

Die Beschwörung von Lasten im Gesundheits- und Sozialwesen

Zur Kontinuität der Ausgrenzung chronisch Kranker*

Aus der Analyse der NS-Gesundheits- und Sozialpolitik heraus die Frage zu stellen, wie weit Theorie und Praxis der heutigen Medizin in ihrer geschichtlichen Entwicklung auch vor dem Hintergrund der NS-Verbrechen zu begreifen sind, läßt angesichts des Perfektionismus und der Brutalität der von der Tiergartenstraße 4 in Berlin aus geleiteten Mordaktionen nach wie vor Zögern aufkommen.¹ Derartige Fragen sind aber dennoch aus mehreren Gründen notwendig, wenn historische Forschung nicht als Auseinandersetzung mit abgeschlossenen geschichtlichen Epochen mißverstanden werden soll.

Das Fortwirken der Verdrängung

Die nicht primär aus der etablierten Universitätsforschung stammenden Untersuchungen des zurückliegenden Jahrzehnts² haben herausgearbeitet, daß die Vernichtungsaktionen des NS-Systems keineswegs ausschließlich, vermutlich nicht einmal in erster Linie als Ausdruck gesellschaftlich organisierten Wahnsinns zu verstehen sind, daß vielmehr gerade in der sogenannten T4-Aktion ein therapeutisch motivierter Modernisierungsimpetus vorherrschte, welcher die Ermordung der »nichttherapierbaren«, vor allem der arbeitsunfähigen Patienten als integralen Bestandteil eines therapeutischen Gesamtkonzepts begriff, das auf der anderen Seite Heilung um jeden Preis anstrebte, wobei aggressive Therapiemethoden wie die Einführung des Elektro- (euphemistisch als Elektrokampfbehandlung umschrieben) und des Insulinschocks der Trennung zwischen »Heilbaren« und »Unheilbaren« dienten.

Auf Grund der vorliegenden Forschungsergebnisse läßt sich heute nicht mehr bezweifeln, daß die Medizinverbrechen des NS-Systems nicht ohne ihre ideologischen und praktischen Vorläufer zu begreifen sind. Lange vor 1933 verschmolzen Biologismus, Sozialdarwinismus und ökonomistisches Denken in weiten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens miteinander; der rassenhygienischen Ausmerzungs-ideologie, die unmittelbar zum Wegbereiter für die Tötungsaktionen in der NS-Zeit wurde, lag ein aus unterschiedlichen Quellen gespeister breiter gesellschaftlicher Konsens zugrunde. An dieser schrittweisen Preisgabe menschlicher Existenzberechtigung und der ebenfalls in Etappen erfolgenden Liquidierung der »Ballastexistenzen« waren maßgeblich Wissenschaftler, Ärzte und Psychiater beteiligt, die als idealistische Überzeugungstäter handelten und keineswegs zur Popularisierung und zur Teilnahme an der Vorbereitung und Durchführung von Massensterilisationen und Mordaktionen gezwungen werden mußten.³

Spuren der Kontinuität für die kritische Betrachtung der Gegenwart zu suchen, kann deshalb nicht ausschließlich bedeuten, erschreckende Parallelen aufzuzeigen, die es in der Nachkriegszeit immer wieder gegeben hat und bis heute gibt – die erstarkende Euthanasiedebatte, oft unter dem irreführenden Begriff der Sterbehilfe geführt, ist hierfür das vielleicht eindringlichste Beispiel.⁴ Es gilt vielmehr vor

* Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrags am 24.3.1988 im Staatsarchiv Bremen im Rahmen der Ausstellung »Aktion T 4« 1939-1945 – die staatlich geplante und durchgeführte Vernichtung »lebensunwerten Lebens« im Nationalsozialismus.

allem, in der dialektischen Wechselwirkung von sozialer Realität und Meinungsbildenden Theorien nach dem Grundverständnis zu fragen, mit dem das professionelle Gesundheits- und Sozialsystem chronisch kranken, nicht produktiven Gesellschaftsmitgliedern und all denen gegenübertritt, deren Leben immer wieder unter dem Gesichtspunkt der »Belastung« für die Gesamtgesellschaft thematisiert wird.

Die Frage nach der historischen Kontinuität trifft immer noch auf ein tiefsitzendes Bedürfnis nach Verdrängung geschichtlicher Wahrheiten. Es muß daran erinnert werden, daß in vielfältiger Weise NS-Täter in direkter Form nach dem Krieg mit wichtigen Aufgaben betraut blieben bzw. wieder wurden. Exemplarisch sei auf die Rolle des Psychiaters Villinger hingewiesen, der als T4- und Erbgesundheitsgerichts-Gutachter der NS-Zeit nach dem Krieg im Einvernehmen mit den US-Besatzungsbehörden ein neues Sterilisationsgesetz entwerfen konnte, das bei den »Indikationen« über das NS-Rassengesetz hinausging, der zu einem Nestor der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD wurde und in diesem Kontext an der Entwicklung der 1958 gegründeten »Lebenshilfe für geistig Behinderte« maßgeblich beteiligt war.⁵

Von der direkten Verleugnung der Schuld, die trotz aller gegenteiligen Beteuerungen bis heute anzutreffen ist, muß historisch der Bogen zu modernen Formen der »Vergangenheitsbewältigung« geschlagen werden, wie sie bei dem Präsidenten der Bundesärztekammer Vilmar anzutreffen sind. Getragen von einer breiten Zustimmung in der Ärzteschaft konnte Vilmar die Ablehnung der Kollektivschuld-These aus der unmittelbaren Nachkriegszeit für die aktuelle Debatte um die Rolle der Ärzteschaft im NS-Staat reaktivieren und dabei namhafte antifaschistische Wissenschaftler wie Mitscherlich und Kogon mittels sinnentstellender Zitate zu Kronzeugen einer neuen Apologetik umfunktionieren. Vilmar ging soweit, das Ausmaß der NSDAP-Mitgliedschaft der deutschen Ärzteschaft in Frage zu stellen und darüber hinaus für Parteimitgliedschaft »verständliche äußere Anpassung« geltend zu machen. Dabei standen letztlich die Beschwörung, die Vergangenheit einschließlich der Rolle von Ärzten bei den NS-Verbrechen dürfe niemals vergessen werden, und das Herunterspielen der konkreten Verantwortlichkeit der Ärzteschaft im konkreten Handeln wie bei der Entwicklung der Vernichtungsideologie losgelöst nebeneinander. Damit gewinnt die Auseinandersetzung mit der NS-Zeit die Dimension einer Schlußbetrachtung.⁶

Nach wie vor ist in der Bundesrepublik die Bereitschaft gering, die Kontinuitätsfrage durch eine Auseinandersetzung mit jener furchtbaren »Normalität« anzugehen, die sich hinter den Barbareien der Konzentrationslager und Tötungsanstalten verbirgt. Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, daß die Beschwörung der Lasten im Gesundheits- und Sozialwesen ein zentrales Moment der Vorbereitung der Vernichtungsaktionen war und die Analyse vergleichbarer Gedankenraster in der Gegenwart zu dem mühevollen Versuch gehören muß, das Wort vom Lernen aus der Geschichte nicht zur Floskel gerinnen zu lassen.

