

Geschichte als Argument in der Medizinethik:

Die Bezugnahme auf die Zeit des Nationalsozialismus im internationalen Diskurs

(1980-1994)

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin (Humanbiologie)

des Fachbereichs Medizin

der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von: Eva-Corinna Simon

aus: Münster

Gießen 2004

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin

Direktor: Prof. Dr. Volker Roelcke

des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

1. Gutachter: Prof. Dr. V. Roelcke

2. Gutachter: Prof. Dr. G. Fleischer

Tag der Disputation: 15.11.2004

meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. METHODISCHE VORBEMERKUNGEN.....	5
1.1 Die Bedeutung von Geschichte als Argument in der medizinischen Ethikdebatte	5
1.2 Schwerpunkte und Zielsetzung der Untersuchung.....	10
1.3 Quellen und Methoden.....	13
2. DIE DISKUSSION ÜBER STERBEHILFE, EUTHANASIE UND LEBENSWERT.....	19
2.1 Begriffsbestimmungen	19
2.2 Deskription des Diskurses im angloamerikanischen Raum	21
2.3 Argumentationsstrategien der angloamerikanischen Autoren.....	31
2.4 Deskription des Diskurses in der Bundesrepublik.....	37
2.4.1 Der Diskussionsbeginn im Deutschen Ärzteblatt	38
2.4.2 Reaktionen und Fortführung	44
2.5 Argumentationslinien der deutschen Autoren.....	55
3. MEDIZINISCHES ETHOS UND DIE ROLLE DER ÄRZTE IM NATIONALSOZIALISMUS	
3.1 Die Deskription der Debatte	63
3.1.1 Die Forderung, die Rolle des Ärztestandes im „Dritten Reich“ kritisch zu reflektieren.....	63
3.1.2 Die Kontroverse um das Vilmar- Interview aus dem Jahr 1987.....	71
3.1.3 Die weiterführende Diskussion Anfang der neunziger Jahre	81
3.2 Die Argumetationslinien der Debatte	89
3.2.1 Abriß der Realgeschichte der „Euthanasie“ von 1933 bis 1945	89
3.2.2 Der Eid des Hippokrates oder die Forderung, das Ärzte-Ethos auf deontologische Überzeugungen zu gründen.....	92
3.2.3 Kontinuitätslinien der Medizinethik: Biologistische Elemente in der Anthropologie, wissenschaftliche Rationalität und das Kosten-Nutzen-Denken.....	98
3.2.4 Individualschuld versus Kollektivschuld	105
4. DER BIOETHISCHE DISKURS UND DER FALL PETER SINGER.....	116
4.1 Bioethik als Teilgebiet der angewandten Ethik	116
4.2 Peter Singers ethische Grundposition.....	118
4.3 Die europäische Bioethik-Konvention 1994	122
4.4 Deskription des bioethischen Diskurses und der Singer-Debatte 1990 –1994.....	126
4.5 Analyse der Wertpräferenzen und der medizinhistorischen Bezüge des Diskurses.....	145
5. ERGEBNISSE UND AUSBLICK.....	149
5.1 Zentrale Ergebnisse der Analyse des Quellenmaterials	149
5.1.1 Exemplarische Auswahl von Argumentationstypen und ihre Bewertung.....	150
5.1.2 Ausblick auf den bioethischen Diskurs der Gegenwart	156
ZUSAMMENFASSUNG.....	160
LITERATURVERZEICHNIS.....	166
LEBENS LAUF.....	179

1. Methodische Vorbemerkungen

1.1 Die Bedeutung von Geschichte als Argument in der medizinischen Ethikdebatte

Gehörte die Medizingeschichte noch bis Anfang des 19. Jahrhunderts zu den Grundlagenfächern der medizinischen Wissenschaft, so geriet sie am Ende des 19. Jahrhunderts im Zuge eines aufkommenden naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses in den Hintergrund.

Der Medizinhistoriker Richard Toellner schreibt: „Die Medizin brauchte das von Autoritäten überlieferte, in Jahrhunderten angehäuften, erprobte und systematisierte Wissen der Geschichte nicht mehr, sie setzte jetzt auf das durch Beobachtung und Experiment gewonnene, intersubjektiv überprüfbare Wissen der Wissenschaft. Geschichte und Ethik wurden marginalisiert.“ Die Medizingeschichte sei somit zu einem Teil der allgemeinen Geschichtswissenschaft geworden mit dem Selbstverständnis einer „notwendige[n], zur Naturwissenschaft hinführende[n] Fortschrittsgeschichte.“¹

Im ausklingenden 20. und beginnenden 21. Jahrhundert erleben Geschichte und Ethik jedoch eine Renaissance: Neue Forschungserkenntnisse, beispielsweise die Entschlüsselung des menschlichen Genoms, und die rasante Entwicklung neuartiger humangenetischer Technologien werfen moralische Fragestellungen auf, die in radikaler Art und Weise sämtliche Lebensbereiche des Menschen betreffen. Toellner weist darauf hin, daß die „gesteigerte Verfügungsmacht der Medizin über das menschliche Leben“ nun daran erinnere, daß die Medizin nicht primär eine Erkenntnis- sondern eine Handlungswissenschaft sei und sich somit ethischen Grundsätzen verpflichte, die durch historische Traditionen vermittelt werden. Noch im 18. Jahrhundert bezog man sich auf die Fundamente und Charakteristika der alten akademischen Medizin. Doch Toellner betont auch: „Historia kann nicht mehr, wie noch die Aufklärung sie verstand, in pragmatisch-nützlicher Weise *vitae et medicinae magistra* sein und Ethik nicht mehr die Lehre

¹ Toellner 1997: 3

von den für alle und für immer geltenden Normen sittlich gerechtfertigten Handelns.“ Ein scheinbar „unwandelbares Ethos“ sei immer einer sich wandelnden Geschichte unterworfen; dies zeige das „niederschmetternde Versagen des ärztlichen Gewissens“ zur Zeit des Nationalsozialismus besonders deutlich.²

Es wäre also zu fragen: „Wie stehen Medizingeschichte und medizinische Ethik zueinander? Können ethische Normen aufgrund ihrer historischen Tradition gerechtfertigt werden?“ Gerade die ärztliche Standesethik beruft sich immer wieder auf Wertvorstellungen und moralische Grundsätze, die sich über Jahrhunderte hinweg in mehr oder minder variierten Form überliefert haben. Das bekannteste Beispiel hierfür ist der Hippokratische Eid.

Auch der Medizinhistoriker Urban Wiesing hat sich diesem Problem gestellt. Er untersucht drei Thesen, die Geschichte systematisch mit Ethik verbinden und in der medizinethischen Debatte immer wieder als Belege bestimmter ethischer Auffassungen dienen.

These 1: „Die Menschheit entwickelt sich mit der Zeit sowohl in den Wissenschaften als auch in der Moral kontinuierlich vom Niederen zum Höheren.“

These 2: „Es gibt zeitlose, genauer gesagt zeitlos gültige moralische Normen in der Medizin.“

These 3: „Es galten in der uns bekannten Zeit in der Medizin stets bestimmte Normen, die auch in der Zukunft gültig sind.“³

Der ersten These, so Wiesing, liege der Glaube an einen linearen Erkenntnisfortschritt sowohl in der medizinischen Wissenschaft wie in der Ethik zugrunde, der jedoch bei genauerer Betrachtung gar nicht existiere. Wiesing zitiert Sloterdijk: „Prozeß und Progreß bilden aufeinander nur einen trügerischen Reim, auf den man postmodern nicht mehr viel gibt. Es geht zwar weiter voran, aber nicht hinauf. (...) Wer später lebt, weiß es auch nicht besser – mit diesem Fazit endet das historische Experiment, das die Wahrheit zwingen wollte, sich im Laufe der Zeit immer mehr herauszustellen. Was sich im Laufe des Experiments wirklich herausgestellt hat, ist gerade dies, daß das spätere Wissen nicht mit Sicherheit das bessere ist.“⁴

² Ebd.: 4

³ Wiesing 1995: 130, 132, 133; vgl.: von Engelhardt 1979, 1987

⁴ Sloterdijk 1988, zitiert nach Wiesing 1995: 131

Es sei nahezu absurd, so Wiesing, in der Medizin von einem kontinuierlichen moralischen Fortschritt sprechen zu wollen: Niemand würde beispielsweise den Hippokratischen Eid aufgrund seines Alters als Irrtum, die 1991 zuletzt revidierte Helsinki-Deklaration aufgrund ihrer Jugend dagegen als angemessen bezeichnen. Die These 1 sei somit nicht haltbar -, „die historische Herkunft einer Norm sowie deren Verhältnis zum vermeintlichen Geschichtsablauf sagen nichts über deren Gültigkeit aus.“⁵

Auch die Thesen 2 und 3 müßten aus methodischen Gründen abgelehnt werden: Ein Betrachter vergangener Zeiten könne kaum etwas zeitlos Gültiges erkennen. Allerdings sei es gerade das „Nachfragen“, das angesichts der neuen Herausforderungen in der medizinethischen Debatte eine notwendige Tugend darstelle.⁶ Wiesing verweist auf die von Birnbacher beschriebenen Aufgaben einer medizinischen Ethik, nämlich: Analyse, Kritik, Konstruktion, Moralpragmatik.⁷

Besonders die zentrale Aufgabe der Ethik, die Konstruktion moralischer Normen, lasse sich ohne Einbeziehung historischer Erkenntnisse kaum bewältigen. Einzelne, in der Vergangenheit entwickelte Antworten auf bestimmte Fragen könnten sich auch in der Gegenwart als moralisch akzeptabel erweisen, wenn man im Sinne einer Prinzipienethik versuche, eine Moralpragmatik zu entwerfen. Eine solche Prinzipienethik erspare sich bewußt eine Letztbegründung von moralischen Normen, statt dessen biete sie konsensfähige mittlere Prinzipien an: autonomy (Achtung vor der Autonomie des Patienten), beneficence (Zuträglichkeit), nonmaleficence (Nicht-Schädlichkeit), justice (Gerechtigkeit). Eine solche Vorgehensweise begrüßt Wiesing, da sich die Medizin als praktische Wissenschaft in einem ambivalenten Verhältnis zur Letztbegründung moralischer Normen befinde. So könne man bei der Analyse moralpragmatischer Fragen auf die exemplarische Klugheit der Vergangenheit zurückgreifen und prüfen, welche pragmatischen Regelungen sich historisch betrachtet als angemessen erwiesen haben.

