

Michael Wunder
Riedstadt, 01. September 2010

Medizin und Gewissen – Können wir mit der Geschichte lernen?

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

„Die Menschenliebe, die Du meinst, Vater, halte ich für ganz überflüssig, eher für schädlich. Das Mitleid – und was kann Liebe zu Leuten die man nicht persönlich kennt, am Ende anderes sein – führt notwendig zu Sentimentalität, zu Schwäche. Und gerade, wenn man ganzen Menschengruppen helfen will, muss man gelegentlich hart sein können gegen den einzelnen, ja man muss imstande sein, ihn zu opfern, wenn’s das allgemeine Wohl verlangt. Du brauchst nur daran zu denken, Vater, dass die ehrlichste und konsequenteste Sozialhygiene direkt darauf ausgehen müsste, kranke Menschen zu vernichten. Ich leugne gar nicht, dass ich in dieser Richtung allerlei Ideen habe, die auf den ersten Blick grausam erscheinen könnten. Aber Ideen, glaub ich, denen die Zukunft gehört.“ (Schnitzler 1908)

Das war 1908. Die Idee, kranke Menschen zu töten, um das Wohl der anderen, nicht kranken Menschen zu mehren, lag schon Anfang der 20. Jahrhunderts wie ein dunkler Schleier über dem Geist und über der Seele vieler Menschen. Sie hatte Zukunft.

1895 hatte der zwanzigjährige Rechtsstudent Adolf Jost und seinem kleinen Büchlein: „Das Recht auf den Tod“ gefordert, die Tötung auf Verlangen körperlich Kranker und gleichzeitig die Tötung so genannter Geisteskranker freizugeben. Als Begründung zog er eine utilitaristische Nutzenabwägung heran. Der Wert des Lebens sei zu berechnen aus der Summe von Freude und Schmerz, die das Individuum selber empfindet und der Summe von Nutzen und Schaden des Individuums für seine Mitmenschen.

1920 greifen die viel berühmteren Karl Binding und Alfred Hoche, der bürgerliche Strafrechtler und der hoch angesehene Psychiater, diesen Gedanken auf und popularisieren ihn. Ihre Schrift heißt „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Binding fragt, unter welchen Bedingungen es denn eine „straffreie Erlösungstat“ geben könnte und kommt

zu der Antwort, dass „der Lebenswert für den Lebensträger selbst wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren haben muss“ (Binding/Hoche 1920, 27). Dies sei so für „die zufolge ihrer Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen, die in vollem Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen und ihn in irgendeiner Weise zu erkennen geben“ (Binding/Hoche, 29), und für die „unheilbar Blödsinnigen, die das furchtbare Gegenbild echter Menschen bilden und fast in jedem Entsetzen erwecken, der ihnen begegnet“ (Binding/Hoche, 31).

Die Tötung schwer Kranker auf ihr eigenes Verlangen – die Sonnenseite der Euthanasie, mit der auch heute oft argumentiert wird wenn es um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geht – und die Tötungsforderung für Bewusstlose, Behinderte oder andere Personen, die nicht oder nicht mehr für sich sprechen können, auf Verlangen der Gesellschaft, sind bisher untrennbar miteinander verbunden. Auf der Schattenseite wird mit dem Finger auf diese anderen gezeigt, die einen zu geringen Lebenswert haben, die nicht mehr dazugehören, die ausgeschlossen, die exkludiert sind.

Was die Nationalsozialisten mit dieser Ausgangslage gemacht haben, ist bekannt. Sie haben wie Berthold in Arthur Schnitzlers Roman sagt, jede Sentimentalität und Schwäche und jede Menschenliebe überwunden und das Leben von hunderttausenden Menschen mit psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung vernichtet, weil das in ihren Augen das „allgemeine Wohl“ verlangt hat.

- 5.000 Opfer der so genannten Kindereuthanasie, Massenmord durch Medikamente
- 70.000 Opfer in der sog. T-4 Aktion, Massenmord durch Gas
- 200000 Opfer nach dem Stopp der T4 ab August 1941, Massenmord durch Hunger, Nichtbehandeln von Krankheiten und Überdosierung von Medikamenten,
- darunter auch 10.000 Opfer der Aktion 14 F 13, bei der kranke und missliebige KZ-Häftlinge in die Euthanasie überführt worden.

In der berühmten Hartheim-Statistik, heißt es, dass allein durch den Gas-Mord an den 70.000 Menschen in der T4-Aktion das Dritte Reich 141 Millionen Reichsmark für Lebensmittel einsparte.