Der Mythos des Heilens

Seit dem Aufkommen der naturwissenschaftlich dominierten Medizin verbindet sich in neuer Weise der Aufklärungs- und Fortschrittsoptimismus in der professionellen wie der gesamtgesellschaftlichen Debatte mit der Denkfigur von Heilbarkeit und Unheilbarkeit von Erkrankungen. Die psychologischen, sozialen, juristischen und ökonomischen Folgen dieser gedanklichen Trennung von »heilbaren« und »unheilbaren« Kranken werden trotz der Erfahrungen der NS-Zeit bis heute viel zu wenig reflektiert. Sowohl bei den Medizinerinnen als auch in der breiten Öffentlichkeit wird die

Faszination des ärztlichen Berufs mit der *Heilung* von Krankheiten verknüpft. Das gesamte System der personellen und materiellen Ressourcen, der Ausbildung von Medizinstudenten und das nach wie vor unvermittelte Nebeneinander von Medizin und Pflege spiegeln dies tagtäglich wider.⁷ Es wäre aber erforderlich, die unerbittliche Logik der T4-Aktion angesichts des ungebrochenen Fortschrittsglaubens einer Allmachtsphantasie erliegenden Medizin zu begreifen: die rigorose Trennung der mittels aktiver Therapie Heilbaren von den sogenannten unheilbar Kranken, die den Anspruch auf Behandlung verwirkt haben, da sie nurmehr als Last der Gesellschaft zu verstehen sind. Dies ist die von Ärzten der NS-Ära realisierte wahre Deutung des Jahrhundert-Themas von Binding und Hoche aus dem Jahre 1920: »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens«.

Es gälte, die Psychodynamik präziser zu erforschen, die in ärztliches Denken und Handeln einfließt, wenn die Versprechen der Medizin auf Heilung nicht eintreffen. Fraglos handelt es sich hierbei um eine tiefe Kränkung der Therapeuten angesichts einer Vielzahl von Erkrankungen, die im Sinne des verkürzten Theorieansatzes eben nicht heilbar sind. Und vieles spricht dafür, daß therapeutische »Mißerfolge« die Suche nach radikaleren Lösungen beflügeln – ein Zusammenhang, der innerhalb der medizinischen Aus- und Weiterbildung nicht thematisiert wird. Und so reicht es nicht aus, den Mythos vom Heilen anzuklagen, ohne zugleich die Gewalt jener Begrifflichkeit zu benennen, die von dieser gewollten und partiell erzwungenen Trennung zwischen heilbaren und unheilbaren Kranken ausgeht.

Bis heute rangieren in der Werteskala des ärztlichen Selbstverständnisses spektakuläre diagnostische und therapeutische Eingriffe weit vor der Hinwendung zu jenen Patienten, deren Probleme offenkundig für den Prozeß der Professionalisierung von Ärzten (und anderen Therapeuten) nicht nur wenig attraktiv erscheinen, sondern oft auch schwerer auszuhalten sind; dies betrifft z.B. die Betreuung gebrechlicher Menschen in Pflegeheimen, die Versorgung chronisch-psychisch Kranker oder die Begleitung Sterbender. Der Psychiater Ehrhardt hat diese Problematik in einer der ersten umfassenden Arbeiten zur »Euthanasie« nach 1945 wie folgt gefaßt: »Wenn man aber schon im Interesse der humanitären Gemeinschaft, zur Pflege und Förderung des gemeinschaftsnotwendigen Prinzips der Gegenseitigkeit die Tötung der Schwachen und Kranken ablehnen muß, so erhebt sich die ganz konkrete Frage, wer die vielen Schwachinnigen, Epileptiker, Geisteskranken und Senilen pflegen soll. Ob man diese schwierige Aufgabe jemals ohne den selbstlosen Einsatz gläubiger Idealisten bewältigen kann, erscheint doch sehr fraglich.« (Ehrhardt 1965, 52ff.)⁸

Bei Ehrhardt findet sich kein Wort über die Mißstände im Versorgungssystem der Anstaltspsychiatrie der sechziger Jahre, kein Wort über die Notwendigkeit und Möglichkeit der Unterstützung von Familienangehörigen und professionellen Helfern, kein Wort schließlich über die Geschichte der Ausgrenzung und Vernichtung eben dieser Patientengruppen im Zusammenhang mit dem therapeutischen Selbstverständnis deutscher Schulpsychiater. Die Kluft zwischen Medizin und Pflege, zwischen Therapieversprechen und Verwahrungspraxis bleibt somit gedanklich bestehen. Die Frage nach der Wertschätzung menschlichen Lebens für Ärzte, Psychiater und Therapeuten insgesamt wird in die Sphären der Religion geschoben, anstatt sie in den Mittelpunkt der Selbstreflexion zu stellen.

In scheinbarem Gegensatz hierzu fühlen Ärzte sich fast durchweg berufen, die Schlüsselrolle bei der Lösung ethischer Entscheidungskonflikte in Forschung, Diagnostik und Therapie einzunehmen. Dies findet in den letzten Jahren seinen Niederschlag in der rapiden Zunahme von sogenannten Ethik-Kommissionen. In seiner Analyse derartiger Kommissionen in US-amerikanischen Krankenhäusern unter

dem Titel »Hinter verschlossenen Türen« bezeichnet es Lo (1987) als Charakteristikum, daß durch den Ausschluß nicht-ärztlicher Berufsgruppen, der Patienten selber wie der Angehörigen der Kranke wieder ausschließlich als Objekt der Medizin begriffen wird.

Ethik-Kommissionen beschäftigen sich u.a. in zunehmendem Umfang mit der Frage der sogenannten Therapiebegrenzung bei gravierenden Erkrankungen. Die Zeitschrift *Lancet* berichtete 1987 über eine Fachtagung zu diesem Thema und hob hervor, daß die Willenserklärungen von Menschen zur Therapiebegrenzung (z.B. der Verzicht auf die Anwendung intensivmedizinischer Maßnahmen) oft im Zustand völliger Gesundheit abgefaßt werden. »Manche Personen«, so wörtlich, »treffen derartige Verfügungen nicht nur zum eigenen Schutz, sondern auch, weil sie ihren Angehörigen und Freunden keine lange Pflege- und Sorgezeit aufbürden wollen. Auch möchten sie nicht nutzlos Mittel des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und auf diese Weise anderen diese Mittel entziehen.« (Jennett 1988, 63)⁹

Es kann somit davon ausgegangen werden, daß die gesellschaftlich vorgegebenen Rahmenbedingungen im Umgang mit Schwerkranken, Pflegebedürftigen und Sterbenden in erheblichem Ausmaß die (sicher immer auch schon vielfältig präformierten) Einstellungen in der allgemeinen Bevölkerung wie auch bei den professionellen Helfern zu den Themen Langzeitpflege, Tod und Sterben prägen. Der ökonomische Rahmen des Gesundheitswesens wirkt über die Ebene der unmittelbaren Ressourcenzuteilung hinaus auch über die damit zusammenhängende Vermittlung von Erfahrungen in Aus- und Weiterbildung. Dies gilt insbesondere für die Entwicklung oder Hemmung schöpferischer Phantasie bei der Bewältigung gravierender Probleme in Medizin und Pflege.