Der wissenschaftstheoretische Ansatz von Wiesing, Medizingeschichte und Ethik in eine fruchtbare Beziehung zu setzen, ist von der Forschung der letzten Jahre (u.a. Schmuhl, Hick, Roelcke) vertieft und präzisiert worden. Die Exzesse der nationalsozialistischen „Euthanasie“, der Zwangssterilisationen sowie der Humanexperimente in Konzentrationslagern und

⁵ Wiesing 1995: 132

⁶ Ebd.: 132

psychischen Anstalten drängt sie im Sinne von Mitscherlich zu der Frage: „Wie konnte es geschehen, daß Angehörige einer Gesellschaft, die sich selbst als führende ‘Kulturnation’ verstand, den Respekt vor der Würde gerade der schwachen und wehrlosen Menschen verloren und diese zum Objekt medizinischer Forschung und ökonomischen Kalküls machten - bis hin zur systematischen Vernichtung dieser Menschen?“⁸ Hier gilt es zu untersuchen, ob die oben genannten Exzesse historisch betrachtet als ein isoliertes Einzelphänomen zu bewerten sind - insofern, als die medizinische Wissenschaft und die therapeutische Praxis des „Dritten Reiches“ von Seiten der Politik lediglich instrumentalisiert wurden. Diesbezüglich drängt sich den Autoren die Frage auf, ob es nicht denkbar sei, daß es „in den Traditionen medizinischen Denkens und Handelns vielleicht Aspekte und insbesondere auch Wertsetzungen gibt, die weit über die Zeitgrenzen von 1933 und 1945 hinausreichen.“⁹ Wenn dem so wäre, hätte die Medizingeschichte konkret nachzuforschen, „unter welchen historischen Bedingungen solche latent destruktiven Potentiale der Medizin manifest geworden sind“¹⁰ und wie diese in neuer Form wieder in unsere Gegenwart einfließen könnten. Diese Forschungsrichtung stellt also an Wiesing die Frage, ob es angesichts der neuen geistesgeschichtlichen Paradigmen seit der Aufklärung im 18. Jahrhundert genüge, auf die „exemplarische Klugheit der Vergangenheit“ zurückzugreifen, zumal das „Exemplarische“ sich laut eigener Definition nur auf losgelöste Einzelfälle bezieht. Wichtiger wäre es, in einer Analyse der historischen Entwicklung transparent zu machen, welche Wertsetzungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorlagen und von den Nationalsozialisten übernommen wurden, wie die Stichhaltigkeit ihrer weltanschaulichen Prämissen zu beurteilen ist und welche Folgen bestimmte Wertpräferenzen aus sich entlassen.

Zu diskutieren bleibt diesbezüglich auch die These, ob der sogenannte Prinzipalismus, wie er zuletzt beispielsweise von Beauchamp und Childress entwickelt worden ist, eine tragfähige Moralpragmatik im Sinne Wiesings bereitstellen kann.¹¹

Befürworter dieser oben genannten Forschungsrichtung sind wie Toellner der Ansicht, daß es zwar kaum möglich ist, Letztbegründungen ethischen Handelns aus einem Rückblick auf die Medizinhistorie zu destillieren, es aber wohl möglich sei, sich im Sinne Toellners auf die

⁷ Vgl.: Birnbacher 1993

⁸ Roelcke 2000a: 193; vgl.: Mitscherlich 1945

⁹ Ebd.: 193

¹⁰ Ebd.: 193

Geschichte zu besinnen. Ein nachfragender Rückblick, der durch den oben aufgezeichneten Fragenkatalog geschärft sei, könne hilfreich sein für die Diskussion gegenwärtiger medizinethischer Probleme. Eine historische Analyse dieser Art liefere keine konkreten Handlungsanweisungen für zeitgenössische Problemfelder. Sie zeige aber den Teilnehmern der gegenwärtigen Ethik-Diskussion, zu welchen Gefährdungen bestimmte Wertpräferenzen in der Vergangenheit geführt haben und wie sie, unterschwellig immer noch virulent, auch unter veränderten Rahmenbedingungen ihre „latent destruktiven Potentiale“ neu entlassen können.¹²

¹¹ Beauchamp, Childress 2002; Paul Schotmans hat seine Bedenken hierzu in einem Beitrag zu dem 17. Sinclair-Haus Gespräch vorgetragen (vgl.: Schotmans 2002)

¹² Vgl.: Roelcke 2000a; sowie Roelcke 2000b

1.2 Schwerpunkte und Zielsetzung der Untersuchung

In den aktuellen Debatten zur Ethik in Medizin und Biowissenschaften wird sehr häufig auf die Vergangenheit und insbesondere auf die Medizin des Nationalsozialismus verwiesen. Die vorliegende Untersuchung hat sich zum Ziel gesetzt, diese Bezugnahme auf die Medizin zur Zeit des Nationalsozialismus für die Ethikdebatte in den Jahren von ca. 1980 - 1994 zu analysieren. Im Zentrum stehen dabei zwei Fragen:

1. Auf welche Weise, mit welcher Funktion wird die nationalsozialistische Vergangenheit in der aktuellen Medizinethik verwendet?
2. Geschieht diese Bezugnahme auf die Geschichte in historisch informierter Weise, d.h., entsprechen die von den Autoren in der aktuellen Debatte aufgestellten Behauptungen über die Medizin im Nationalsozialismus (und deren Vorgeschichte) dem aktuellen Stand des historischen Wissens?

Mit Hilfe verschiedener wissenschaftlicher Fachzeitschriften aus dem angloamerikanischen sowie deutschen Raum soll die in diesem Zeitraum kontrovers geführte Debatte um relevante medizinethische Standpunkte näher beleuchtet und greifbar gemacht werden. Die Einschränkung des oben genannten Zeitraums erfolgt aus pragmatischen Gründen, v.a. wegen der Fülle des Materials. Als Beginn des Untersuchungszeitraums erschien es sinnvoll, das Jahr 1980 zu wählen, da um diese Zeit - exemplarisch sichtbar im Rahmenthema des Gesundheitstages in Bremen - die öffentliche Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus in eine neue, enorm intensiviertere Phase eintrat.¹³ Das Ende des Untersuchungszeitraums impliziert nicht das Ende der Bezugnahmen auf die Geschichte im aktuellen Medizinethik-Diskurs, verdeutlicht aber doch eine Zäsur in dieser Debatte, die durch die Verabschiedung der Bioethik-Konvention des Europarates markiert wird.¹⁴ Die der Konvention vorausgegangenen Dispute zeigen, wie sehr Forschungsinteresse und Forschungsnotwendigkeit mit dem Selbstbestimmungsrecht und der Personenwürde des Patienten kollidieren können. Kritische Stimmen weisen darauf hin, daß eine Regelung, die unter gewissen Rahmenbedingungen Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Personen erlaubt, mit dem Nürnberger Kodex bricht, der 1947 im Rahmen des Nürnberger

¹³ Vgl.: Baader 1999

¹⁴ Syn.: „Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates“; in: Wiesing 2000: 123-128

Ärzteprozesses erstellt worden ist.¹⁵ Ausgehend von der Erstveröffentlichung der Bioethik-Konvention und begleitet von den rasanten Entwicklungen im Bereich der Molekulargenetik und Reproduktionstechnologie, kam es Mitte der 1990er Jahre zu einer neuen Phase des öffentlichen Interesses und der intensiven Debatte biomedizinischer Ethik, die mit einer enormen Zunahme an Publikationen einherging. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Zeit bis 1994, um in diesem überschaubaren Intervall die wichtigsten Formen der historischen Bezugnahme, die Art der Argumente, und die historische Informiertheit der medizinethischen Autoren zu analysieren. Alle diese Variablen hängen zudem eng mit äußeren Anlässen zusammen, etwa den Auftritten des Philosophen Peter Singer in Deutschland, so daß hier bereits ein komplexes Untersuchungsfeld vorzufinden ist. Die Ausweitung des medizinethischen Diskurses Ende der 1990er Jahre würde eine weitere Untersuchung notwendig machen, die allerdings in die Gegenwart hineinführen und damit eine wichtige Voraussetzung historischer Arbeit, nämlich die Möglichkeit der Distanzierung, in Frage stellen würde.