Heute – 70 Jahre danach – ist es leicht, sich in Abscheu abzuwenden und zu glauben, dass dies die Vergangenheit ist, die abgeschlossen ist und derer wir gedenken, damit das auch so bleibt. Aber ist die Vergangenheit abgeschlossen?

In der aktuellen Medizinethik wird häufig die Unvergleichbarkeit von damals und heute betont. Dabei wird über Themen wie Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik zur Verhinderung der Geburt behinderter Menschen und die genetische Verbesserung des Menschen ebenso diskutiert, wie über Suizidbeihilfe, terminale Sedierung und Sterbehilfe. Damals sei es aber um eine kollektive Betrachtung gegangen, um das Volksganze, um die Volksgesundheit, um Zwang und Machtausübung des Staates gegenüber dem Einzelnen. Heute dagegen ginge es um individuelle Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger, um freiheitliche Werteentscheidung jedes Einzelnen, die dann natürlich auch Entscheidungen in Bereichen der Eugenik und der Euthanasie betreffen könnten.

Ein Blick auf die moderne Euthanasiepraxis in den Niederlanden.

Das Ziel der niederländischen Gesetzgebung ist, die Euthanasie als Ausdruck der persönlichen und freiheitlichen Werteentscheidung jedes Einzelnen anzuerkennen, gleichzeitig aber auch die Selbstbestimmung als stabile Grenze gegen Fremdbestimmung und damit gegen den Rückfall in die Geschichte einzusetzen. Dafür nennt das Gesetz Sorgfaltskriterien:

- die Bitte des Patienten muss freiwillig und überlegt sein
- sie darf von Keinem beeinflusst und durch Keinem ersetzt werden
- der Zustand des Patienten muss aussichtslos, sein Leiden unerträglich
- der Patient muss aufgeklärt sein und
- ein zweiter Arzt muss hinzugezogen werden.

Die Praxis sieht anders aus:

Über 10 Jahre, von 1990 bis in das Jahr 2001 haben die Niederlande ihre Fallzahlen genau dokumentiert. Von daher wissen wir, dass Euthanasie mit Einwilligung von von 2.300 Fällen im Jahr 1990 (Maas 1996) auf 3.650 Fälle im Jahr 2001 (Onwuteaka-Philipsen 2003) angewachsen ist, was möglicherweise an der größeren Meldefreudigkeit liegt. Wir wissen aber auch, dass gleichzeitig eine gleichbleibend hohe Zahl von 940 bis 970 Fällen pro Jahr an uneingewilligten, also ungesetzlicher Euthanasie an Menschen mit Behinderung, mit

Demenz, mit psychischen Erkrankungen und anderen praktiziert wurde (Maas 1996, Onwuteaka-Philipsen 2003). Die handelnden Ärzte gaben folgende Gründe für die Tötung ohne Einwilligung an:

- keine Aussicht auf Besserung für die Patienten, 60%
- weitere medizinische Behandlung sinnlos , 39 %
- der Tod sollte nicht unnötig hinausgezögert werden, 33%
- die Angehörigen wurden nicht mehr damit fertig, 32%
- Lebensqualität zu niedrig, 31%
- Schmerz und Leiden des Patienten, 30% (Remmelink 1991)

Das sind alles fremdbestimmte Wertentscheidungen über Leben, die mit der individuellen Selbstbestimmung des Patienten nichts zu tun haben. Aber ist das Missbrauch? Ist das nicht vielmehr eine unvermeidlich Entwicklung, weil in diesen Fällen „das Leben für den Lebensträger selbst wie für die Gesellschaft jeden Wert verloren hat“?

Noch deutlicher ist diese Entwicklung zur Güterabwägung von Lebenswert und Lebensunwert im Kinderbereich. Der Groninger Kinderarzt, Eduard Verhagen, hat in den Jahren 1997 bis 2004 nach eigenem Bericht 22 behinderte Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahre mit Zustimmung der Eltern euthanasiert. Gesetzeswidrig. Er wurde dafür aber nicht bestraft. Im Gegenteil: er hat diese Tötungen wissenschaftlich ausgewertet und publiziert: in allen 22 Fällen habe eine extrem niedrige Lebensqualität vorgelegen und eine vorauszusehende Unfähigkeit der Selbstversorgung, hinzu gekommen seien in den meisten Fällen mangelnde Kommunikationsfähigkeit, eine dauerhafte Hospitalabhängigkeit und eine dabei durchaus längere Lebenserwartung (Verhagen 2005). Verhagens Handeln und Forschen hat zum sogenannten Groningen-Protokoll von 2004 geführt, in dem die Bedingungen für die Euthanasie an Kindern mit Behinderung zwischen 0 und 12 Jahren geregelt werden, die seither in den Neiderlanden legal ist.

