





(Volkstod), דרשה עיקור של בעלי-מומים מולדים של רפיון השכל, שסעת (סכיזופרניה), דכאונות מניים, נכפים (חולים במחלת הנפילה) וקורבנות של ליקויים גופניים תורשתיים או מולדים. אחרי-כן באה הגדרת הקטגוריה של 'אנטי חברתיים', וגם הם נידונו לעיקור. רופאים היו שניים מתוך שלושת החברים ב'בתי הדין לבריאות תורשתית' שהחליטו בכול מקרה ומקרה. אחדים ממנהיגי הרופאים הידועים ביותר במשטר שירתו בהליכי הערעורים. כול הרופאים נדרשו על-פי החוק לדווח לממונים על בריאות הציבור על מועמדים פוטנציאליים לעיקור. רופאים עשו את הפעולות הכירורגיות. למרות תוהו ובוהו ושרירותיות רבה בבתי-הדין האצילה כוח ומסתורין לגילוי רפואי זה של סמכות. אומדנים מהימנים של מספר העיקורים נעים בין 200,000 ל-350,000.

כביטוי נוסף למדיניות גזענית הוחל בהכנת כרטסת של בעלי-מומים תורשתיים. מכוני מחקר לביולוגיה תורשתית והיגיינה של הגזע הוקמו באוניברסיטאות והידועים שבהם הם המכון של אוטמר פון פרשואר בפרנקפורט ושל ארנסט רודין במינכן. רודין, פסיכיאטר יליד שוויץ, סייע בייסודה של אגודה גרמנית להיגיינה של הגזע, וב-1937 הצטרף למפלגה ונתמנה למנהל מכון המחקר היוקרתי לפסיכיאטריה מטעם אגודת הקיסר וילהם. אישית לא היה רודין מעורב ברצח רפואי, אך פעל כנציגם של מדענים רבים שנתנו לגיטימציה למדיניות הגזענית של הנאצים.

הנאצים ביססו את הצדקתם לרצח רפואי על התפיסה של 'חיים שאינם ראויים לחיותם' ('Lebensunwertes Leben'). את מקורה של התפיסה היא אפשר למצוא בעיקר בספר קובע שקדם לנציונל-סוציאליזם. ב-1920 פורסם הספר 'הרשות לחסל חיים שאינם ראויים לחיים', פרי עטם של שני פרופסורים גרמנים מכובדים, המשפטן קרל בינדינג והפסיכיאטר אלפרד הוכה. המחברים הגדירו כ'בלתי ראויים לחיות' חולים חשוכי מרפא, וכן מגזרים נרחבים של חולי נפש, מפגרים או רפי שכל ומעוותים, מבוגרים וילדים כאחד. הם שיכללו את התפיסה מבחינה מקצועית ורפואית והדגישו את המטרה הריפויית. הנאצים השתמשו במושג ה'חיים שאינם ראויים לחיותם' באידיאולוגיה שלהם, והביאו את הדברים לקיצוניות הביולוגית הגזענית וה'ריפויית'.

בתי-החולים לחולי נפש נהפכו למוקד חשוב לפיתוח מודעות לאותנסייה: ב-1934 הומרצו להזניח את חוליהם עם דלדול קרנות המימון והפיקוח. בתי-חולים ערכו 'קורסים' לפקידים בכירים ונושאי משרות בממשלה, לחברי ס"ס, מנהיגי מפלגה, עיתונאים, מרפאים למיניהם, ולבסוף לקהל הרחב. לעיתים לוו הפעולות הללו ב'הצגות' של המקרים הקשים והדוחים ביותר. הופקו סרטים, מבוויימים ותיעודיים, כדי להפיץ ברבים את מסר האוגיניקה. אין להתפלא אפוא שלעיתים קיבלו השלטונות בקשות מקרובים של ילודים או תינוקות בעלי-מומים רציניים או בעלי נזק מוחי להורגם 'מתוך רחמים' (אותנסייה).