Angesichts der Fülle einzelner Themen mußte eine inhaltliche Beschränkung vorgenommen werden. Innerhalb des genannten Zeitraumes wurden daher drei wesentliche Themenfelder der Medizinethik ausgewählt, die bis in die Gegenwart hineinreichen:

- die Debatte um Euthanasie, Sterbehilfe und die Lebenswert-Diskussion
- das ärztliche Ethos und sein Bezug zu der Rolle der Ärzte im „Dritten Reich“
- der Fall Peter Singer

Bei der Bearbeitung dieser Themenfelder möchte ich nicht nur den jeweiligen Rationalitätsgehalt einzelner Handlungsoptionen nachzeichnen, sondern darüber hinaus divergierende Werthaltungen und ihre impliziten Wertsetzungen bzw. Normen transparent machen, sowie vermeintliche Sachzwänge als Ergebnis vorausgegangener Entscheidungsprozesse und deren Prämissen aufzeigen. Dabei scheint es hilfreich zu sein, die Bezüge der Diskussionsbeiträge zur nationalsozialistischen Vergangenheit zu verdeutlichen. So lag beispielsweise sowohl der

¹⁵ Der Nürnberger Kodex legt insgesamt 10 Grundsätze zum Schutze von Versuchspersonen bei der Teilnahme am Humanversuch fest (vgl.: Wiesing 2000: 114-116; zur Geschichte des “informed consent“ im Kontext des Nürnberger Kodex vgl.: Weindling 2001b).

Sterilisationspolitik als auch der „Euthanasie“ eine bestimmte Form von wissenschaftlicher Rationalität und Effizienzdenken zugrunde, die auf Prinzipien der Biologie und Ökonomie aufbaute, - eine Rationalität, die mit dem Untergang des „Dritten Reiches“ nicht einfach von der Bildfläche verschwand.

1.3 Quellen und Methoden

Im Folgenden sollen verschiedene wissenschaftliche Fachzeitschriften der Medizinethik aus dem angloamerikanischen und deutschen Raum sowie das *Deutsche Ärzteblatt* als Publikationsorgan der deutschen Ärzteschaft und damit als Spiegel des ärztlichen Selbstverständnisses auf medizinethische Artikel und ihre argumentative Bezugnahme zum Nationalsozialismus untersucht werden. Dabei beschränke ich mich wie bereits erwähnt auf den Zeitraum von 1980 bis 1994.

1.3.1 Quellen

Die vorliegende Auswahl der Zeitschriften muss als exemplarisch aufgefasst werden; sie kann als repräsentativer Querschnitt für die Vielzahl medizinethischer Fachblätter gelten, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Wiedergabe aller zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhandenen ethischen Positionen. Nachfolgend werden die einzelnen Zeitschriften benannt und mit Bezug auf die im jeweiligen Editorial erklärten Zielsetzungen kurz charakterisiert.

Deutschsprachige Zeitschriften:

- Deutsches Ärzteblatt* [Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln]
- Arzt und Christ* [ab 1993 *Zeitschrift für medizinische Ethik*; Schwabenverlag AG, Ostfildern]
- Ethik in der Medizin* [Springer-Verlag Berlin / Heidelberg]

Angloamerikanische Zeitschriften:

- Bioethics* [Blackwell Publishers, Oxford / Boston]
- IME-Bulletin* [ab 1989 *Bulletin of Medical Ethics*, Bioethics Publishers, UK]
- Journal of medical ethics* [BMJ Publishing Group, UK]
- Kennedy Institute of Ethics Journal* [John Hopkins University Press, Washington DC., USA]
- Ethics and Medicine* [Bioethics Press, USA]

Das *Deutsche Ärzteblatt* erscheint wöchentlich. Ziel des Ärzteblattes ist es, Übersichten, Originalarbeiten und Kurzberichte über praktische und Forschungs-bezogene Themen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zu veröffentlichen. In seiner Funktion als Standesorgan der deutschen Ärzteschaft wurde dieses Fachblatt ausgewählt, um zu untersuchen, inwieweit medizinethische Themen der breiten ärztlichen Leserschaft zugänglich gemacht werden. Als Spiegel des ärztlichen Selbstverständnisses gibt es zudem Aufschluß über das Verhältnis der deutschen Ärzteschaft zur eigenen Vergangenheit.

Die Zeitschrift *Arzt und Christ* wurde 1954 als Vierteljahresschrift für medizinisch-ethische Grundsatzfragen gegründet. 1993 wurde sie in *Zeitschrift für medizinische Ethik* mit dem Untertitel *Wissenschaft - Kultur - Religion* umbenannt. In einer Mitteilung an ihre Leserschaft äußert sich die Schriftleitung dazu folgendermaßen: „[...] bleibt es auch künftig das Ziel, in die immer komplexer werdende medizin-ethische Diskussion in besonderer Weise auch den Beitrag der christlichen Ethik einzubringen. [...] Ihr kommt in der Suche nach tragfähigen Grundlagen verantwortlichen Handelns [...] eine oft verdeckte, aber deswegen nicht gering zu veranschlagende Bedeutung zu. Der Untertitel der Zeitung soll dies verdeutlichen.“ Angesichts des kontinuierlichen Wandels ärztlichen Handelns und medizinischer Forschung könne weder auf „wissenschaftliche Präzision“ noch auf „qualifizierte ethische Stellungnahme“ verzichtet werden. Sachinformationen und begründete ethische Urteilsfähigkeit seien „die Bedingung, sich angemessen und mit Gewinn für die Leserschaft der ganzen Breite medizinisch ethischer Probleme zu stellen.“¹⁶

Die seit 1989 ebenfalls vierteljährlich erscheinende Zeitschrift *Ethik in der Medizin* [Organ der Akademie für Ethik in der Medizin] will durch Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten die interdisziplinäre Kommunikation stärken. Ein Hauptziel sei die „Vermittlung von Ethik in der Medizin in allen Anwendungsbereichen“.¹⁷ Angesichts des wachsenden Handlungsbedarfes in fast allen Bereichen der Medizin betrachtet sich die Zeitschrift als eine Informationsquelle für Kliniker, niedergelassene Ärzte und Vertreter medizinischer Berufe. Durch die Darstellung unterschiedlicher Denkmodelle und Argumentationsweisen unter Einbeziehung von Medizin, Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaften sowie Natur- und Sozialwissenschaften versuche

¹⁶ Zeitschrift für med. Ethik 1993; 39, 1:2

¹⁷ Ethik in der Medizin 1993, Bd. 5, H.1

man, die Wahrnehmung, Klärung und Diskussion medizinethischer Probleme zu intensivieren und dadurch auch das praktische Entscheidungsvermögen im medizinischen Alltag zu stärken.

Das Fachblatt *Bioethics* (UK, USA) erscheint sechsmal im Jahr. Mitherausgeber dieser Ethikzeitschrift sind u.a. die Bioethiker Helga Kuhse und Peter Singer, deren ethische Positionen zu heftigen Kontroversen Anlaß gegeben haben. *Bioethics* ist das offizielle Journal der *International Association of Bioethics* (IAB). Ziel dieser Zeitschrift ist es - 'to be truly international, linking all those working in bioethics and related fields, facilitating mutual contact, and encouraging the discussion of non-cultural aspects in bioethics.'¹⁸

Das *IME-Bulletin* (UK) wird 1985 als Zeitschrift des *Institute of Medical Ethics* veröffentlicht; es erscheint zehnmal im Jahr. 1989 löste sich die Zeitschrift jedoch vom Institut, um als unabhängiges Fachblatt mit dem Titel *Bulletin of Medical Ethics* unter der weiterbestehenden Leitung des ehemaligen Herausgebers Dr. Richard Nicholson in ihrer Arbeit fortzufahren.¹⁹ 1990 wurde dieser Prozeß abgeschlossen ('The Bulletin is now an independent publication'²⁰); seitdem wird die Zeitschrift von der Bioethics Publications Ltd. veröffentlicht. Die Zeitschrift befasst sich mit der gesamten Bandbreite medizinethischer, insbesondere bioethischer Themen. Als unabhängiges Forum will das *Bulletin* durch Veröffentlichung möglichst vielfältiger wissenschaftlicher Beiträge die medizinethische Debatte fördern. Dazu heißt es im knapp gehaltenen Impressum jeweils: 'Its aim is to publish as much useful information as possible in the field of health care ethics.'²¹

Das *Journal of medical ethics* (UK) wurde 1975 als multidisziplinäre Zeitschrift zur Förderung der Diskussion zeitgenössischer medizinethischer Probleme gegründet. Das sechsmal jährlich erscheinende Fachblatt veröffentlicht Beiträge zu allen Themengebieten medizinischer Ethik. Im Impressum heißt es: 'The editorial board has as its aims the encouragement of a high academic standard for this ever developing subject and the enhancement of professional and public discussion.'²² Das Journal arbeitet zusammen mit dem Institute of Medical Ethics, einer medizinethischen Forschungseinrichtung: 'It was established as the Society for the Study of Medical

¹⁸ *Bioethics* 2000 (February); Vol. 15, No 1

¹⁹ Vgl.: *Bull. Med. Eth.* 1989 (September / October); 53

²⁰ Ebd.:1990 (June), 59

²¹ Ebd.: 1990 (June), Impressum

²² *Journal of medical ethics* 2001(February); Vol. 27, No 1

Ethics and is an independent, non-partisan organization for the dispassionate multidisciplinary study of medico-moral issues raised by the practice of medicine [...] to promote high academic standards for this ever developing subject.²³ Das Institut leitet sich von einer 1963 an der Londoner Universität gegründeten Studentenvereinigung ab, die sich mit aktuellen Themen der Medizinethik auseinandersetzte und eine Vielzahl von Lesungen und Symposien organisierte.