Krankheit und Behinderung als soziale und emotionale Bedrohung

Die Thematisierung der »Belastungen« des Gesundheitswesens durch chronisch Kranke bleibt auch heute – ungeachtet des Wandels im Morbiditätsspektrum – von großer Bedeutung. Die Medizingeschichte wird durchzogen von Prophezeiungen des sozialen und ökonomischen Kollapses durch »umsichgreifende« Massenerkrankungen. In den vorindustriellen Gesellschaften waren Pest und Syphilis Metaphern für den gesellschaftlichen Untergang. Im deutschen Kaiserreich und verstärkt in der Weimarer Republik wurden die tatsächlichen und vermeintlichen Erbkrankheiten zum Menetekel der fachinternen wie der gesellschaftlichen Debatten. In der Nachkriegsepoche wurde nach der Überwindung der ersten großen ökonomischen und sozialen Not das bis in die »AIDS-Ära« hineinreichende Theorem der Zivilisationskrankheiten aus der angloamerikanischen Diskussion übernommen. Wurden dabei einerseits die Verschiebungen im Spektrum der Krankheiten durch die Zurückdrängung der wichtigen Infektionskrankheiten wie der Tuberkulose unkritisch dem naturwissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin zugeschrieben, so wurden andererseits die chronischen und degenerativen Erkrankungen immer stärker unter quasi kulturpessimistischen Gesichtspunkten gesehen. Eine eindeutige Zuspitzung erfährt diese Sichtweise nun durch die parallel sich entwickelnde Diskussion um die Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur, deren Beeinflussungsmöglichkeiten und gesellschaftliche Kosten. Und so tauchen in den achtziger Jahren in zunehmendem Umfang sowohl bei Politikern als auch Medizinern wieder grundlegende Zweifel an der Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Sozialwesens auf. Der Bundesarbeitsminister sagte zur Verteidigung seiner Politik: »Kluge Leute haben errechnet, daß bei Fortsetzung dieser Expansion der Ausgaben die Krankenversicherung im Jahre 2098

das gesamte Bruttosozialprodukt in Anspruch genommen hätte.« (Blüm 1988) Der Begriff der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wird zu einer fast durchgängig akzeptierten Denkfigur; es wächst ein Szenario der Überbürdung der Gesellschaft durch Alte, Kranke und Behinderte. Die tatsächlich vorhandene Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung bietet Anlaß zu unterschiedlichsten Hochrechnungen, mit wievielen hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen die Gesellschaft konfrontiert sein wird. Für die USA schwanken die Schätzungen über die Zahl alter Menschen, die im Jahre 2000 intensive Langzeitbetreuung und -pflege benötigen, zwischen 9 und 15 Millionen! In der Debatte steht dabei in allen entwickelten Industriegesellschaften mit hoher durchschnittlicher Lebenserwartung die senile Demenz zunehmend im Mittelpunkt des medizinischen und öffentlichen Interesses. Mit Erschrecken wird in einer Welle von Publikationen zur sogenannten Alzheimer-Krankheit konstatiert, daß mehr als 15 Prozent der über 85jährigen demenz und damit in hohem Maße hilfsbedürftig seien.¹⁰ Die in der Tat oft extrem schwierige Situation gerade für Angehörige altersverwirrter Menschen wird konstatiert, ohne funktionierende Modelle der Entlastung und der Rehabilitation angemessen zu fördern. Zugleich taucht in der medizinischen Debatte wieder das Fortschrittsparadigma auf: große Hoffnungen werden in der Alzheimer-Forschung auf tierexperimentelle Studien gesetzt, welche den Ansatz der Implantation von Nervenzellen in das zentrale Nervensystem verfolgen und in Aussicht stellen, daß der Weg der Transplantation gesunden Nervengewebes eines Tages auch für die Behandlung von Alzheimer-Patienten nutzbar gemacht werden könnte.¹¹ Der Diskurs in der Fachwelt und in der interessierten Öffentlichkeit setzt auf spektakuläre medizinische Interventionen, die beim heutigen Wissensstand aus wissenschaftlicher Sicht als vage, in der ethischen Bewertung zugleich jedoch als hochproblematisch einzustufen sind.

So unbestreitbar ist, daß der Prozentsatz alter und hochbetagter Menschen in Gesellschaften wie der Bundesrepublik Deutschland weiter zunehmen wird, so irrational sind die Szenarien, denen zufolge die gesellschaftlichen Ressourcen in Kürze von einem Heer vollständig pflegebedürftiger alter Menschen verbraucht werden. Das in diesem Zusammenhang wieder auflebende Bild der Siechenheime verstärkt vorhandene Ängste und produziert Ratlosigkeit und Gefühle von erdrückender Belastung. Die Entwicklung nicht-stationärer Modelle von Hilfen und Pflegen im Alter wurde lange fast ausschließlich unter dem Blickwinkel der Kostendiskussion betrachtet; erst in den letzten Jahren gewinnt die Diskussion um die Schaffung abgestufter Versorgungsmodelle von häuslicher Pflege über Tagespflege, Kurzzeitpflege bis hin zur dauerhaften stationären Pflege langsam an Raum, wobei die ab 1991 geschaffenen zusätzlichen Finanzierungswege für ambulante Pflege auf dem Boden des Gesundheitsreformgesetzes überwiegend der partiellen Entlastung der Kostenträger der Sozialhilfe zugute kommen sollen und allenfalls als bescheidener erster Schritt in Richtung der finanziellen Absicherung von Langzeitpflege im häuslichen Bereich bezeichnet werden können. Eben an dieser Frage wird sich maßgeblich entscheiden, ob es gelingt, die sozialrechtlich sanktionierte Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, von »Heilbarkeit« und »Unheilbarkeit« erstmals fundamental aufzuheben.

Von der Öffentlichkeit weitgehend unbeachtet werden bereits wieder radikale Lösungen gedacht und vorgestellt. So referierte 1985 der Bevölkerungswissenschaftler Jürgens auf einer Tagung der Jungius-Gesellschaft in Hamburg unter dem Thema »Regulation, Manipulation und Explosion der Bevölkerungsdichte«. Jürgens stellte Berechnungen hinsichtlich der »Alterslastquote« und der nicht mehr finanzierbaren

Renten und Gesundheitsleistungen an und schlug als denkbaren Ansatz zur Beseitigung des »Altenberges« vor, man müsse »den Tod zur Disposition stellen«. Er brachte seinen Vorschlag mit dem Aussetzen alter Menschen bei den Eskimos und mit der japanischen Kulturtradition des »Selbstmordes aus Verantwortung« in Verbindung. Für derartige Maßnahmen, so Jürgens, müsse man in Deutschland allerdings zuvor die »Sozialethik manipulieren«.¹²

Derartige menschenverachtende Denkweisen zeigen, wie berechtigt die Sorge der Kritiker der gegenwärtigen Euthanasie-Debatte in der Bundesrepublik ist. Nach Dörner (1987) steht zu befürchten, daß bei Fortsetzung des eingeschlagenen Weges eine soziale Erwartungshaltung in der Bevölkerung entstehen könne, wonach alle Behinderten, Unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich von den medizinischen Vertretern der Wissenschaft den Tod geben zu lassen.

Hier sei noch einmal an die Schrift von Binding und Hoche aus dem Jahr 1920 erinnert. »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?« fragte der Jurist Binding. Und gemeinsam mit dem Psychiater Hoche bejahte er die Frage für Krebskranke, Tuberkulöse, tödlich Verwundete und für die »unheilbar Blödsinnigen«, die auch mit den Begriffen »leere Menschenhüllen« und »Ballast-Existenzen« belegt wurden. Hoche schrieb 1923 in einem Lehrbuch der Psychiatrie (Binswanger/Siemerling 1923, 245): »Die Pflege von vielen Tausenden geistig Toter bedeutet eine ungeheure Belastung eines Volksorganismus, der mit dem wirtschaftlichen Untergang kämpft, ohne daß irgendwelche Gegenwerte in Rechnung gesetzt werden könnten. Eine verfeinerte Sittlichkeit einer hoffentlich nicht zu fernen Zukunft wird die Vernichtung des völlig lebensunwerten Lebens gutheißen.«

Erinnert werden muß auch an die Absicht des NS-Regimes, die offenkundig kriminelle T4-Aktion durch eine gesetzliche Regelung der »Euthanasie« abzulösen. Der Gesetzentwurf trug den Titel »Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken«. Im § 1 hieß es: »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.« Im § 2 wurde formuliert: »Das Leben eines Menschen, welcher infolge unheilbarer Geisteskrankheit sonst lebenslänglicher Verwahrung bedürfen würde, kann durch ärztliche Maßnahmen, unmerklich für ihn, beendet werden.«¹³ Getötet werden sollte, wer nach längerer stationärer Beobachtung unter Anwendung sämtlicher zur Verfügung stehender moderner Therapieverfahren als absolut leistungsunfähig und »unheilbar« zu bezeichnen war. Grundlegender Widerspruch wurde in den Beratungen von keinem der konsultierten Experten geäußert.