בתחילת 1939 ציווה היטלר על קרל ברנט, רופאו ואיש אמונו, לחקור אחד מן המקרים הללו, והיה אם תימצא הצדקה לדבר, אמור היה ברנט, כמויפה-כוח מטעם היטלר, לתת אישור ל"רצח מתוך רחמים". משנתקבלו הממצאים החיוביים הסמיך היטלר את ברנט לנסח תוכנית בעזרת ראש לשכת הקנצלר, פיליפ בולר.

תוכנית האותנסייה של ילדים 'פגומים' התנהלה בחשאי, בלא ידיעת לשכת הקנצלר, ובעזרת מחלקת הבריאות של משרד הפנים. מיילדות ורופאים היו חייבים במסירת השמות והמקרים הצפויים לוועדה החדשה של הרייך לרישום מדעי של מחלות חמורות תורשתיות ומולדות. שלושה רופאים מומחים ראשיים הם שפסקו, על סמך טפסי שאלונים, את גזר דינם של הילדים, אם לחיים ואם למוות. גזר דין מוות היה טעון הסכמה פה אחד. מקרים מסופקים הופנו ליחידות של ועדה מיוחדת להסתכלות וכנראה לטיפול בשיטות החדשות ביותר. הוועדה הקימה את המרכז הראשון לילדים במוסד ממלכתי בגורדן (Gorden), ובסופו של דבר הוקמו כ-30 מרכזים בגרמניה, באוסטריה ובפולין ויצרו את הרשת למטרה זו. מרכזי ה'הסתכלות' הללו היו בעיקרם מרכזי רצח, לרוב בזריקות לומינל, אך בכמה מיתקנים – בעיקר באגלפינג-הר (Eglfing-Haar) שבהנהלת ד"ר הרמן פפנמילר – נקטו בשיטת ההרעבה וההזנחה.

באוקטובר 1939 הרחיבה פקודת הפירר את הפרוייקט והחילה אותו גם על מבוגרים, וכך הפכה את הרצח הרפואי למדיניות כוללת ורשמית. הפקודה הרחיבה את סמכות הרופאים והרשתה להם להעניק 'מות חסד' (Gnadentod) לחולים שנראו להם 'חשוכי מרפא'. תאריך הפקודה הוקדם ל-1 בספטמבר 1939, יום פרוץ המלחמה – דבר המלמד כי היטלר סבר שאווירת מלחמה תעשה את הגרמנים נוחים יותר לקבל את ההוראות. ואולי עוד חשוב יותר, המלחמה עצמה נכללה ב'חזון ביו-רפואי' גדול יותר והרואי, שהאותנסייה היתה חלק ממנו.

במהרה העביר היטלר את האחריות לתוכנית הסודית לברנט ולבולר. השניים, בעזרת רופאים בכירים ממשרד הבריאות והס"ס, בחרו סגל הנהגה של רופאים, אחדים מהם מתוכנית רצח הילדים ואחרים פסיכיאטרים בעלי מוניטין אקדמי ראוי לשמו, כגון פרידריך מנקה, היו פסיכיאטרים שהיו לנאצים. הידה מונה לנהל את התוכנית בסיועו של ד"ר פאול ניטשה מן המכון הממלכתי זוננשטיין, ובסופו של דבר אף בא במקומו.

מבחינה ביורוקרטית כונתה התוכנית ט4 (T4), על-שם מען לשכת הקנצלר בברלין, ברחוב טירגארטן (Tiegarten) 4, שבו פעלה כהסוואה 'קבוצת העבודה של הרייך לבתי-החלמה ולבתי-אבות' (Reichsbeitsgemeinschaft Heil-Und Pflegeanstalten, Rag). ט4 נעשה הלכה למעשה תלוי בכול קהילת הפסיכיאטרים בגרמניה ובקהילת הרופאים הקשורה אליה. שאלונים יצאו לכול המוסדות שאפשר שהם מאשפזים חולים שהוגדרו כבלתי מסוגלים לעשות עבודה יעילה ושימושית, על-פי קריטריונים כגון מחלות או תסמונות ספציפיות, אישפוז לטווח ארוך, אי-שפיות פלילית ואתניות 'לא גרמנית'. ט4 שילב יעילות עם מסתורין;