Das *Kennedy Institute of Medical Ethics Journal* (USA) ist eine interdisziplinäre Zeitschrift für die Mitglieder des 1971 gegründeten *Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics*, einem Forschungs- und Lehrinstitut für zeitgenössische politische Themen der Georgetown Universität in Washington DC. Das Journal erscheint alle zwei Monate. Die Herausgeber legen Wert auf akademische Vielfältigkeit: Ihr Ziel ist es, sowohl religiöse, rechtliche, philosophische, sozialwissenschaftliche als auch medizinische Themen in die Ethikdebatte einzubringen: 'It publishes opinion and analysis dealing with social, ethical and public policy aspects of bioethics and related areas of applied ethics. It presents various points of view and encourages open debate on critical issues.'²⁴

Ethics and Medicine erscheint ebenfalls vierteljährlich. Die Erstveröffentlichung wird 1985 durch das *Rutherford House* ermöglicht, ein englisch-protestantisches Forschungszentrum für theologische Themen: 'Rutherford House is a research centre whose theological position is Protestant and conservative, but the Project is intended to draw together those with a common concern for a distinctively christian approach to medical ethics'²⁵ Ausdrückliches Ziel der Herausgeber ist die Vermittlung christlich-ethischer Standpunkte: 'It seeks to develop a christian mind on the complex and fundamental challenges posed to society by technological advance in medical science.'²⁶ Erscheint die erste Ausgabe 1985 noch mit dem Untertitel *A Quarterly Newsletter*, so wird dieser bereits im 2. Heft ersetzt durch: *A Christian Perspective*.²⁷ Ab 1990 liest man: *A Christian Perspective on Issues in Bioethics*; 1991: *An International Christian Perspective on Bioethics* und 2001 schließlich: *An International Journal of Bioethics*.²⁸ Damit einher gehen auch leichte Änderungen in der Formulierung der Zielsetzung: 1994 wird oben

²³ *Journal of medical ethics* 1995 (February); Vol 21, No 1: 64

²⁴ *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2000 (December); Vol. 10, No 4

²⁵ *Ethics and Medicine* 1988; 4:1

²⁶ Ebd.: 1985, 1:1

²⁷ Ebd.: 1985, 1:2

²⁸ Ebd.: 1990, 6:1; 1991, 7:2; 2001, 17:1

zitiertes Satz ergänzt durch - 'It seeks to develop a christian mind on the ... challenges... by the break-up of the Hippocratic consensus.'²⁹. Und 2001 heißt es: 'The mission of *Ethics and Medicine* is to reassert the Hippocratic consensus in medicine as seen through the lens of the Judeo-christian tradition, on the conviction that only a robust medical professionalism is able to withstand the challenges of emerging biotechnologies and their clinical applications.'³⁰

²⁹ Ebd.: 1994, 10:1

³⁰ Ebd.: 2001, 17:1

1.3.2 Methode

Die ausgewählten Artikel wurden mit den Methoden der Geschichtswissenschaft analysiert: Der Textinhalt wurde rekonstruiert, der Rationalitätsgehalt der Argumentation überprüft, sowie die Plausibilität und Wirkung im jeweils konkreten historischen Kontext untersucht. Im Vordergrund stehen die Deskription und Analyse ausgewählter thematischer Schwerpunkte in ihrer argumentativen Darstellung. Die Bewertung von „Plausibilitäten“ vorgefundener Argumentationstypen kann, angesichts der Komplexität des Themas und dem derzeitigen medizinhistorischen Erkenntnisstand, nur vorläufig erfolgen.

Um festzustellen, in welchem Maße die Autoren auf die Medizin zur Zeit des Nationalsozialismus eingehen, unterscheidet sich im Folgenden zwischen konstitutiven, marginalen und impliziten Formen der Bezugnahme.

Eine konstitutive Bezugnahme zeichnet sich durch die detaillierte Einbeziehung von historischen Ereignissen oder Erkenntnissen zur Untermauerung der eigenen These aus. Der geschichtliche Rückblick ist demnach unverzichtbar, um die zentrale Botschaft zu begründen. D.h.: Ohne den Bezug auf die nationalsozialistische Geschichte funktioniert das ethische Argument nicht.

Ein marginales Argument illustriert eher eine Aussage oder Position ohne, wie es beispielsweise eine konstitutive Bezugnahme tut, die argumentative Basis des Artikels darzustellen. Es wird additiv gebraucht; die zentrale Botschaft ist nicht notwendigerweise auf eben dieses Argument angewiesen.

Ein implizites Argument spielt ebenfalls auf die Geschichte - hier also auf die nationalsozialistische Vergangenheit - an, ohne jedoch exakte Bezüge rational zu entfalten.

Implizite Argumente versuchen nicht selten, mit sprachlichen Parallelen und zweideutig aufzufassenden Begrifflichkeiten, wie z.B. dem Begriff der „Ballast-Existenzen“, den Leser zu beeinflussen. Dabei setzen sie häufig auf indirekte Vergleiche zwischen ethischen Positionen, Personen und Ereignissen der Gegenwart und denen der NS-Zeit. So bauen sie unterschwellige Bilder auf, die sich der rationalen Kontrolle entziehen.

2. Die Diskussion über Sterbehilfe, Euthanasie und Lebenswert

2.1 Begriffsbestimmungen

Euthanasie (griech. „schöner Tod“) ist ursprünglich ein Begriff aus der Tradition der Stoa³¹. Nach dieser Lehre hatte der Mensch, wenn sein Leben durch Krankheit oder Gebrechlichkeit des Alters „lebensunwert“ geworden war, das Recht auf den Freitod.

Die Diskussionen im 19. und 20. Jahrhundert verlangten eine schärfere Ausdifferenzierung dieses weithin dehnbaren Begriffes³². Man unterschied und unterscheidet im Hinblick auf den betroffenen Patienten, die freiwillige, die nicht-freiwillige und die unfreiwillige Euthanasie. „Freiwillig“ meint, daß der Patient im Vollbesitz seiner geistigen Fähigkeiten zu sterben wünscht; er bittet um den eigenen Tod. Von der „nicht-freiwilligen“ Euthanasie spricht man, wenn der Betroffene nicht selbstständig in der Lage ist, diesen Wunsch auszusprechen, da er die Komplexität seiner Situation nicht nachvollziehen und somit keine eigenständige Entscheidung fällen kann. Vielfach zitiertes Beispiel hierfür ist die Problematik im Umgang mit schwerstbehinderten Neugeborenen. Ein Akt „unfreiwilliger“ Euthanasie liegt vor, wenn der Betroffene getötet wird, obwohl er sich gegen den eigenen Tod entschieden hat oder hätte entscheiden können, wenn er gefragt worden wäre.

In Bezug auf den die Euthanasie Ausführenden unterscheidet man die Formen der aktiven, passiven und indirekten Euthanasie. „Aktive Euthanasie geschieht [...] durch Handeln, beispielsweise durch das Verabreichen eines Giftes, passive Euthanasie durch Unterlassen,

³¹ Um 300 v. Chr. gründete Zenon d. J. die Stoa - ein in sich geschlossenes philosophisches System, das auf dem Ineinandergreifen von Logik, Physik und Ethik basierte und nach dem Lehrort (S. poikile) in Athen benannt wurde. Höchstes Ziel der Stoiker ist die individuelle Glückseligkeit. Erstmals taucht hier der Begriff Pflicht in der Philosophie auf. „Da Natur, Gott und Vernunft eins sind, muß der Mensch natur- und vernunftgemäß leben [...] Handlungen sind nicht nach ihrem Erfolg, sondern nach dem zugrunde liegenden Ziel zu bewerten.“ (Vgl.: Vogt 2003: 67 ff)

³² Zur Begriffsgeschichte vgl.: Schmuhl 1992: 25-28

beispielsweise durch den Verzicht auf eine lebenserhaltende Behandlung. Von indirekter Euthanasie spricht man, wenn, z.B. im Rahmen einer Schmerztherapie [...], ein lebensverkürzendes Risiko für den Patienten als unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen wird. Von der aktiven Euthanasie unterscheidet sich die indirekte also vor allem hinsichtlich der Handlungsintention.³³

In angloamerikanischen Diskussionen werden die Begriffe 'euthanasia' und 'unworthy of life' im Sinne eines terminus technicus gebraucht: sie lehnen sich an die griechische Bedeutung der Euthanasie als den schönen und sanften Tod an, wenn sie ohne nähere Bestimmung durch ein Attribut verwendet werden.

In Deutschland verband man schon seit den 20er und 30er Jahren mit der „Euthanasie“ die negative Konnotation einer „Vernichtung unwerten Lebens“.³⁴ Nach 1945, als die nationalsozialistischen Vernichtungsaktionen publik geworden waren, setzte sich diese Interpretation erst recht durch.

Im Folgenden verwende ich die Begriffe Euthanasie und Sterbehilfe synonym, und zwar im angloamerikanischen Sinn. Ich setze das Wort in Anführungszeichen, wenn es auf die Tötungsaktionen des NS-Regimes, also auf die Vernichtung sogenannten „lebensunwerten Lebens“ hinweisen soll.

³³ Wiesing 2000: 196

³⁴ Vgl.: Frewer 2000

2.2 Deskription des Diskurses im angloamerikanischen Raum

Zu Beginn der 80er Jahre ist im angloamerikanischen Raum bereits ein intensiver, öffentlich geführter Diskurs über Fragen der Euthanasie bzw. Sterbehilfe zu verzeichnen. Diesen Diskurs werde ich zunächst chronologisch geordnet beschreiben, bevor ich ihn im Kapitel 2.3 kommentiere.

1981 widmet sich das *Journal of medical ethics* der Debatte um 'Extraordinary means and the sanctity of life'³⁵. In ihr werden folgende Aspekte des Euthanasie-Problems diskutiert:

1. die sogenannte „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“, nach der jedes menschliche Leben einen absoluten Wert besitzt und nicht durch Dritte beendet werden darf;
2. die „acts-and-omission-Doktrin“, die zwischen aktivem Handeln und passivem Unterlassen (hier im Sinne von Töten und Sterbenlassen) einen moralischen Unterschied erkennt und deren Vertreter zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Therapiemitteln zur Lebensbewahrung differenzieren.