Für die Frage nach der Kontinuität bezüglich der heutigen Euthanasie-Debatte erscheint weiter notwendig, sich an die Popularität des 1940/41 in Zusammenarbeit mit der Kanzlei Hitlers entstandenen Films »Ich klage an« zu erinnern. In diesem Film wurde die Frage der »Sterbehilfe« an Hand des fortgeschrittenen Krankheitsbildes einer an multipler Sklerose leidenden Arztfrau und eines nach Überleben einer Hirnhautentzündung erblindeten, tauben und schwer geistig behinderten Mädchens thematisiert.¹⁴ Die Analyse dieses Propagandafilms führt zu der entscheidenden Erkenntnis, daß (bis heute) in den Debatten um die sogenannte Sterbehilfe die Tötung auf Verlangen und die Tötung von Menschen, deren Lebenswert auf Grund von Behinderungen von anderen als gering erachtet wird, unauflösbar miteinander verbunden werden. Auch für die aktuelle ethische Diskussion um Fragen der Intensivmedizin zu Beginn und am Ende menschlichen Lebens sowie für die mit hohen

Emotionen besetzte Auseinandersetzung um die »Erlösung« von unbeherrschbaren Schmerzen und Leiden gilt es festzuhalten, daß mit dem Begriff Sterbehilfe von den Verfechtern einer Änderung der gültigen Strafbestimmungen Tötung gemeint ist, und daß die Frage, »Tötung auf wessen Verlangen?«, berechtigterweise auf die Unfähigkeit und fehlende Bereitschaft hinweist, schweres Leiden und gravierende Behinderungen auszuhalten. Ihre gefährliche Kraft gewinnt die nicht endende Debatte um die Sterbehilfe wiederum durch die Amalgamierung ökonomischer Überlegungen mit dem Herausstellen des vermeintlich nicht beherrschbaren individuellen Leids.¹⁵ Letzteres Leitthema bringt immer wieder auch Juristen dazu, das Tötungstabu durch gesetzliche Ausnahmen zu durchbrechen. So sprach sich 1986 der deutsche Juristentag zwar grundsätzlich gegen eine Änderung des Strafgesetzes aus, beschloß aber zugleich: »Es empfiehlt sich, bei der Tötung auf Verlangen gesetzlich die Möglichkeit vorzusehen, daß das Gericht von Strafe absehen kann, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist.«¹⁶ Daß sich das Leidensmotiv in bestimmten kritischen historischen Phasen nur zu gern mit ökonomistischen und sozialdarwinistischen Gedanken zusammenfinden konnte, wird bis heute weder von den Medizinern noch von den Juristen mit der erforderlichen Schärfe gesehen. In einem Land wie Holland scheint in den letzten Jahren offensichtlich unter dem moralischen Schild von Mitleid und mit dem Verweis auf ein vermeintlich weithin artikuliertes Bedürfnis nach Tötung auf Verlangen eine der größten Euthanasieaktionen der Neuzeit begonnen zu haben, von der theoretischen und gesellschaftlichen Ausgangssituation sicher weit entfernt von der Denkwelt der NS-Sozialdarwinisten, de facto aber mit einer beängstigenden Dynamik, in der »Indikations«-Grenzen und Motivationen nur scheinbar eindeutig gewahrt bleiben können.¹⁷

AIDS: Prüfstein der Lernfähigkeit

Bestimmten bis vor wenigen Jahren Äußerungen über die veränderte »Alterspyramide« und die Kosten des medizinischen Fortschritts insbesondere im Bereich der Intensivmedizin die Diskussion um die »Überforderung« des Gesundheits- und Sozialwesens, so gewinnt heute immer mehr die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit AIDS an Bedeutung. Dabei finden sich in beängstigender Dichte sämtliche irrationalen Raster nebeneinander, die in der Vergangenheit radikalen »Lösungen« zum Durchbruch verhelfen konnten. Die Angst vor einer uferlosen Ausbreitung dieser Erkrankung findet ihren Niederschlag und ihre Reaktionen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Forscher und Gesundheitsbehörden operieren entgegen allen üblichen Verfahren der Epidemiologie bei AIDS mit kumulativen Statistiken.¹⁸ Ein rationales Aufklärungsprogramm über Hauptübertragungswege und Schutzmöglichkeiten wird immer wieder durch panikschürende Berichte über hypothetische oder unbedeutende Infektionswege konterkariert. AIDS wird zum Menetekel, in welchem die Schrecken von Pest, Cholera und Syphilis zusammengeführt werden. Unter einer brüchigen Decke von Toleranz schaffen sich Abscheu und Haßgefühle gegenüber Homosexualität immer wieder Platz, wobei die »perverse« Sexualität in doppelter Weise vom common sense mit Aggressionen belegt wird: Gilt die Erkrankungshäufigkeit unter homosexuellen Männern einerseits quasi als Strafe für »unnatürliches« Verhalten, so richtet sich das angstbesetzte Interesse der breiten Öffentlichkeit vor allem auf die Frage, in welchem Umfang HIV-Infektionen in die Gesamtbevölkerung »einbrechen«.

Gleichzeitig lassen sich sowohl in der Laien- wie der Fachpresse Stellungnahmen finden, welche die ins Unermeßliche steigenden Kosten für die Behandlung der AIDS-Patienten beschwören, ohne plausible Begründungen zu liefern, warum für die entwickelten Industrienationen AIDS eine grundsätzlich neue Dimension für die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens darstellen sollte.¹⁹ In nur scheinbarem Gegensatz hierzu steht das unzureichende Problembewußtsein dafür, mit welchen massiven *zusätzlichen* Problemen im Bereich Prävention und Therapie von HIV-Erkrankungen die armen Regionen der Welt zu kämpfen haben.

Die Gefahr der Ausgrenzung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken auf dem Boden von Vorurteilen und Ängsten wurde von Osborn (1988, 447) wie folgt beschrieben: »Von Überreaktionen beherrschte politische Strategien sind in der Gefahr, Mauern um kranke Menschen herum zu bauen und sie zu quälen, und auch die gefestigte Demokratie wird vielleicht nicht stark genug sein, solchen ausgrenzenden Kräften zu widerstehen.« Auf derartigem Boden wachsen nicht allein Bestrafungsphantasien, Plädoyers für Reihenuntersuchungen und namentliche Meldepflicht, diese angstgesteuerte gesellschaftliche Entwicklung bereitet vielmehr zugleich den Weg zu »Euthanasie«-Überlegungen. Es ist kein Zufall, daß der Promotor der Sterbehilfe-Debatte in der Bundesrepublik, der Arzt J. Hackethal, in Massenmedien bereits die Tötung von AIDS-Kranken in fortgeschrittenen Krankheitsstadien gefordert hat. Es liegt auf der Hand, daß derartige Forderungen u.a. dadurch an Durchsetzungskraft gewinnen können, daß ein beträchtlicher Teil von AIDS-Kranken in bestimmten Phasen der Erkrankung erhebliche Anforderungen an die medizinische und pflegerische Betreuung stellt und daß bei einem ebenfalls nicht kleinen Teil der Kranken durch den Befall des Zentralnervensystems die eigene Entscheidungsfähigkeit und die Kontrolle über vitale Lebensfunktionen aufgehoben sein kann. Am Umgang mit diesen Kranken wird sich erweisen, ob unsere Gesellschaft in der Lage ist, wirklich Lehren aus der Vergangenheit zu ziehen. Dies würde bedeuten, vorhandene positive Erfahrungen bei der Betreuung Schwerstpflegebedürftiger aufzugreifen und damit durch *Handeln* der Beschwörung von vermeintlich unlösbaren Problemen entgegenzuwirken.²⁰