האבחנה וה'טיפול' היו מזורזים, והסימוכין הפסידו-רפואיים מחוכמים. אנשי ס"ס איישו את האוטובוסים המסיעים את החולים למיתקנים, שבהם נרצחו, בדרך כלל, בתוך 24 שעות. ששת מרכזי הרצח העיקריים היו הרטהיים (Hartheim), זוננשטיין (Sonnenstein), גרפנק (Grafenek), ברנבורג (Bernburg), ברנדנבורג (Brandenburg) והדמר (Hademar). רובם היו בתי-חולים לחולי נפש או בתי-אבות שהומרו למרכזי רצח. על-פי מדיניות ט4 היה הרופא מוציא לפועל את הרצח. בהתאם לסיסמת הביורוקרט של ט4 ויקטור \*ברק; 'המזרק חייב להיות בידיו של רופא'. למרות המליצה היו המרכזים חלוצים בשימוש בגז חד-תחמוצת הפחמן, ובראשית 1940 נערך הניסוי הראשון במיתקן ברנדנבורג על-פי ייעוצו הרפואי של הידה. תא הגזים, שצויין כ'חדר מקלחת', נבנה בעזרתו של קריסטיאן \*וירט מ\*משטרת הפלילים (קריפ"ו). רופאים בכירים היו מומחי ט4 ומעצבי המדיניות, ואילו רופאים צעירים יותר, שנבחרו הן בשל חוסר נסיונם והן בשל התלהבותם הפוליטית, ביצעו חלק גדול ממעשי הרצח. אירמפריד אברל בן ה-29 עמד בראש מיתקן ברנדנבורג, בסיועו של אקוילין אולריך בן ה-26. הסודיות הרפואית מצאה ביטוי באמצעים כגון תעודות פטירה מזוייפות, שהוכנו בהתאם להוראות והנחיות לגבי מקרי מוות אמינים.

נוהלי ט4 פטרו עצירים יהודים מן הקריטריונים הרגילים לרצח הרפואי. באפריל 1940 החל הטיפול השיטתי בהם בהכרזה מטעם משרד הפנים כי בתוך שלושה שבועות יש לערוך רשימה של כול החולים היהודים, וביוני נערך הרצח הראשון של יהודים בגזים. בינתיים רוכזו חולים יהודים במיתקנים גרמניים ואחר-כך בסתיו 1940, הועברו לשטחי פולין הכבושים בידי הגרמנים, כחלק ממדיניות רחבה יותר של גירוש היהודים. תחילה נשלחו, כמצופה, ללובלין ומשם למחנות השמדה שונים. ט4 הכין הסוואה מחוכמת, 'מוסד לחולי-רוח – חלם', כחלק מן המבצע ההוא.

שעה שכוחות הגרמנים התקדמו מזרחה ירו אנשי הס"ס בעצירים כדי לרוקן מוסדות לחולי רוח לצורכי הצבא. ביוני 1941 כשפלשה גרמניה לברית-המועצות, רצחו האיינזצגרופן, בין השאר, את החולים בבתי-החולים. מיתקנים פסיכיאטריים להשמדה, דומים למיתקנים של ט4, הוקמו גם במזרח. פחות ופחות השתמשו בירי, במידה מסויימת מתוך דאגה לנזק פסיכולוגי לכוחות הצבא, ו\*משאיות גז נפוצו יותר ויותר. באוקטובר 1941 החליטו הביורוקרט ברק ואדולף \*איכמן להשתמש במשאיות הללו להסעת כול היהודים שילא היו מסוגלים לעבוד. שלוש משאיות הוצבו במחנה ההשמדה הראשון בחלמנו. בדומה לנוהלי ט4 נאמר לקורבנות שהם ילכו להתקלח ובאותו זמן יעברו בגדיהם חיטוי. אנשי הסגל של הס"ס היו לבושים חלוקים לבנים ואחזו בידיהם מסכתים (סטטוסקופים). מחנות ההשמדה ליהודים שהוקמו אחרי חלמנו ב\*בלז'ץ, ב\*סוביבור וב\*טרבלינקה, דמו עוד יותר למרכזי הרצח של האותנטיה בכך שהשתמשו בתאי גזים נייחים ובכוח האדם של ט4.