Hinter beiden Teilproblemen steht die Frage, welche Rolle der Lebenswert in der heutigen Medizin spielt und ob ein Modell der rationalen Lebensbewertung ethisch gerechtfertigt werden kann. Schon im Editorial weist der Herausgeber auf die Brisanz der Thematik hin. Zwar würden die Rechtssprechung und auch die Römisch-Katholische Kirche einen Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie ohne weiteres anerkennen. Doch dieser Standpunkt ließe sich philosophisch nur sehr schwer begründen.

1981 äußern sich die Bioethikerin Helga Kuhse und der Theologe Gerard Hughes zu dem ersten Aspekt, der Pädiater John Lorber, der Pädagoge John Harris und die Philosophin Anscombe zu dem zweiten. In den darauf folgenden Jahren wird die Debatte durch Autoren wie Reichenbach, Fairbairn, Marker, sowie Boddington und Podpadec weiter fortgeführt.

Die Bioethikerin Helga Kuhse (Department of Philosophy, Monash University, Australien) spricht zunächst als Vertreterin einer analytischen Ethik im Sinne des konsequentialistischen

³⁵ Vgl.: Editorial - 'Severely handicapped infants'. *Journal of medical ethics* 1981; 7: 115-116

Utilitarismus, der die Richtigkeit oder Falschheit von Handlungen nach dem Verhältnis zwischen ihren guten und schlechten Folgen bemißt.

Kuhse zufolge müssten die Befürworter einer absoluten „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“ sowohl aktive als auch passive Euthanasie ablehnen. Eine solche Haltung würde jedoch gegen die Interessen der Patienten verstoßen und in keinsten Weise der gängigen Medizinpraxis entsprechen, die z.B. eine passive Euthanasie von schwerstbehinderten Neugeborenen und terminal Kranken fast täglich praktiziere.³⁶ Den liberaleren Vertretern der „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“ wirft Kuhse dagegen eine inkonsistente Haltung vor. Diese seien der Auffassung, menschliches Leben müsse nicht immer mit allen Mitteln aufrechterhalten werden, und würden sich dabei auf die Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Therapiemitteln berufen. Der Abbruch außergewöhnlicher Mittel könne aber nicht mit absichtsvollem Töten gleichgesetzt werden. Eine solche Haltung werde von der jüdisch-christlichen Tradition unterstützt.³⁷ Und auch die AMA (American Medical Association) lehne zwar die absichtsvolle Beendigung menschlichen Lebens als eine der ärztlichen Ethik fundamental widersprechende Handlung ab, mache jedoch den möglichen Abbruch außergewöhnlicher medizinischer Maßnahmen von der persönlichen Entscheidung des Patienten oder dessen Familie abhängig.³⁸ Hier, so kritisiert Kuhse, stufe man medizinische Maßnahmen je nach Lage des Patienten als gewöhnlich oder außergewöhnlich ein und schaffe eine Werteanarchie, die die Ärzte zu willkürlichen statt rationalen Entscheidungen verleite: 'But if the kind of life that could be prolonged by medical intervention is allowed to be relevant in the decision as to whether or not a certain means will be employed, then we are implicitly moving from a 'sanctity-of-life' ethic to a 'quality-of-life' ethic.'³⁹ Da also auch viele Befürworter einer „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“ längst implizit die Bewertung menschlichen Lebens in der alltäglichen Praxis tolerieren würden, benötige man nun dringend ein einheitliches System rationaler Lebenswertkriterien.

Der Theologe Hughes zählt sich zu den liberalen Vertretern der „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“. Er räumt ein, daß die Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln auch

³⁶ Kuhse verweist diesbezüglich auf Rachels 1979: 150; sowie Singer 1979: 149, 229

³⁷ Vgl.: Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Declaration on euthanasia 1980; sowie John Cardinal Heenan 1974: 7

³⁸ Vgl.: Steinbock 1980: 74

³⁹ Kuhse 1981a: 77, sowie dieselbe 1981b

eine Bewertung menschlichen Lebens einschlieÙe. Ein von Kuhse vorgeschlagenes Konzept rationaler Lebenswertkriterien würde jedoch ein gefährliches Kosten-Nutzen-Denken unterstützen. Kuhses utilitaristische Ansicht, es mache ethisch betrachtet keinen Unterschied, ob man eine lebensunterstützende Maschine abstelle oder dem Patienten eine tödliche Spritze gebe, sei reduktionistisch. Es bestehe sehr wohl ein moralischer Unterschied zwischen aktivem Töten und dem Abbruch außergewöhnlicher Therapiemittel zur Lebensverlängerung. Der Begriff „außergewöhnliche Mittel“ beinhalte zumindest die Warnung, daß der Versuch, menschliches Leben grundsätzlich zu bewahren, nur in ganz bestimmten Fällen abgebrochen werden dürfe.

Die Frage nach dem moralischen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen, d.h. zwischen aktiver und passiver Euthanasie, wird in den nächsten drei Abhandlungen des Journals erörtert.

John Harris (Department of Education, University of Manchester) eröffnet die Debatte um das zweite Teilproblem.⁴⁰ Dabei bezieht er sich auf einen Aufsatz des Pädiaters John Lorber (Department of Pediatrics, University of Sheffield) aus dem Jahre 1975. Harris kritisiert die Auffassung Lorbers, der eine aktive Tötung schwerstbehinderter Kinder ablehnt, sich statt dessen für ein ‘selective treatment’ im Sinne eines Sterbenlassens ausspricht.⁴¹ Eine solche Nicht-Therapie, so Harris, sei grausam und käme einem qualvollen Dahinsiechen gleich. Dabei greift Harris auf folgendes Zitat Lorbers zurück: ‘It would be impossible to formulate legislation, however human are the intentions, that could not be abused by the unscrupulous. There have been plenty of examples in the past, especially in Hitler’s Germany. Few just or compassionate persons would wish to give such a dangerous legal power to any individual or group of people.’⁴² Lorber verwendet hier ein „slippery-slope-Argument“, ein Argument der schiefen Ebene (syn. SE-Argument). Ein solches Argument läuft „auf die These hinaus, daß die Zulassung oder Billigung einer bestimmten Handlungsweise mit einer gewissen Zwangsläufigkeit eine Reihe von Nachwirkungen auslösen wird, die schließlich zu einem Zustand führen werden, der jeden vernünftig Denkenden mit Schrecken erfüllen muß.“⁴³ Nach Lorber führe - so referiert Harris- die Einlassung auf eine aktive Euthanasie letztlich zu einem schreckenvollen Ende, das den Zuständen der NS-Zeit ähneln werde. Das SE-Argument wird in dieser Form zum Faschismus-

⁴⁰ Harris 1981

⁴¹ Lorber 1975

⁴² Ebd.: 57-58

⁴³ Siehe Vorwort von Günter Patzig in: Guckes 1997

Argument. Harris gibt jedoch folgendes zu bedenken: 1.) Lorber und seine ärztlichen Kollegen würden diese gefährliche Macht [die Entscheidung über Leben und Tod eines Patienten] längst besitzen und im medizinischen Alltag auch ausüben. 2.) Die NS-Analogie versuche, den Übergang von der passiven zur aktiven Euthanasie als einen Übergang von einer zivilisierten und humanen Medizin hin zu den menschenverachtenden Praktiken der NS-Zeit darzustellen. Doch das NS-„Euthanasie“-Programm habe nichts mit der heutigen Euthanasie-Debatte zu tun: 'Under the Nazis euthanasia was simply one way of exterminating those racially or politically beyond moral consideration. And the Nazis were not short of other ways to achieve the same ends.[...] The spectre of Nazism offers no analogy at all and so only fogs the issues.'⁴⁴ Inwieweit der Einwand von Harris berechtigt ist und ob er den Ergebnissen der modernen Forschung standhält, wird diese Arbeit an späterer Stelle kritisch untersuchen.

Lorber antwortet Harris mit einem in der gleichen Ausgabe des Journals veröffentlichten Kommentar, geht jedoch nicht auf die Frage nach der Berechtigung der NS-Analogie ein. Statt dessen weist er darauf hin, daß das Model des 'selective-non-treatment' [des Sterbenlassens] im medizinischen Alltag zur Zeit die einzige Möglichkeit sei, derart ausweglose Situationen zu meistern. Lorber spricht sich vehement gegen aktives Töten aus: 'Even if it were legal I should certainly never do it. Nor can I conceive of any legislation which could draw up a list of criteria as to who should be killed for the sake of mercy and who should carry out such an act.'⁴⁵ Lorber setzt hier auf die zukünftige Entwicklung präventiver Methoden - 'then this painful phase [...] will prove to be a very short one.'⁴⁶

In einer zweiten Stellungnahme lehnt die Professorin Anscombe (Department of Philosophy, University of Cambridge) sowohl aktive als auch passive Sterbehilfe strikt ab.⁴⁷ Den Tod eines Menschen zu intendieren, sei verabscheuungswürdig, ganz gleich, ob man dieses Ziel durch Handeln (act) oder Unterlassen (omission) erreiche. Dennoch, so Anscombe, bestehe ein moralischer Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen: 'It is possible that Dr. Lorber was indeed aiming to kill by omission, and if so his action is only to be discriminated from 'positive

⁴⁴ Harris 1981: 118; bezogen auf die historische Forschung zeigt sich in dieser Argumentation die Unkenntnis des Autors über das NS-„Euthanasie“-Programm. Moralische Überlegungen spielten damals sehr wohl eine Rolle (vgl.: Schmuhl 1992)

⁴⁵ Lorber 1981: 121

⁴⁶ Ebd.: 121/122

⁴⁷ Anscombe 1981

euthanasia' by unclarity about his actions. Such unclarity is more difficult when positive action is taken to kill. And I should judge that the contempt for human lives is therefore greater with positive action.'⁴⁸

Anscombes Kommentar zu der von Harris angesprochenen NS-Analogie fällt äußerst knapp aus: 'Harris is misinformed about the Nazis. Positive euthanasia began with a privilege which was accorded to Aryans.'⁴⁹ Damit verweist sie auf die Mißbrauchsgefahr einer Legalisierung von Sterbehilfe, die sich - ursprünglich auf eine bestimmte Patientengruppe konzentrierend - im negativen Sinne immer weiter ausbreiten könne.

