenstein wurden die Opfer in als Duschen getarnten Räumen durch Giftgas umgebracht. Man geht davon aus, dass bei dieser Aktion mindestens 80.000 psychisch Kranke und Schwerbehinderte getötet wurden (Thom, A., 1991). Trotz der Übersendung der Urne samt fingiertem Totenschein an die Angehörigen kam im Sommer 1940 Unruhe in der Bevölkerung auf. Aufgrund von Protesten aus Kirchenkreisen wurde die „Aktion T4“ zwar offiziell beendet, doch setzte man sie mit der „Aktion 14f 13“ zur Tötung von 20.000 jüdischen Kranken aus Konzentrationslagern und mit der „wilden Euthanasie“ durch Nahrungsentzug oder Medikamente in den Anstalten fort. Die „Aktion T4“ hatte auch der Erprobung von Tötungsmethoden gedient, die bei der „Endlösung der Judenfrage“, in den Vernichtungsanstalten angewandt wurden.

Über die „Euthanasie“ in den Anstalten Sachsens ist vergleichsweise viel bekannt, da sich das Kuratorium Gedenkstätte Sonnenstein e. V. und der Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation sehr engagiert der Aufarbeitung angenommen haben. Unter den 10 Anstalten in Sachsen, von denen im Jahr 1940 zwei aufgelöst wurden (Hubertusburg und Chemnitz-Altenburg), ist Sonnenstein als eine der Tötungsanstalten am bekanntesten (Nationalsozialistische Euthanasie-Verbrechen ..., 1993). Doch weiß man inzwischen, dass auch die anderen Anstalten – sei es als Zwischenanstalten oder durch „wilde Euthanasie“ – in die Krankentötungen einbezogen waren. Der sächsische Sonderweg bei der „Euthanasie“, nämlich eine besonders radikale Ausgrenzung und Ermordung psychisch Kranker, ist in den Berichten der Fachtagung des genannten Arbeitskreises vom Mai 2001 in Pirna-Sonnenstein dargestellt (Arbeitskreis ..., 2001).

Menschenversuche

Es sind vor allem die Menschenversuche in den Konzentrationslagern, an die man beim Begriff „Medizin im Nationalsozialismus“ zuerst denkt. Zwölf der zwanzig vor dem I. Amerikanischen Militärgerichtshof in Nürnberg angeklagten Ärzte wurden wegen verbrecherischer Menschenversuche verurteilt. Forschungsfanatismus und Karrieresucht (Baader, G., 1989) gehörten zu den Triebkräften für die Durchführung der Unterdruck- und Unterkühlungsversuche an Häftlingen, bei denen der Tod der Versuchspersonen ge-

plant war. Auch bei den Versuchen zur Trinkbarmachung von Meerwasser oder den Sulfo-namid-, Knochentransplantations- und Phlegmoneversuchen waren ebenso wie bei den Versuchen mit Lost und Phosgen schwerste Schädigungen oder sogar der Tod der Versuchspersonen einkalkuliert.

Alexander Mitscherlich und Fred Mielke, die beide als Prozessbeobachter in Nürnberg das Verfahren verfolgten, haben die Dokumente der Nürnberger Ärztoprozeduren herausgegeben und kommentiert (Mitscherlich, A., Mielke, F., 1960). Im Vorwort zur ersten Dokumentation, die als Broschüre unter dem Titel „Das Diktat der Menschenverachtung“ noch während des Prozesses in 25.000 Exemplaren erschien (Vorwort nachgedruckt in „Der Wert des Menschen“, Mitscherlich, A., Mielke, F., 1989), schrieben die Herausgeber:

„Die Erkaltung der Beziehung der Menschen untereinander ist unfasslich, kosmisch wie eine Klimaschwankung. Erschütternd, dass sie auch den Arzt ergreift. Mit einem Mal wird die Voraussetzung seines Berufes sein Verhängnis: Er will helfen, aber um helfen zu können, muss er wissen, muss er einer Sache auf den Grund gehen, muss er die Wahrheit erkennen. [...] Der Arzt konnte aber erst in der Kreuzung zweier Entwicklungen zum konzeptionierten Mörder und zum öffentlich bestellten Folterknecht werden: dort wo sich die Aggressivität seiner Wahrheitssuche mit der Ideologie der Diktatur traf.“

Nicht alle Facetten der Auswirkungen des Menschen verachtenden NS-Systems auf die Medizin konnten hier angesprochen werden, doch gibt es inzwischen zahlreiche Übersichtsdarstellungen und Detailuntersuchungen zur „Medizin im Nationalsozialismus“. Einige der Schwerpunkte werden außerdem in den folgenden Beiträgen des Heftes dargestellt und vertieft. Es scheint aber dringend geboten, die Bearbeitung der Thematik fortzusetzen, Ärzten und Medizinstudenten das Wissen um dieses dunkelste Kapitel der Medizingeschichte nahe zu bringen und stets daran zu erinnern, dass die Würde des Menschen unantastbar ist und man bereits den Anfängen von Diskriminierung und Ausgrenzung wehren muss.

Literatur bei der Autorin

Anschrift:
Prof. Dr. med. habil. Ingrid Kästner
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin
Augustusplatz 10 – 11, 04109 Leipzig