באוגוסט 1941 טרבלינקה, דמו עוד יותר למרכזי הרצח של האותנטיה בכך שהשתמשו בתאי גזים נייחים ובכוח האדם של ט4.

באוגוסט 1941 הורה היטלר בעל-פה לברנט לשים קץ, ולמיצער 'לדחות', את מביצע ט4. זה היה מקרה יחיד שבו השפיעה מחאה ציבורית – בעיקר מצד הכמורה – על מדיניות הנאצים. אך רצח חולי הנפש לא פסק, רצח המונים זה אך החל.

בשלב המכונה ה'אותנטיה הפרועה' פינתה ההמתה בגזים בקנה-מידה גדול את מקומה לרצח ברעב ובסמים. בעידוד המשטרה פעלו רופאים יותר ויותר ביוזמתם האישית, בפיקוח קטן והולך ממעל. ילדים לא נכללו ב-ט4; ואכן, זה מכבר הגיע רצח הילדים לשלב ה'פרוע' של רצח המבוגרים. יתר על כן, לא היו מחאות דומות לגבי מה שנראה כתוכנית מקובלת יותר להשבתת גזע.

לפני שהגיע 'לקיצו' הורחב ט4 למחנות הריכוז במסגרת תוכנית שכונתה בשם הצופן 14F1. בראשית 1943 שאל בולר, ראש ט4, את כוח האדם והמיתקנים של הינריך \*הימלר כדי להיפטר מאסירים 'מיותרים' במחנות, בעיקר החולים החמורים או האנושים ביותר. באותו אביב החלו הפסיכיאטרים של ט4 לסייר במחנות. השאלונים היו קצרים יותר מאותם שבהם השתמשו ב-ט4, הקריטריונים גמישים יותר ולעיתים התבססו על פשע מדומה או חריגה פוליטית. אכן, עד מהרה הוסט המוקד מחולי הנפש לאסירים הפוליטיים. תוכנית 14F13 היתה בבחינת גשר אידיאולוגי וממסדי מאותנטיה לאושוויץ. היא גם הגדילה את היוזמה האישית של הרופאים, בתהליך מואץ יותר לקראת 'רצח רפואי', שהיה מנותק לחלוטין מכול קשר ושיקול רפואי ולו הרופף ביותר.

רופאי הס"ס לא מילאו באושוויץ שירות רפואי במישרין, פרט לטיפול בסגל הגרמני. תפקידם העיקרי היה להוציא לפועל את התוכנית הממוסדת של השמדת העם ה'רפואית' באותו מחנה ההשמדה. הם ערכו את הסלקציות הראשוניות בקנה-מידה גדול של אסירים יהודים שהגיעו למחנה בירקנאו. בדרך-כלל על-פי נוסחאות שאיפשרו קיום, זמני בלבד, רק למבוגרים צעירים ובריאים. על הרופאים היתה מוטלת גם אחריות פיקוח לרצח בגזים. אומנם, טכנאי רפואה שהוכשר לטיפול בחומר \*ציקלון בה שפותח, בעיקר באושוויץ, הוא שהיה מתקין בדרך-כלל ומכוון את כדורית הגז, אך הרופאים היו קובעים את מותם של הקורבנות לאחר הצצה בלבד באשנב ההצצה. נוסף לסלקציות הראשוניות נועדו לרופאי הס"ס עוד שני תפקידים: סינון אסירים יהודים כדי לאפשר מקום לאסירים חדשים ולכאורה בריאים יותר; והניפוי, המגוחך והרצחני, באיזור המבנים הרפואיים בשעה שהחולים והחלשים ביותר, או שהחלמתם היתה גורמת הוצאות למיתקנים, הובלו לתאי הגזים.