Bruce R. Reichenbach (Augsburg College, Minneapolis, Minnesota) widmet sich 1987 ebenfalls der Frage, ob es eine moralische Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie gibt.⁵⁰ Der Autor selbst vertritt einen konsequentialistischen Standpunkt und bewertet aktive und passive Euthanasie als moralisch gleichwertig.

Reichenbach zufolge lassen sich die Begriffe der aktiven und passiven Sterbehilfe nicht einfach unter die Kategorien Handeln und Nicht-Handeln bzw. Töten und Sterbenlassen subsumieren. Anhand der Analyse vielfältiger Beispiele kommt Reichenbach zu dem Schluß, daß man eine mögliche Unterscheidung höchstens im Sinne eines absichtsvollen Tötens auf der einen und dem Verzicht auf die Anwendung außergewöhnlicher Mittel auf der anderen Seite treffen könne: 'Perhaps the most helpful way of distinguishing two kinds of euthanasia [...] is intentional killing on the one hand and appropriate treatment for the dying or terminally ill on the other.'⁵¹ Doch auch dieser Unterscheidung steht Reichenbach skeptisch gegenüber. Sie basiere letztendlich auf der Annahme, daß absichtsvolles Töten prinzipiell als falsch aufzufassen sei. Dabei, so Reichenbach, könne absichtsvolles Töten sogar dem Schutz einer Gesellschaft im Sinne einer Gegenwehr dienen: 'It is difficult not to side with those who would see Col. Stauffenberg's 1944 attempt to assassinate Hitler as morally justified, given the dimensions of Hitler's atrocities and the degree to which the weaker members of the affected societies needed protection.'⁵²

⁴⁸ Anscombe 1981: 123

⁴⁹ Ebd.: 123

⁵⁰ Reichenbach 1987

⁵¹ Ebd.: 72

⁵² Ebd.: 72

Die These, daß es einen moralischen Unterschied mache, ob ein terminal Kranker durch aktives Töten (beispielsweise durch eine tödliche Spritze) oder an den natürlichen Folgen einer Krankheit (bzw. durch Abbruch oder Nicht-Einsatz außergewöhnlicher Mittel) sterbe, sei nicht haltbar. Befürworter dieser Haltung würden die Vorstellung von einer Art „Naturrecht“ pflegen: 'A case regarding means, it seems, can be shown only if one accepts some version of the natural law theory. Without this theory it is difficult to see that one can make a clear case that, all else being equal, dying by natural means is intrinsically good, whereas dying by unnatural is not.'⁵³

Ein Jahr später, 1988, äußert sich G. Fairbairn (Senior Lecturer in Education, North East Wales Institute of Higher Education, Wrexham) zur Debatte um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe für schwerstbehinderte Neugeborene.⁵⁴ Mit Bezug auf die genannten Beiträge geht Fairbairn auch auf das von Lorber formulierte Faschismus-Argument ein.

Fairbairn ist wie Harris der Auffassung, daß Lorber selbst an einem möglichen Dammbbruch mitarbeite, schließlich praktiziere er bereits passive Euthanasie: 'Either he [Lorber] is suggesting that if there is a slippery slope from active euthanasia to a repeat of the Nazi Holocaust then a bit further up that same slope is passive euthanasia, or he is suggesting that if allowing active euthanasia involves setting foot on such a slope then passive euthanasia is already precariously balanced on another such slope.'⁵⁵ Im Gegensatz zu Harris glaubt Fairbairn allerdings nicht daran, daß die Legalisierung der aktiven Euthanasie ein wirksames Kontrollmittel gegen eine mögliche Dammbbruchgefahr darstelle: 'It might even be argued that to make some benevolent infanticide legal might make such practices more likely, and of course, it is the making more likely of such practices that constitutes the slippery slope that Lorber fears.'⁵⁶

Bezüglich Lorbbers Nazi-Analogie vermutet Fairbairn, daß sich die damaligen und heutigen Euthanasievertreter in ihrer eigentlichen Motivation möglicherweise gar nicht so stark unterscheiden. Harris ignoriere die Tatsache, daß heutige Euthanasiebefürworter nicht ausschließlich für das Wohl des jeweiligen Patienten eintreten würden, sondern häufig auch die Interessen Dritter, wie z.B. der Familie, im Sinn hätten. Überhaupt könne Harris' Argumentation

⁵³ Ebd.: 73 (weitere Literatur zur Debatte über die aktive und passive Sterbehilfe: Rachels 1979; Beauchamp, Perlin 1987; Ramsey 1970)

⁵⁴ Fairbairn 1988

⁵⁵ Ebd.: 132

⁵⁶ Ebd.: 132

das von Lorber angeführte Faschismus-Argument nicht widerlegen. Dieses zeige lediglich: Wenn man erst einmal dem Grundsatz zustimme, daß bestimmte Menschen leben, andere hingegen besser sterben sollen, lasse sich dieses Prinzip auf immer mehr Menschen anwenden, die potenziell zu tötende Gruppe könne also stetig ausgedehnt werden. Harris sei, so Fairbairn, der Überzeugung, daß bestimmte Menschen über das Lebensrecht anderer entscheiden dürften; ein Gedanke, der auch dem NS-„Euthanasie“-Programm zugrunde gelegen habe: 'Underlying the Nazi euthanasia programme was the notion that some people could make the decision that others, innocent of any crime, should die, and underlying Harris's suggestion is the notion that it should be morally acceptable that some people should be able to decide that others, innocent of any crime, should die.'⁵⁷

Fairbairn untersucht diesbezüglich auch den Standpunkt der Bioethiker Singer und Kuhse. Deren Einstellung laute: Das NS-„Euthanasie“-Programm habe darauf abgezielt, lebensunwertes Leben zu beseitigen, das nach damaliger Überzeugung die Gesundheit des Volkes und der germanischen Rasse bedrohte. Ein solch ideologisch genährter Irrglaube sei heute jedoch nicht mehr zu befürchten: 'Since our society does not believe in any such entity (ie the 'Volk'), there is no real prospect that allowing active euthanasia of severely handicapped newborn infants would lead to Nazi-style atrocities.'⁵⁸ Fairbairn erwidert jedoch: Auch wenn der politische Nationalismus in der heutigen multikulturellen Gesellschaft nur sehr schwach ausgeprägt sei, könne ein möglicher Dammbbruch allein schon aus ökonomischen oder ästhetischen Gründen erfolgen. 'It does not matter whether the slippery slope began for the Nazis with the idea of purifying the race or with the idea of getting rid of the handicapped. It does not matter at what point the handicapped began to be considered 'lebensunwert'; what matters is that they were killed as part of a programme of active euthanasia because, being handicapped, they were considered 'lebensunwert'.⁵⁹

Aus all seinen Überlegungen zieht Fairbairn folgendes Fazit: Kuhse, Singer und auch Harris sei es nicht gelungen, Lorbbers Furcht vor einem möglichen Dammbbruch zu widerlegen. Und Lorbbers Furcht sei begründet. Aber auch Harris habe recht, wenn er aktive und passive Euthanasie als moralisch gleichwertig betrachte. Lorber habe, wenn vielleicht auch unbewußt, den von ihm

⁵⁷ Ebd.: 133

⁵⁸ Kuhse, Singer 1985 / 1987

⁵⁹ Fairbairn 1988: 134

gefürchteten Abhang bereits selbst betreten: 'One could point out that his denial that he [Lorber] is on the feared slope amounts to self-deception and that self-deception in itself makes the slope all the more slippery since deceiving oneself about the nature of one's enterprise might increase the likelihood that one will slip.' Laut Fairbairn müsse man jedoch jenen Abhang betreten, um das Leiden schwerstbehinderter Neugeborener nicht noch unnötig zu verlängern. Allerdings biete eine Legalisierung der aktiven Euthanasie hier keinen ausreichenden Schutz gegen potenziellen Mißbrauch: 'What is needed [...] is a way of ensuring that their deaths, whether actively or passively brought about, do not occur for reasons that are morally wrong, The real problem is to decide what might constitute such reasons for ending a life.'⁶⁰

1990 hält Ruth Marker von der Anti-Euthanasia Task Force (USA) eine Rede vor dem House of Commons (London), in der sie sich gegen die Idee des *Living Will* (vergleichbar mit dem in Deutschland bestehenden Patiententestament) ausspricht.⁶¹

Laut Marker zeige die Entwicklung in den USA deutlich, wohin eine Legitimation des *Living Will* führe: Die bisherige Praxis habe so ausgesehen, daß man bei Patienten im terminalen Stadium zwar die Therapie abbreche, ihnen aber weiterhin die notwendige Basispflege zugestehe. Heutige Euthanasieverfechter würden nun in solchen Fällen unter Verweis auf den *Living Will* für einen möglichst raschen Tod im Sinne der Mitleidstötung plädieren. Marker erinnert diesbezüglich an die Gründung britischer und amerikanischer Sterbehilfe-Vereinigungen in den 30er Jahren.⁶² Damals sei deren Forderung nach aktiver Sterbehilfe kaum durchsetzbar gewesen: 'Neither organization progressed in the next decades, due, in large part, to the horror at the word 'euthanasia' so closely linked with German atrocities in the minds of the public.'⁶³