Der Weg zur Bewältigung schwerwiegender Probleme in der medizinischen wie pflegerischen Betreuung von Patienten wie der Gruppe der AIDS-Kranken wird aber nicht allein durch ökonomische Überlegungen blockiert. Es geht eben ganz wesentlich auch um die Infragestellung eingeschliffener Verhaltens- und Denkstrukturen bei den professionellen Helfern. In einer Darstellung der Hospiz-Bewegung in den USA wird in diesem Zusammenhang u.a. darauf aufmerksam gemacht, daß Ärzte zwar gern schwerpflegebedürftige Patienten, darunter in den letzten Jahren viele AIDS-Kranke, zur Hospizbetreuung überweisen, daß sie sich aber in der konkreten Betreuung dieser Patienten oft der unmittelbaren Verantwortung entziehen. Die Autoren stellen fest, daß dies maßgeblich dadurch zu erklären sei, daß Ärzte grundsätzlich Schwierigkeiten im Umgang mit Sterbenden haben. Ärzte müßten deshalb in ihrer Ausbildung lernen, nicht nur Krankheiten zu kurieren, sondern sich gleichermaßen um diejenigen Patienten zu kümmern, die sie im schulmedizinischen Sinne nicht »heilen« können. Schließlich, so die Schlußfolgerung der Autoren, müßten Ärzte vor allem verstehen lernen, »warum sterbende Patienten bei ihnen so starke Beunruhigung auslösen« (Bulkin/Lukashok 1988, 378).

Gesellschaftlicher Reichtum und Polarisierung

In der medizinischen Fachliteratur der USA werden die Grundkonflikte des Gesundheits- und Sozialwesens wesentlich klarer analysiert und der wissenschaft-

lichen wie vermittelt damit auch der allgemeinen Öffentlichkeit dargelegt.²¹ Auch hier findet sich ganz ähnlich wie in der Bundesrepublik zunächst die Herausstellung der ökonomischen Belastungen durch die rasanten Fortschritte in der medizinischen Forschung, Diagnostik und Therapie. Die sozialen Folgen dieses Prozesses stellen sich für die Bevölkerung der USA ungleich gravierender dar als in der BRD, da der Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen infolge des Fehlens eines starken Sozialversicherungswesens ohnehin bereits zum Teil erheblich erschwert ist. Dies gilt nicht nur für relevante Teile der nichterwerbstätigen Bevölkerung; auch unter den in regulären Beschäftigungsverhältnissen Stehenden hat in den achtziger Jahren der Prozentsatz der Nichtversicherten zugenommen. Insgesamt verfügen heute ca. 15 Prozent der US-Amerikaner nicht über eine Krankenversicherung im Sinne weitgehender Abdeckung gesundheitlicher Risiken. Demgegenüber hat die insgesamt zu verzeichnende Kostenausweitung weder den Gesundheitszustand noch die Versorgungssituation positiv beeinflusst. Bei der Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung belegen die USA Rang 15, bei der weiblichen Bevölkerung Rang 7 und bei der Säuglingssterblichkeit Rang 13 in der Welt. Beschäftigte mit geringem Einkommen geben bis zu 25 Prozent ihres Budgets für Gesundheit aus. In der Reagan-Ära hat sich insgesamt der Zugang zu medizinischen Leistungen durch staatliche Mittelkürzungen verschlechtert, das Heer von schlecht bis gar nicht versorgten chronisch Kranken ist gewachsen. Die Gesellschaft produziert somit maßgeblich die Probleme, die dann als nicht mehr bezahlbar und nicht mehr lösbar erscheinen. In einer Gesellschaft mit einem gigantischen und weiter wachsenden medizinisch-industriellen Komplex geraten international anerkannte Grundprinzipien der Betreuung geriatrischer Patienten und chronisch-psychisch Kranker zunehmend ins Wanken. Häusliche Krankenpflege wird von den verschiedenen Kostenträgern nur unzulänglich finanziert, Alten- und Pflegeheime mit oft schlechter Qualität haben dann den Charakter von Endstationen für Langzeitpatienten.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Psychiatrie-Reform in den USA. Unter dem Stichwort »Enthospitalisierung« wurde die Zahl der psychiatrischen Betten von 1955 bis 1985 von 560 000 auf 116 000 reduziert. Gleichzeitig wird übereinstimmend kritisiert, daß die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste auch nicht annähernd in der Lage sind, die entstehenden Versorgungsdefizite aufzufangen. Visotsky (1987, 1962) schrieb hierzu: »Das Problem besteht in der Beschaffung von politischen, behördlichen und finanziellen Ressourcen, die notwendig sind, um eine solche Langzeitbetreuung zu erreichen.« Gleichzeitig stellt er betroffen fest: »Das Stigma psychischer Krankheit, das in der jüngsten Vergangenheit an Brisanz abgenommen hatte, hat sich nun wieder verstärkt mit dem öffentlichen Hervortreten schwerkranker Patienten ohne angemessene Zuwendung, Schutz, Nahrung und Pflege, Patienten, die auf unseren Straßen herumirren oder schlafen.« Eben dieser gesellschaftlich hervorgerufene Teufelskreis wird zur schier unüberwindlichen Hürde bei der Integration der am stärksten benachteiligten chronisch-psychisch Kranken. So verschieden die Situation in der BRD auch sein mag und trotz unbestrittener Fortschritte durch die hiesige Psychiatrie-Reform seit den siebziger Jahren bestehen auch hier massive Defizite fort, gegen deren Beseitigung immer zentral das Kostenargument ins Feld geführt wird. Die zunehmende Verelendung eines großen Teils der Langzeit-Drogenabhängigen in den letzten Jahren belegt im Kontext der Wohnungsproblematik und des Defizits an Therapieangeboten einmal mehr, wie die Beschwörung der Lasten und fatalistische Grundpositionen ineinandergreifen, während andere extrem kostenintensive Bereiche des Gesundheitswesens, wenn vielleicht auch nicht undiskutiert, so doch im Kern unangetastet bleiben.²²

Der Begriff der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist in der Bundesrepublik mittlerweile zu einem festen Bestandteil des allgemeinen Bewußtseins geworden, obwohl sich zeigen läßt, daß die Gesamtausgaben – mißt man sie an der Entwicklung des Bruttosozialprodukts – seit 1975 relativ stabil geblieben sind. Forschung im Feld des Gesundheitssystems läßt sich seit einigen Jahren überhaupt nur noch im Kontext der ökonomischen Implikationen realisieren, sieht man von einigen Randbereichen ab. Weiter hat sich der Terminus des »Anspruchsdenkens« der Bevölkerung und der Patienten zu einem Schlüsselbegriff in der Wahrnehmung der Probleme des Gesundheitswesens entwickelt. Dabei wird trotz gewisser Versuche, auch den großen »Leistungsanbietern« bzw. »-verursachern« Planungsgrößen vorzugeben, von den relevanten Entscheidungs- und Kostenträgern in der Gesellschaft hingenommen bis begrüßt, daß die massive Förderung der Medikalisierung des Lebens maßgeblich vom ökonomischen Interesse großer Industriezweige bestimmt wird. Gesundheits- und Sozialpolitik setzt insoweit heute mehr denn je auf die Regulierungskraft des Marktes; die erheblichen strukturellen und qualitativen Probleme im Gesundheitssystem der gescheiterten sozialistischen Länder scheinen den Vertretern der Marktwirtschaft im Gesundheitswesen zunächst in vollem Umfang Recht zu geben.