רופאי הס"ס גם ערכו 'אפידמיולוגיה' רצחנית בשולחם אסירים חולים במחלות מידבקות – בעיקר טיפוס ושנית – לתאי הגזים, לעיתים בחברת אסירים חולים אחרים, מבלי להתחשב אם היו חולים במחלה מידבקת אם לאו, כך שניתן יהיה למעשה 'לחטא' את הבלוק כולו.



רופאי הס"ס היו מוציאים פקודות ומפקחים, ולעיתים אף רצחו בעצמם חולים חלשים בזריקות פנול בבלוקים הרפואיים. (תופעה זו נעשתה פחות שכיחה כאשר הושלם פיתוחם של תאי הגזים). היתה להם אחריות דומה לגבי 'הריגות סודיות' של אסירים פוליטיים פולנים או אנשי צבא גרמנים שנידונו למות; במקרים כאלה פעלו בשביל הגסטפו של אושוויץ. רופאים היו נוכחים בהוצאות להורג בירי כדי לקבוע את מותם של הקורבנות. ביחס ליהודים שהיו מגיעים למקום, ואשר נבחרו בסלקציה מיידית לתאי הגזים, לא נדרשו אישורי פטירה, אך ביחס לקורבנות הרבים שמתו בתוך המחנה חתמו הרופאים הנאצים על תעודות פטירה בזייפם פרטים כגון מחלה ספציפית וסוג הטיפול הרפואי.

רופאי הס"ס מילאו תפקיד של 'מומחים' בקביעת העונש הגופני שבו יכול היה האסיר לעמוד, ונכחו בעת הוצאת העונש לפועל. הם התייעצו ביניהם כדי לקבוע כיצד יתנהלו הסלקציות בצורה החלקה ביותר וכיצד לאזן את העלויות והתועלת שבהחזקת אסירים בחיים. הידע הטכני שלהם תרם לשריפה יעילה של הגופות.

בסופו של דבר, ומעבר לדרישות הנוקשות של המחנה ודרך תפעולו, ניצלו הרופאים את המספר הרב של 'שפני נסיון' במחנות כגון אושוויץ, בעוסקם במיגוון 'ניסויים' (ראה \*ניסויים רפואיים כפויים בבני אדם), חלקם בהתאם לשליחות האידיאולוגית הנאצית הגדולה, וחלקם רק שיקפו את העניין המדעי או הפסידו-מדעי שלהם. רופאים נאצים נודעו במיוחד לשמצה במהלך משפט הרופאים בנירנברג ב-1947 (ראה \*משפטים: משפטי פועים נאצים באזור הכבוש האמריקני) בגין הנסיונות הרפואיים שלהם, אף שהפעילויות הללו היו רק חלק קטן מכלל הרצח הרפואי בגרמניה הנאצית. כאמור, נחלקו הניסויים הרפואיים הללו לשתי קטגוריות. ניסויי העיקור והסירוס של קרל \*קלאוברג והורסט שומן זכו בעידוד רשמי כביטוי לתיאוריה ולמדיניות גזענית. זריקות הטיפוס היו קשורות בדאגה מפני מגיפות בקרב כוחות הצבא. ניסויי הגבהים של הד"ר זיגמונד רשר בדכאו נועדו לפתור בעיות של טייסים גרמנים. לעומתם נבעו מחקריו של וירט אודות מצבים טרום-סרטניים של צואר הרחם מהתעניינותו המדעית האישית. בתנאי אושוויץ נערכו הניסויים אגב השחתת המדע, ותכופות לוו במוות עקב הזיהומים והסיבוכים שנגרמו במהלכם. לעיתים היו הקטגוריות חופפות, כגון במחקר התאומים שערך יוזף \*מנגלה ושכלל יסודות אידיאולוגיים בוטים ומעוותים אגב שיקוף אינטרסים מדעיים קודמים.