Das dazugehörige Editorial unterstützt den Standpunkt Markers und verweist ebenfalls auf den Nationalsozialismus: 'In Germany, as a recent correspondent told the Editor, the memory of euthanasia under the Nazis is still too fresh for there to be such a development.'⁶⁴

Laut Marker stelle der *Living Will* als ein legal anerkanntes Dokument die Ausgangsbasis für

⁶⁰ Ebd.: 134

⁶¹ Marker 1990

⁶² Marker erwähnt hier die *Voluntary Euthanasia Society* (GB) und die *Euthanasia Society of America* (heute: *Society of the Right to die*)

⁶³ Ebd.: 21

⁶⁴ Ebd.: 20 (der bzw. die Autoren des Editorials werden nicht genannt)

einen Mißbrauch aktiver Euthanasie dar. Unter Berufung auf ein solches Papier könne eine spätere Therapie ohne weiteres abgebrochen werden. Der Begriff Therapie werde dabei so weitreichend interpretiert, daß auch Basismedikamente und Pflege darunter subsumiert werden könnten - einschließlich Insulin für Diabetiker sowie Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.⁶⁵ Das wahre Ziel der Euthanasieverfechter liege, so Marker, in der Legalisierung der aktiven Tötung. Dies habe Helga Kuhse bereits 1984 auf einem Treffen der *World Federation of the Right to Die Societies* gezeigt: 'If we can get people to accept the removal of all treatment and care [...] they will see what a painful way this is to die, and then, in the patient's best interest, they will accept the lethal injection.'⁶⁶ Euthanasie - zumindest die active - muss nach Markers Auffassung jedoch als Mord angesehen werden: 'Euthanasia has nothing to do with what is commonly called a 'right to die.' It has everything to do with a right to kill.'⁶⁷

Mit dem Thema Lebensbewertung und Lebensqualität setzen sich 1992 Paula Boddington (Department of Philosophy, University Bristol) und Tessa Podpadec (Department of Psychology, University of Exeter) auseinander.⁶⁸ Ihrer Auffassung nach gehen Philosophen und Psychologen mit zwei völlig verschiedenen Grundkonzepten an dieses Thema heran: Während die Psychologie vor allem nach dem *warum* einer Lebensbewertung frage, interessiere sich die Philosophie insbesondere für das *wie* und versuche, menschliches Leben anhand von Qualitätskriterien einzustufen. Als Beispiel für letztere Philosophen nennen die Autorinnen die Bioethiker Helga Kuhse und Peter Singer: '[They] argue that medical resources are more effectively used on those who are judged to have higher expectation of benefitting from life, that is, those who are expected to have a higher measure of quality of life.'⁶⁹

Während Kritiker der aktiven Euthanasie einen solchen Standpunkt als rationalistisch und gefährlich betrachten, berufen sich die Befürworter auf das Handeln im Interesse und zum Wohle schwerstleidender Menschen und lehnen demzufolge jegliche NS-Analogien ab. Boddington und Podpadec zitieren diesbezüglich Glover: 'The idea of deviding people's lives into ones that are

⁶⁵ hier bezieht sich Marker auf: Faith Conray 1990

⁶⁶ zitiert nach: 5th Biennial Conference of the World Federation of Right to die Society (Nice, France) Sept. 20-23, 1984. From Ethics Panel: The Right to Choose Your Death - Ethical Aspects of Euthanasia. Remarks by penal member Helga Kuhse, Ph.D., lecturer in philosophy at Monash University and research fellow at the Center of Human Bioethics in Melbourne, Australia, September 21, 1984.

⁶⁷ Marker 1990: 21

⁶⁸ Boddington, Podpadec 1992

⁶⁹ Ebd.: 202; vgl.: Kuhse, Singer 1985 / 1987: 143

worth living and ones that are not is likely to seem both presumptuous and dangerous. As well as seeming to indicate an arrogant willingness to pass godlike judgements on other people's lives, it may remind people of the Nazi policy of killing patients in mental hospitals. But there is really nothing godlike in such a judgement. It is not a moral judgement we are making, if we think that someone's life is too empty and unhappy as to be not worth living. It results from an attempt [...] to see his life from his own point of view and to see what he gets out of it.⁷⁰

Boddington und Podpadec kommentieren diese Aussage Glovers nicht, wehren sich in ihrem Artikel aber prinzipiell gegen die Aufstellung von Lebenswertkriterien. Singer und Kuhse würden beispielsweise Qualitätsfaktoren vorschlagen, die eine willkürliche Aneinanderreihung verschiedenster Zustände und Begriffe verkörpern: 'They talk about being 'sufficiently free from pain', having a life that is 'sufficiently worthwhile', a life 'that it will find satisfying', and mention as factors detracting from a good quality of life low intelligence and physical handicaps and problems such as incontinence, blindness, fits, and mobility problems. More worryingly, there may be doubt about whether their 'chatty' sort of account of quality of life is really giving a sufficiently adequate picture to support their broad conclusions (which follow from claims such as that someone with Down's syndrome has a reduced potential for a worthwhile life). Are we perhaps following unexamined received wisdom here?'⁷¹

Trotz ihrer Kritik plädieren die Autorinnen für eine Zusammenarbeit: Aufgrund der praktischen Arbeit mit Betroffenen besäßen Psychologen ein breites Spektrum unterschiedlichster Lebenswertkriterien. Die Philosophie könne diesbezüglich helfen, einzelne Erkenntnisse in ein klar strukturiertes theoretisches Konzept einzubinden. Allerdings beharren die Autorinnen weiterhin auf ihrer These vom immanenten Lebenswert: 'Psychology [...] has in this respect divorced the life from the liver: the liver of the life has unconditioned value, the life itself may need improvement.'⁷²

⁷⁰ Glover 1977: 52-53

⁷¹ Boddington, Podpadec 1992 : 209-210; bezogen auf: Kuhse, Singer 1985 / 1987: 61; 189

⁷² Ebd.: 217

2.3 Argumentationsstrategien der angloamerikanischen Autoren

Untersucht man die angloamerikanischen Beiträge auf ihre historischen Bezüge zur NS-Vergangenheit, so fällt auf, daß Hinweise auf die „Euthanasie“ des „Dritten Reiches“ nur marginal auftauchen. Die Beiträge lassen sich eher den pragmatischen Traditionen der angloamerikanischen Philosophie-Geschichte zuordnen, die sich seit Charles S. Peirce (1839 – 1914) im Gegensatz zu den europäischen Systemdenkern der Metaphysik auf utilitaristische Problemfelder konzentrieren und Letztbegründungen auch ethischer Grundsätze sowie historische Bezüge in den Hintergrund ihrer Überlegungen stellen. Gefragt wird also im allgemeinen, welche Folgen konkrete Sterbehilfe-Aktionen für den Patienten haben, wie sie gerechtfertigt werden können und wo ihre Grenzen liegen.

Diese Denkmuster eines konsequentialistischen Utilitarismus lassen sich zum Beispiel deutlich bei Helga Kuhse aufweisen. Ihr zentrales Motiv ist, schwerstleidenden Menschen zu helfen. Deshalb strebt sie an, die aktive Euthanasie zu legalisieren. Sie verweist darauf, daß in der Praxis des medizinischen Handelns die aktive Euthanasie schon längst nicht mehr ausgeschlossen werde, auch nicht von jenen Vertretern der sogenannten „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“. Kuhse fordert ein einheitliches System rationaler Lebenswertkriterien, um die behandelnden Ärzte von willkürlichen Entscheidungen abzuhalten.

Gegner eines Utilitarismus berufen sich jedoch überwiegend auf christliche Grundsätze, nach denen das Leben eines Menschen als unantastbares Gut gilt, und lehnen die aktive zum Teil auch die passive Euthanasie ab. Die Autoren Hughes, Lorber und Anscombe gehören z.B. dieser Richtung an.

Wie bereits erwähnt, taucht eine medizinhistorische Bezugnahme auf die Zeit des Nationalsozialismus in den Diskursen nur marginal auf. Sie spielt in der Gesamtargumentation eines Textes eine nebensächliche Rolle. Der Autor könnte auf sie verzichten, ohne daß sein Gedankenentwurf hierdurch empfindlich gestört würde. Als Beispiel sei der Artikel von Marker genannt: Marker spricht als Vertreterin der Anti-Euthanasia-Task-Force. Ihrer Auffassung nach muß jegliche aktive Euthanasie als Mord betrachtet werden. Diesen Standpunkt versucht die Autorin durch die bloße Erwähnung der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen zu

bekräftigen. Eine Analyse der historischen Entwicklung, eine nähere Erläuterung oder Begründung für die Berechtigung einer NS-Analogie erfolgt nicht.