Ein Blick in die USA könnte angesichts der erheblich polarisierteren Situation gegenüber den Verhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland deutlich machen, wie weit die Schere zwischen hochqualifizierten medizinischen Angeboten und absoluter Unterversorgung in diesem Marktgeschehen klaffen kann. Dabei würde rasch deutlich werden, wie brisant die Thematisierung der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen unter der Leitfrage der Kostenexplosion und/oder des Anspruchsdenkens ist. Geht es doch im Kern nicht um den Versuch einer notwendigen Diskussion über den humanen Einsatz moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren im Kontext einer Prioritätendebatte. Die Nutzung der hochspezialisierten Medizin mit all ihren fragwürdigen Implikationen stand und steht für Bevölkerungsschichten mit hohem Einkommen und ausreichender Versicherung nicht zur Diskussion. Vielmehr muß befürchtet werden, daß mit dem Schüren von Emotionen gegen eine vermeintliche Luxusmedizin und den Mißbrauch gesundheitsdienstlicher Leistungen das Niveau für die Basisversorgung abgesenkt werden soll. Mögen auch die Partikularinteressen der großen Leistungsanbieter zunächst noch dominierend bleiben, so ist bereits unübersehbar, daß die Träger der Sozialhilfe immer spürbarer unter dem Diktat der Verwaltung der Armut stehen, wenn auch zu Recht eingewendet werden kann, daß heute das Prinzip einklagbarer Sozialleistungen wirkt und somit *beliebige* Absenkungen auch im Bereich der Kranken- und Altenversorgung im Gegensatz zu den Zeiten der früheren Wohlfahrtspflege nicht ohne weiteres durchsetzbar sind. Dennoch kalkuliert die gegenwärtige Sozialpolitik in der Bundesrepublik die Verschärfung der Zweiteilung des sozialen Systems, das sich an der langfristigen Teilhabe an der Erwerbsarbeit orientiert, bewußt ein. Wer den Anforderungen der Arbeitswelt nicht ausreichend lange oder gar nicht gewachsen ist, wird auf die Leistungen der Sozialhilfe verwiesen, deren Finanzierungsspielraum ohne grundsätzliche Veränderungen bei der Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums in den nächsten Jahren erheblich enger werden wird. Ein wichtiger Prüfstein wird die Frage der Herstellung und Sicherung qualifizierter ambulanter wie stationärer Pflege bleiben, wobei die Dimension dieses Problems bislang entweder verdrängt oder dämonisiert wird.²³

Die Chance des Begreifens der Geschichte

Die Frage nach dem Fortwirken gesundheits- und sozialpolitischer Traditionen der NS-Zeit läßt sich sicher nicht sinnvoll bearbeiten, wenn diese Epoche als hermetisch abgeschlossener Zeitraum verstanden wird. Insoweit wirkt auch die Begrenzung der Betrachtungsweise auf die offenkundigen Barbareien im NS-Deutschland, an denen Ärzte in erheblichem Umfang beteiligt waren, nach wie vor erkenntnisthemmend. Zugleich muß aber weiterhin die Wahrnehmung und Analyse des vollen Umfangs der Menschenvernichtung im NS-Staat als unzureichend bezeichnet werden.

So behutsam das Mittel des unmittelbaren Vergleichs mit der Ideologie und Praxis des NS einzusetzen ist, so sicher ist auch, daß wir verpflichtet sind, nach den Wurzeln rassenhygienischen und ökonomistischen Denkens und dem Fortbestehen derartiger Überzeugungen zu fragen. In der gegenwärtigen Zeit einer tiefen und langdauernden sozialökonomischen Krise in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund der globalen ökologischen Katastrophe und des Beginns neuartiger weltweiter Bevölkerungswanderungen, welche zunehmend in die Metropolen hineinwirken, wird es erforderlich bleiben, die permanente Beschwörung der Belastungen unseres Gesundheits- und Sozialsystems zu decouvrieren, um so frühzeitig wie möglich neuen »radikalen« Lösungsversprechungen entgegentreten zu können. Daß derartige Anstrengungen auch mit Erfolgen verbunden sein können, wofür exemplarisch die relativ breite Abwehr der Ausgrenzungs- und Quarantänephantasien des Politikers Gauweiler und trotz aller Rückschläge auch die Erfolge der Sozialpsychiatrie-Bewegung seit den siebziger Jahren genannt werden sollen, kann gegen einen historischen Fatalismus immun machen. Die Gegenwart läßt sich aber ohne das Wissen um die zwölfjährige NS-Herrschaft und deren Entstehung weder begreifen noch fortentwickeln. Dies ist der entscheidende Erkenntnisschritt bei der Frage nach der historischen Kontinuität. Diese Frage wird uns auch nach dem November 1989 nicht loslassen.

Anmerkungen

- 1 Aus der umfangreichen Literatur zur sog. T4-Aktion sei stellvertretend verwiesen auf Aly (1987).
- 2 Exemplarisch sei hingewiesen auf Ebbinghaus (1984), Klee (1983) und Roth, Aly (1984).
- 3 Zum Gesamtzusammenhang s. u.a. Baader (1984), Bock (1986), Nowak (1980), Weingart/Kroll/Bayertz (1988), Weiss (1989).
- 4 Zur zeitgeschichtlichen Betrachtung der »Euthanasie«-Debatte s. zuletzt umfassend Klee (1990).
- 5 Zur Rolle Villingers in der NS-Zeit s. Klee (1983); danach hat Villinger bei der Erfassung zur Tötung wohl eher inhaltlich agiert, während er von der Sinnhaftigkeit des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« vollständig überzeugt war. Zu seiner Funktion bei der Schaffung eines neuen Sterilisationsgesetzes nach 1945 s. Schmacke/Güse (1984) sowie Villinger selbst (in: Ehrhardt/Villinger 1961); es wird deutlich, daß Villinger die Notwendigkeit eines »eugenischen« Sterilisationsgesetzes auch nach 1945 sah, daß er negative gesundheitliche Folgen der Zwangssterilisationen ausschloß, entsprechend gegen Entschädigungsleistungen plädierte und insofern offenbar auch keine Veranlassung sah, im zitierten Handbuch der Psychiatrie von 1961 seine eigene Rolle während der NS-Zeit zu erwähnen.
- 6 Zu Vilmar's Äußerungen im Zusammenhang mit dem Deutschen Ärztetag 1987 s. ausführlicher Schmacke (1987); zur Stereotypie des Kollektivschuld-Diskurses s. zuletzt Giordano (1987, 257-279). Vilmar's Äußerungen sind nachzulesen in den Heften 18, 22 und 31/32 (1987) des Deutschen Ärzteblattes. Es bleibt einer intensiveren Studie vorbehalten, Vilmar's parallel zu verzeichnende Argumentation gegen den Ökonomismus im Gesundheitswesen, insbesondere in der aktuellen Euthanasie-Debatte, zu würdigen.
- 7 Es wird gelegentlich argumentiert, die in den achtziger Jahren gewachsene Selbsthilfebewegung im Gesundheitswesen habe im Sinne grundsätzlicher Infragestellung des etablierten Systems der

Gesundheitsversorgung erfolgreich gewirkt. Es ist hier nicht der Ort, die Reichweite des Selbsthilfedankens zu erörtern. Es sei aber die These gewagt, daß die erstaunliche und im Kontext der Entprofessionalisierung ermutigende Vielfalt von Selbsthilfegruppen das Grundverständnis des Gesundheitssystems nicht zu erschüttern vermocht hat.