Man kann den niederländischen Weg so zusammenfassen:

1. Die Bindung von Maßnahmen der Euthanasie an die persönliche Einwilligung ist keine stabile Grenze. Aus Gründen des Mitleids, meist aber aus der Erwägung der Gleichbehandlung Einwilligungsfähiger und nicht Einwilligungsfähiger kommt es zu gefährlichen Ausweitungen.

2. Wenn es einmal gesetzlich ermöglicht wird, dem Leben einen Wert oder einen Unwert zuzubilligen, der es rechtfertigt, dieses Leben zu töten, dann wird diese Wertung auch unabhängig von der persönlichen Verlangensentscheidung möglich, bei Behinderten, bei Alten, die sich nicht mehr äußern können, bei Kindern mit Behinderung.

Selbstbestimmung bildet keine stabile Grenze gegen Wert- und Unwertbestimmungen von menschlichem Leben. In neuer Verkleidung taucht die alte Gestalt der Vernichtung lebensunwerten Lebens wieder auf. Wenn es eine geschichtliches Vermächtnis gibt, dann die Erkenntnis, dass es über der Selbstbestimmung, die natürlich einen hohen Rang hat, noch eine andere Norm gibt, die unverbrüchlich ist, für alle Menschen in gleicher Weise gilt, weder durch gute Werke oder Leistungen erworben wird, noch durch mangelnde Leistungen oder Krankheit verwirkbar ist: die Menschenwürde.

Die UN-Konventionen für die Rechte von Menschen mit Behinderung von 2006 setzt diese an den Anfang aller Überlegungen. Deshalb ist sie von so großer Wichtigkeit für unsere heutige Arbeit in der Psychiatrie und der Behindertenhilfe. Die Konvention sagt, dass die Menschen in geschwächter Position, wie Menschen mit Behinderung, für die Einlösung der Menschenwürdegarantie die individuelle begründeten Freiheitsrechte, die autonomy rights, Selbstbestimmung, Persönlichkeitsentfaltung, Meinungsfreiheit, Teilhabe ebenso brauchen wie die sozioethisch begründeten Schutzrechte, die care rights, also das Recht auf Schutz bei Schwäche und Bedürftigkeit, aber ebenso auf Sicherung der leiblichen und sozialen Bedingungen eines Lebens mitten in der Gesellschaft, auch Schutz vor Eingriffen des Staates, auf angemessene Behandlung von Krankheit, auf angemessene Assistenz bei Hilfebedürftigkeit. Freiheitsrechte und Schutzrechte sind gleichberechtigte Menschenrechte im Konzept der Konvention.

Was so einfach klingt, ist so ungeheuerlich schwierig in der Praxis: Du hast das Recht auf Selbstbestimmung und auf meine Unterstützung, meine hinführende und ermöglichende Hilfe. Autonomie und Fürsorge – nicht Autonomie statt Fürsorge und auch nicht Fürsorge statt Autonomie.

Sollen – so kann man mit der Konvention fragen - die Menschen mit Behinderung, wir können auch sagen, die jeweils Anderen, die nicht zur Mehrheit der Gesellschaft gehören, hineingenommen werden in der Gesellschaft, oder gehören sie von vorn herein dazu? Integration oder Inklusion?

In der UN-Konvention heißt es stets „inclusion“, während in der deutschen Übersetzung es stets Integration heißt. Integration bedeutet aktive Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in gesellschaftliche Prozesse. Integration basiert also auf Normalisierung für Menschen mit Behinderung, die normale, im Sinne des gesellschaftlichen Durchschnitts, Wohnbedingungen, Arbeitsbedingungen, Bildungsbedingungen erhalten sollen. Implikation ist also die Anpassung an eine Durchschnittsnorm, an die Leitkultur, die Überwindung des Anders-Sein und natürlich das Vorhandensein einer bestimmten Grundbefähigung der Betroffenen, sich integrieren zu lassen.