המרכז לניסויים באושוויץ היה בלוק 10, ואף ששיכן בעיקר נשים היה ממוקם במחנה הגברים. אסירים בבלוק 10 מצאו אומנם באורח זמני מקום מיפלט בטוח מפני תאי הגזים, אבל היו נתונים לחסדיהם של רופאי הס"ס. בלוק לניסויים בגברים הוקם כחלק מבלוק 28 באזור הרפואי של המחנה הראשי. מחנה אושוויץ היה מאגר לשפני-ניסיון אנושיים למחקר שנערך במקומות אחרים, למשל בשביל אוסף השלדים האנתרופולוגי של הפרופסור אוגוסט הירט בשטרסבורג וילדים יהודים שנשלחו ל\*נויגמה לשם ניסויים הקשורים בשחפת.



לעיתים ניצלו רופאי הס"ס גם את נוכחותם של רופאים יהודים בעלי-שם בבלוקים הרפואיים כדי לקדם את מידע הידע והכישורים הרפואיים שלהם, ובפרט של הרופאים הצעירים יותר שהכשרתם הרפואית בימי הנאצים והמלחמה היתה רופפת. בנסיבות הללו נערכו לעיתים ניתוחים בלי כול הצדקה.

הדרישות המקצועיות בפועל לא חייבו שרופאים יערכו או ינהלו את הסלקציות ואף יטלו חלק בשאר הפעולות הרצחניות למיניהן. אך משהגדירו האידיאולוגים הנאצים את אושוויץ כפרוייקט לבריאות הציבור היתה מעורבות הרופאים מחוייבת המציאות. וכך הוצנחו הרופאים אל 'פרדוקס הריפוי והרצח' שבו היה הרצח במקרים מסויימים תנאי הכרחי לקיומם של אחרים, ורצח המונים תנאי הכרחי להבאת הגזע. במישור האקולוגי של המחנה צריך היה למנוע לחץ רב מדי במיתקנים, ומבחינה אידיאולוגית היה מוטל על גרמניה להיפטר מן 'הזיהום היהודי' שלה.

את מדיניות הסלקציה של הרופאים קבע כנראה רופא הס"ס הבכיר (Reichsarzt), ארנסט רוברט גרויץ. רופאי המחנות (Lagerärzte) היו כפופים לרופא הראשי של אושוויץ (Standortarzt), שרוב זמן פעילות השיא היה אדוארד ורתס. הרופא הראשי של אושוויץ היה כפוף לאנו לולינג, הרופא הראשי של מחנות הריכוז ב'משרד הראשי למשק ולמנהל של הס"ס בברלין'. וירתס גם היה כפוף לסמכותו של מפקד המחנה ונפגש עמו מידי יום ביומו.

לרופאים אחרים היו תפקידים שונים ומערכות פיקוד שונות. לדוגמה, רופאי חיילות (Truppenärzte) היו ממונים על כוח האדם של הס"ס. רופאים אחרים, כגון קרל קלאוברג והורסט שומן, נשלחו לאושוויץ כדי לערוך ניסויים באסירים. מספר רופאים השתייכו למוסד ההיגיינה המקומי במחנה, שהיה מחוץ למחנה הראשי והיה חלק ממערכת פיקוד נפרדת. המוסד היה אומנם טרוד בשאלות מהותיות של אפידמיולוגיה ובקטריוולוגיה ונתן מחסה לרופאים רבים מקרב האסירים, אך גם הוא לא היה נקי מצורות שונות של שחיתות רפואית.

גורם מכריע בפעילותם של הרופאים הנאצים היה המנגנון הפסיכולוגי של ה'כפילות', דהיינו יצירת 'אני' נוסף, למשל ה'אני' של אושוויץ, שיכול היה לפעול באורח אוטונומי הנפרד מן ה'אני' הקודם ולאפשר לרופא להסתגל לנסיבות וליטול חלק פעיל בסביבה הרצחנית של מחנה ההשמדה. הכפילות חוזקה בכוח המשיכה שנמשך הרופא ליסודות שונים באידיאולוגיה הנאצית. אך הפעלת מנגנון פסיכולוגי אין פירושו החלפת שיפוט מוסרי בחזון אלא ניסיון לבחון תנאים פסיכולוגיים והיסטוריים המובילים לרשע.