- 8 Ehrhardt, Schüler Villingers, vertrat in derselben Arbeit die für die damalige Zeit typische Auffassung, daß von einer generellen Verantwortung der deutschen Schulpsychiatrie für die T4-Aktion nicht die Rede sein könne: »Einzelne Ärzte ohne Gewissen hat es immer und überall gegeben und wird es immer geben« (Ehrhardt 1965, 41f.). Zu Ehrhardts Rolle bei der Entwicklung des neuen Irrationalismus in der Euthanasiediskussion bis Anfang der siebziger Jahre s. Güse/Schmacke (1976, Bd. 2, 429-432).
- 9 In der BRD beschäftigen sich die zumeist an den medizinischen Fakultäten der Universitäten oder bei den Landesärztekammern angesiedelten Ethik-Kommissionen fast ausschließlich mit Fragen der Forschung, hierbei mit starkem Akzent auf pharmakologischen Studien. Ethische Fragen des Umgangs mit diagnostischen und therapeutischen Konfliktsituationen werden vom etablierten Gesundheitswesen bislang kaum systematisch beleuchtet. Zur Bestandsaufnahme der bisherigen Ethik-Kommissionen s. Daele/Müller-Salomon (1990).
- 10 Es wäre eine eigene Untersuchung wert, den aktuellen Diskurs um die angenommene nosologische Entität »Alzheimer-Krankheit« aufzuarbeiten. Es handelt sich um eine Ausschluß-Diagnose; die publizierten Zahlen über die Zunahme im letzten Jahrzehnt sind aus zahlreichen methodischen Gründen mit großer Zurückhaltung zu betrachten (unbeschadet der Tatsache, daß mit zunehmender durchschnittlicher Lebenserwartung in entwickelten Gesellschaften die Zahl altersverwirrter Menschen zunimmt).
- 11 Eine umfangreiche Übersicht über die internationale Literatur zur Alzheimer-Krankheit bieten Schreiter/Biedert 1988.
- 12 Jürgens, H.W., Von der vorindustriellen zur industriellen Gesellschaft: Eine bevölkerungswissenschaftliche Perspektive. Vortrag gehalten auf einer Tagung der Jungius-Gesellschaft in Hamburg am 16.11.1985. Zit. n. Weiß (1986), der als erster umfassend auf die akademische Karriere und das Wirken von Jürgens hingewiesen hat (so habilitierte Jürgens z.B. über »Asozialität als biologisches und sozialbiologisches Problem«).
- 13 Die Entstehungsgeschichte dieser Legalisierungs-Planungen ist bei Roth/Aly (1984) nachzulesen; dem Dokumentenanhang kann entnommen werden, wie bereitwillig sich psychiatrische Experten an dieser Debatte beteiligten. Der Wortlaut der einzelnen Paragraphen wurde von Roth/Aly rekonstruiert (Stand der vermutlichen Schlußfassung vom Oktober 1940). Das Gesetz wurde nicht verabschiedet.
- 14 Hierzu vor allem Roth (1985); der Stellenwert dieses Films für die Gegenwart wird weiter ausführlich von Ebbinghaus (1985) beleuchtet.
- 15 Zu diesem allgemeinen Zusammenhang auch Wunder (1988). Damit ist die Frage berührt, die bereits Schulte (1965, 74) thematisierte: Schon vor der Epoche des NS-Staates wurde anfangs das Mitleid mit dem Kranken vorgegeben und vom *Gnadentod* gesprochen.
- 16 Zit. n. Deutsches Ärzteblatt 83 (1986), 3275.
- 17 Schätzungen gehen davon aus, daß in Holland seit Anfang der achtziger Jahre 2000 bis 10000 Patienten jährlich aktiv von Ärzten umgebracht werden, nach einem offenbar breit gesellschaftlich tolerierten Kodex ohne eindeutige gesetzliche Regelung. (Als Kriterien werden absolute Freiwilligkeit, Hoffnungslosigkeit der Krankheitssituation und Überprüfung der »Indikation« durch einen zweiten Arzt genannt.) Die Aussagen stützen sich auf Pence (1988), de Wachter (1989) und Singer/Siegler (1990). Es ist natürlich nicht auszuschließen, daß in anderen Gesellschaften und Staaten das Ausmaß derartiger Aktivitäten vergleichbar ist, ohne daß es eine derart breit geführte Fach- und Laiendiskussion gibt.
- 18 Ein Aufzählen von Erkrankungshäufigkeiten des Herzinfarktes oder des Bronchialkarzinoms würde die Problematik dieses Vorgehens sofort deutlich machen; hierzu in diesem Kontext u.a. Rosenbrock (1986).
- 19 Kirchberger hat in diesem Kontext u.a. auf die Parallele der Finanzierung der Dialysebehandlung terminal niereninsuffizienter Patienten hingewiesen, eine Therapieform, die Ende der sechziger Jahre ebenfalls unter dem Kostengesichtspunkt breit diskutiert wurde, die in der Anfangsphase älteren und multimorbiden Patienten vorenthalten wurde und die auch heute noch unter dem Gesichtspunkt »Dialyse oder Transplantation« im Blickfeld ökonomischer Debatten steht, die aber für Gesellschaften wie die BRD zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden ist (Kirchberger 1988). Derartige Erfahrungen werden in der aktuellen AIDS-Debatte

- selten adäquat berücksichtigt. So ist z.B. das ansonsten eher aufrüttelnde Memorandum der AIDS-Kliniker Helm und Stille ein Beispiel apokalyptischer Wendung realer Probleme: »Bestimmte private Versicherungen (Lebensversicherung, Krankenversicherung) werden durch AIDS nicht mehr kalkulierbar und finanzierbar sein ... Mit dem Thema AIDS sind aber auch vitale Interessen der Banken tangiert. Wenn 10 Prozent der potentiellen Immobilienkäufer gestorben sind, ein weiterer hoher Prozentsatz chronisch krank oder entmutigt ist, dann scheint es unausbleiblich, daß zumindest auf längere Sicht der Immobilienmarkt durch AIDS kollabieren wird.« (Stille/Helm 1987, 239)
- 20 Auf die innerhalb kurzer Zeit erworbenen positiven Erfahrungen im Umgang mit HIV-Patienten sei deshalb nachdrücklich hingewiesen. Derartige ermutigende Erfahrungen in einer enorm bedrückenden Gesamtsituation wurden für die BRD erstmals konzentriert in dem von Jäger (1987) herausgegebenen Kongreßband festgehalten.
 - 21 Die Darstellung folgt hier Arbeiten aus dem New England Journal of Medicine im Zeitraum 1985-1989. Warum das Niveau derartiger Betrachtungen in der medizinischen Literatur der BRD so unvergleichlich viel niedriger ist und welchen Effekt derartige Publikationen auf die Gestaltung des Gesundheitswesens haben, wäre eine eigene Untersuchung wert.
 - 22 Zum Abriss der Situation in den USA wird verwiesen auf Blumenthal u.a. (1986), Bulkin u.a. (1988), Mundinger (1985), Relman (1980), Thurow (1985), Mechanic u.a. (1987).
 - 23 Einen guten Überblick über die Problematik des gegliederten Systems der Betreuung pflegebedürftiger Menschen im ambulanten und stationären Bereich liefert die Dokumentation »Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik – Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik« in den Heften 11/1987, 1, 2 u. 4/1988 der Zeitschrift *demokratisches gesundheitswesen*. Zuletzt auch Bäcker (1990).