Ganz anders der Inklusionsansatz. Inklusion bedeutet vorbehaltlose und nicht weiter an Bedingungen geknüpfte Einbezogenheit und Zugehörigkeit. Der Grundgedanke ist die Gemeinschaft Aller in einer Region oder Lokalität, die innerlich differenziert und vielgliedrig ist. Im Englischen spricht man auch von diversity. Der Ursprung dieses Ansatzes der Verschiedenheit und Vielgestaltigkeit ist auch in der Geschichte zu sehen. Theodor Adorno hat in seinen „Reflexionen über Auschwitz“ davor gewarnt, die Gleichheit der Menschen, außer der Gleichheit vor dem Gesetz, zu betonen, weil bei diesem Gleichheitsdenken ein unterschwelliger Totalitätsgedanke mitschwingen würde. Er prägte damals bereits den Begriff des „Miteinander des Verschiedenen“ als Mittel gegen Instrumentalisierung, Selektion und Ausschluss. Die Verschiedenartigkeit, die willkommen geheißen wird, ist dabei das tragende Element einer Gesellschaft. „Wir brauchen Dich, weil Du anders bist“, und „Wir brauchen den jeweils Anderen, ohne ihn wären wir arm“. Das ist etwas ganz anderes als die caritative Hinwendung, die von oben nach unten denkt und die von der jeweiligen Motivation der Handelnden ebenso abhängig ist wie vom gerade erwirtschafteten Reichtum einer Gesellschaft.

Können wir mit der Geschichte lernen?

Zum einen: Selbstbestimmung ist ein hoher Wert und ihre Respektierung eine absolut notwendige Voraussetzung für jegliches Handeln im Gesundheits- und Sozialsystem. Dies ist eine Lehre aus der Geschichte. Selbstbestimmung allein reicht aber nicht aus. Wird in ihrem Namen einmal erlaubt, dem Leben einen Wert oder Unwert zuzuordnen, dann ist mit ihr die Gefahr einer Re-Aktualisierung der alten Lebenswert-Debatte verbunden. Das zeigt die Entwicklung in den Niederlanden.

Zum anderen: Menschenwürde ist die Fundamentalnorm, die unverbrüchlich ist und für alle Menschen in gleicher Weise gilt. Menschenwürde wird für Menschen, die von Marginalisierung bedroht sind, das sind Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung, aber auch alle anderen Anderen wie Migranten, Wohnungslose oder Menschen mit abweichender sexueller Identität, aber erst einlösbar, wenn Autonomierechte und Schutzrechte in gleicher Weise garantiert sind. Erst dies ist eine wirklich starke Barriere gegen erneute Selektion und Lebenswert und Lebensunwertentscheidungen. Insofern ist die UN-Konvention auch eine geschichtsbewusste Antwort auf die Fragen der Zukunft.

Und drittens: eine Perspektive aus einer geschichtlich fundierten Betrachtung der gesellschaftlichen Entwicklung kann die sein, für eine inklusive Gesellschaft einzutreten, für eine Gesellschaft, in der Anderssein als willkommene Vielfältigkeit begrüßt wird. Nur so, glaube ich, können wir verhindern, dass die Zukunftsvision des Opfers der Schwachen zu Gunsten der Starken aus dem Jahr 1908 auf die nachfolgenden Jahrzehnte beschränkt bleibt und keinerlei Ausstrahlung mehr für unsere Zeit hat.

Literatur

- Binding, K, Hoche, A: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig, 1920
- Jost, A, Das Recht auf den Tod. Sociale Studie, Göttingen, 1895, zit. nach Benzenhöfer, U, Der gute Tod?, München, 1999
- Maas van der PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Bosma JM, Willems DL: Euthanasia, physician assisted suicide, and othermedical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990 – 1995. N Engl J Med 1996; 335: 1699 - 1705
- Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Ruruo ML, Vrakking AM, Georges JJ, Muller MT, van der Wal G, van der Maas PJ, Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990,1995 and 2001, Lancet 2003, 362: 395-399
- Remmelink-Report: Commmissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie, Medische beslissingen rond hat levenseinde, Onderzoek en Rapport, 's – Gravenhage. Sdu-1991.
- Schnitzler, A: Der Weg ins Freie, 1908. Neuaufgabe: Frankfurt, 1990
- Verhagen, E, Sauer PJJ, The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely ill Newborns, N Eng J Med 2005; 359: 995-962

Michael Wunder

geb. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,
Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung;
Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien;
Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik,
Mitglied der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, Mitglied des Deutschen Ethikrats
Korrespondenzadresse:
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Beratungszentrum Alsterdorf
Paul-Stritter-Weg 7
22297 Hamburg
Tel: + 49 – 40 – 50773566,
Fax: + 49 – 40 – 50773777,
e -mail: m.wunder@alsterdorf.de