Literaturverzeichnis

- Aly, G. (Hrsg.), 1987: Aktion T4 1939-1945. Die »Euthanasie«-Zentrale in der Tiergartenstr. 4. Berlin
- Baader, G., 1984: Die Medizin im Nationalsozialismus. Ihre Wurzeln und die erste Periode ihre Realisierung 1933-1938. In: Pross, Ch. u. R. Winau (Hrsg.), Nicht mißhandeln. Berlin, 61-107
- Bäcker, G., 1990: Pflegenotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit – ein weiterhin ungelöstes Problem. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd.15, »Gesundheitsreform und die Folgen« (AS 190), 46-63
- Binding, K., und A. Hoche, 1920: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig
- Binswanger, O., und F. Siemerling, 1923: Lehrbuch der Psychiatrie, Jena
- Blüm, N., 1988: »Der Zug fährt auf den Abgrund zu.« Der Spiegel 10, 21-23
- Blumenthal, D., u.a., 1986: The Future of Medicare. In: The New England Journal of Medicine 314, 722-728
- Bock, G., 1986: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen
- Bovensiepen, G., 1989: Die Wiederkehr des Verdrängten in der Sprache – Vergleich von Sprachdokumenten der NS-Medizin mit Sprachdokumenten der AIDS-Debatte. In: Das Schicksal der Medizin im Faschismus – Internationales wissenschaftliches Symposium europäischer Sektionen der IPPNW 17.-20. November 1988, Erfurt/Weimar (DDR). Neckarsulm, 327-330
- Bulkin, W., und H. Lukashok, 1988: Rx for Dying: The Case for Hospice. The New England Journal of Medicine 318, 376-378
- Daele, W. van den, und H. Müller-Salomon, 1990: Die Kontrolle der Forschung am Menschen durch Ethikkommissionen. Stuttgart
- Dörner, K., 1987: Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute? Deutsches Ärzteblatt 84, 2020-2024
- Ebbinghaus, A., 1984: Kostensenkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung. Konsequenzen für das Anstaltswesen. In: Ebbinghaus, A., u.a., Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Hamburg, 136-146
- Ebbinghaus, A., 1985: Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen? Mitteilungen der Dokumentationsstelle für NS-Sozialpolitik 1, Heft 7/8, 3-22
- Ehrhardt, H., 1965: Euthanasie und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens. Stuttgart
- Ehrhardt, H., und W. Villinger, 1961: Forensische und administrative Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 235-247
- Giordano, R., 1987: Die zweite Schuld oder Von der Last ein Deutscher zu sein. Hamburg
- Güse, H.G., und N. Schmacke, 1976: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus (2 Bd.). Kronberg
- Jäger, H. (Hrsg.), 1987: AIDS. Psychosoziale Betreuung von AIDS- und AIDS-Vorfeldpatienten. Stuttgart
- Jennett, B., 1968: Entscheidung zur Therapiebegrenzung (Tagungsbericht). The Lancet (dt. Ausg.) 2, 62-64
- Katzman, R., 1988: Alzheimer's Disease. The New England Journal of Medicine 314, 964-973
- Kirchberger, S., 1988: AIDS – Ein Szenario in fünf Jahren. Unveröff. Ms.
- Klee, E., 1983: »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«. Frankfurt/M.
- Klee, E., 1990: »Durch Zyankali erlöst«. Sterbehilfe und Euthanasie heute. Frankfurt/M.

- Lo, B., 1987: Behind Closed Doors: Promises and Pitfalls of Ethic Committees. The New England Journal of Medicine 317, 46-50
- Mechanic, D., und L.H. Aiken, 1987: Improving the Care of Patients with Chronic Mental Illness. The New England Journal of Medicine, 317, 1634-1638
- Meyer, J.F., 1988: »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens« von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933. In: Der Nervenarzt 59, 85-91
- Mundinger, M.O., 1985: Health Service Funding Cuts and the Declining Health of the Poor. The New England Journal of Medicine 313, 44-47
- Nowak, K., 1980: »Euthanasie« und Sterilisierung im »Dritten Reich«. Göttingen
- Osborn, J.E., 1988: AIDS: Politics and Science. The New England Journal of Medicine 318, 444-447
- Pence, G.E., 1988: Do Not Go Slowly into That Dark Night: Mercy Killing in Holland. American Journal of Medicine 84, 139-141
- Relman, A.S., 1980: The New Medical Industrial Complex. The New England Journal of Medicine 303, 963-970
- Rosenbrock, R., 1986: AIDS kann schneller besiegt werden. Hamburg
- Roth, K.H., 1985: Filmpropaganda für die Vernichtung der Geisteskranken und Behinderten im »Dritten Reich«. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 2, 125-193
- Roth, K.H., und G. Aly, 1984: Das »Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken«. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941. In: Erfassung zur Vernichtung: Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe«. Berlin, 101-179
- Schmacke, N., und H.G. Güse, 1984: Zwangssterilisiert – Verleugnet – Vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen. Bremen
- Schmacke, N., 1987: Die neue Selbstsicherheit – Der Präsident der Bundesärztekammer bewältigt die Vergangenheit. In: 1999 – Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 4, 167-170
- Schreiter, U., und S. Biedert, 1988: Die Alzheimersche Krankheit: Befunde und Hypothesen. Der Nervenarzt 59, 73-84
- Schulte, W., 1965: »Euthanasie« und Sterilisation im Dritten Reich. In: Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus, hrsg. v. A. Flitner. Tübingen, 73-89
- Singer, P.A., und M. Siegler, 1990: Euthanasia – A Critique. The New England Journal of Medicine 322, 1881-1883
- Stille, W., und E.B. Helm, 1987: Memorandum: Die aktuellen Konsequenzen. AIDS-Forschung 2, 237-240
- Thurrow, L.G., 1985: Medicine versus Economics. The New England Journal of Medicine 313, 611-614
- Visotsky, H.M., 1987: The Great American Roundup. The New England Journal of Medicine 317, 1662-1663
- Wachter, M.A.M. de, 1989: Active Euthanasia in the Netherlands. JAMA 262, 3316-3319
- Weingart, P., J. Kroll und K. Bayertz, 1988: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt/M.
- Weiss, S.F., 1989: Die Rassenhygienische Bewegung in Deutschland, 1904-1933. In: Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945. Hrsg. v.d. Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Berlin, 153-173
- Weß, L., 1986: Hans Wilhelm Jürgens, ein Repräsentant bundesdeutscher Bevölkerungswissenschaft. In: Der Griff nach der Bevölkerung. Aktualität und Kontinuität nazistischer Bevölkerungspolitik. Hrsg. v. H. Kaupen-Haas. Nördlingen, 121-145
- Wunder, M., 1988: Sterbehilfe. Tötung auf wessen Verlangen? mabuse 13, 46-55

Podium Progressiv

Michelle Grégoire
(Hrsg.)
Neofaschismus
Dokumente aus
dem Bundestag
104 S., br., DM 9.-

Thomas Friedrich
**"Welch eine Kraft
es gab, als Stalin
sprach"**
Personenkult und SED
100 S., br. DM 9.-

Richard Schwarz
**Aspekte einer
neuen
Machttheorie.**
Michel Foucault
44 S., br., DM 4.-

Peter Bierl
**Rosa Luxemburg -
Die rote Demokratie**
112 S., br., DM 9.-

Bergmann/Kessler
(Hrsg.)
**Aufstieg und Fall
der Komintern**
250 S., br., DM 19,80

Malycha/Hedeler
**Die Stalinisierung
der SED**
100 S., br., DM 9.-

Michelle Grégoire
**Eine Archäologie
der West-PDS**
60 S., br., DM 5.-

PDS/Linke Liste, Postfach 3346, 6500 Mainz