Ähnlich wie Marker benutzt auch Anscombe Geschichte als marginalen Verweis, wenn sie schreibt, die positive Euthanasie habe als Privileg für „Arier“ begonnen. Ein solcher Satz ist in seiner Knappheit missverständlich. Anscombe versucht in ihrem Artikel Harris' These, die heutige Euthanasiedebatte habe mit den NS-„Euthanasie“-Verbrechen der Nazis nichts zu tun, zu widerlegen. Dabei verweist sie auf den folgenden drohenden Dammbbruch: Sterbehilfe im Sinne von positiver Euthanasie und auf Wunsch Betroffener [damals die „Arier“] könne sich langfristig im Sinne von negativer Euthanasie zu einer Ausmerze unerwünschter Mitmenschen ausweiten. Fraglich bleibt jedoch, auf welche historischen Anfänge sich die Autorin konkret bezieht. Begann die „Euthanasie“ als „Privileg für Arier“ mit dem von Adolf Jost 1895 verfassten Buch „Das Recht auf den eigenen Tod?“⁷³ Begann sie mit der Schrift Binding und Hoche über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens⁷⁴ oder mit den Euthanasie-Gesetzesvorschlägen eines Roland Gerkan⁷⁵? Steht der Begriff „Arier“ bei Anscombe für die nordische Rasse und bezieht sich damit auf die im 19. Jahrhundert aufkommende Rassenideologie? Bereits in den Schriften des Grafen Gobineaus steht dieser Begriff synonym für die „erlauchte Menschenfamilie“ und „auserlesene Rasse“⁷⁶. Oder wird „Arier“ hier eher im nationalsozialistisch verengten Blickwinkel des „Nicht-Juden“ gewertet und fällt damit in die Zeit um 1930? Anscombe's schlichte Behauptung kann ohne detailliertere Erklärungen weder die These von Harris entkräften, noch ihre eigene Position, die Legitimation der Sterbehilfe könne zu dem oben beschriebenen Dammbbruch führen, untermauern.

Als weiteres Beispiel für eine marginale Bezugnahme dient Reichenbach, der in seinem Artikel die Berechtigung einer moralischen Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe in Frage stellt. Man dürfe - so Reichenbach - die aktive, bewußt herbeigeführte Tötung nicht prima facie verbieten. Als Bestärkung seiner These zieht er den historischen Vergleich von Stauffenbergs Attentat auf Hitler heran: Hier beruft sich der Autor jedoch auf ein Extrembeispiel - die aktive Tötung eines Diktators zwecks Rettung einer von ihm unterdrückten Gesellschaft.

⁷³ Jost 1895

⁷⁴ Binding, Hoche 1920

⁷⁵ Gerkan 1913/14

⁷⁶ Graf Gobineau 1853-55; vgl. auch: Mann 1988, ders. 1993: 32

Eine solche Argumentation wirkt wenig plausibel. Es hat den Anschein, daß Reichenbach den historischen Verweis v.a. seiner rhetorischen Wirkung wegen benutzt.

In der Diskussion um mögliche Gefahrenpotentiale bei der Einführung einer aktiven Euthanasie spielt auch das Faschismus-Argument immer wieder eine Rolle. So befürchtet Lorber beispielsweise, daß getreu der Logik des „slippery-slope-Argumentes“ die naheliegende Tötung schwerstbehinderter Neugeborener letztlich zu ähnlichen Zuständen führe, wie sie im „Dritten Reich“ vorgeherrscht haben. Eine solche Befürchtung wird von den Befürwortern aktiver Euthanasie zumeist dahingegen abgeschmettert, indem man sich auf die politisch motivierten Beweggründe des NS-„Euthanasie“-Programmes beruft. Dieses Programm habe „lebensunwertes Leben“ beseitigen wollen, welches im Verdacht stand, die Gesundheit des Volkes und der germanischen Rasse zu bedrohen. Ein solch ideologisch genährter Irrglaube sei heute angesichts der multikulturell geprägten Gesellschaften westlicher Demokratien nicht mehr zu befürchten. Besonders Kuhse und Harris vertreten diese Auffassung. Allerdings ignorieren sie dabei die historischen Entwicklungen um die frühe Euthanasiedebatte vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten. Sie lehnen jegliche NS-Analogien ab mit der Begründung, daß die nationalsozialistische „Euthanasie“ im Auftrag des Staates zur Auslöschung politisch und rassisch Unerwünschter benutzt und auf diesem Wege pervertiert worden sei. Eine solche Aussage basiert jedoch auf mangelnden historischen Kenntnissen. Laut Kuhse bestehe eine Wiederholungsgefahr schon deshalb nicht, da ein ideologisch genährter Irrglaube an das „Volk“ (d.h. im nationalsozialistischen Sinne die germanische Rasse) in unserer multikulturell geprägten westlichen Welt keine Chance mehr habe. Heutige Euthanasieverfechter würden ausschließlich im Interesse der Patienten sprechen, ihnen gehe es um Leidensverminderung und nicht um Tötung menschlichen Lebens. NS-Analogien würden nur den Zweck verfolgen, jegliche Diskussion um Sterbehilfe abzublocken. Auch Harris beruft sich auf die unterschiedliche Motivation damaliger und heutiger Euthanasiebefürworter und schließt sich diesbezüglich der Meinung Kuhses an. Harris zufolge versuche die NS-Analogie, den Übergang von passiver zu aktiver Euthanasie als einen Übergang von einer zivilisierten und humanen Medizin hin zu den

menschenverachtenden Praktiken der NS-Zeit darzustellen. Dafür gebe es jedoch keinerlei Berechtigung, da man heute ausschließlich im Interesse der Betroffenen agiere.⁷⁷

Die historische Forschung hat jedoch deutlich gezeigt, daß eine solch einseitige Sicht der nationalsozialistischen Euthanasiebewegung falsch ist. Untersucht man das NS-„Euthanasie“-Programm und dessen Vorgeschichte genauer, wird deutlich, daß eugenisch-moralische Überlegungen sehr wohl eine Rolle gespielt haben und die Rassenideologie nicht allein der Nährboden nationalsozialistischer Tötungsaktionen gewesen ist. Man interpretiert das historische Geschehen falsch, wenn man meint, die nationalsozialistische „Euthanasie“ sei ein ein- und erstmaliges Ereignis gewesen, eine isolierte Episode, in der der Geist der Unmenschlichkeit unerklärlich in die Medizin eingebrochen und diese das Opfer einer perversen Partei- und Staatsdoktrin geworden sei. Schmuhl hat in seiner Monographie detailgetreu und umfassend nachgewiesen, daß die Tendenzen, die als Hauptmerkmale der Medizin im Nationalsozialismus angesehen werden, sich schon lange vor dem Ausbruch des „Dritten Reiches“ abgezeichnet haben, und zwar seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: „Die Akzeptanz der rassenhygienischen Programmatik, die von den 1890er Jahren bis in die 1930er Jahre stetig anstieg, stellte das Vehikel dar, mit dessen Hilfe der Gedanke der ‘Vernichtung lebensunwerten Lebens‘ Raum greifen konnte“⁷⁸. Diese Denkrichtung verstand sich als eine Wissenschaft mit ausgefeilten Theorieansätzen, Prämissen, Definitionen, Termini, Modellen, methodischen Anleitungen zur Praxis und Forschungsprogrammen: „Wissenschaftlichkeit kann geradezu als das formgebende und strukturbildende Moment der Rassenhygiene angesehen werden.“⁷⁹, wenn auch - von einem heutigen Standpunkt aus betrachtet - ihre sozialstatistischen und anthropometrischen Methoden dilettantisch erscheinen.

Demzufolge können sich auch in einer multikulturellen Gesellschaft, die nicht nationalsozialistisch gefärbt ist, Tendenzen eines naturalistischen Monismus ausbreiten. Und die Überzeugung von einer nicht zu hinterfragenden Wissenschaftlichkeit der Medizin kann wiederum zu einer Legitimationsideologie und zu Zuständen führen, die zwar nicht identisch sind

⁷⁷ Hier zeigt sich die Programmatik und Rhetorik heutiger Euthanasie-Befürworter. Eine solche Rhetorik läßt sich jedoch bereits bei den Akteuren der nationalsozialistischen „Euthanasie“ nachweisen.

⁷⁸ Schmuhl 1992: 18; die rassenhygienische Programmatik kann hier im Sinne einer weltanschaulichen Bewegung verstanden werden, die auf dem selektionistischen Sozialdarwinismus, d.h. auf einem naturalistischen Monismus fußte.

⁷⁹ Ebd.: 70

mit denen des „Dritten Reiches“, aber in anderen Formen und auf anderen historischen Wegen zu ähnlichen Ergebnissen führen. Auch ein Utilitarismus, der sich pragmatisch versteht und das Mitleid als zentrales Handlungsmotiv anführt, ist letztlich instrumentalisierbar.

Wie stark die Parallelen zu den Diskussionen der pränationalsozialistisch geführten Euthanasiedebatte sind, zeigt sich, wenn man z.B. dem Mitleidsmotiv von Kuhse und Harris ein Zitat Roland Gerkans aus dem Jahr 1913 gegenüberstellt. Gerkan schlägt einen selbstverfaßten Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe vor, in dem aktive Euthanasie straffrei bleiben soll.⁸⁰ Er schreibt: „Wir zerstören im Namen der Wissenschaft den Jenseitsglauben, der den Elenden ihr monate- und jahrelanges qualvolles Sterbelager erträglich macht. [...] Was bieten wir ihnen als Ersatz? Was antworten wir ihnen, wenn sie fragen: [...] warum verurteilt ihr uns zu so trostlosem, zwecklosem, überflüssigem Leiden? Warum laßt ihr uns nicht schon heute sanft sterben?“⁸¹ Schmuhl kommentiert treffend: „Diese Sätze verdeutlichen nochmals eindringlich, daß es kein Zufall war, wenn das Euthanasiepostulat auf dem Boden des naturalistischen Monismus Wurzeln schlug. Mit der Negierung alles Transzendenten verlor jedes Leiden ohne Aussicht auf Genesung seinen Sinn.“⁸² Dieser Gesetzesentwurf von Gerkan, der damals zunächst abgelehnt wurde, kann als einer der ersten Schritte auf dem Wege zur Vernichtung des sogenannten lebensunwerten Lebens betrachtet werden. Dieser Hinweis sollte zur Vorsicht raten, wenn man das Mitleidsmotiv zur Grundlage einer aktiven Euthanasie machen will, zumal wenn man glaubt, die Medizin könne „wissenschaftliche“ Legitimationskriterien darüber aufstellen, wann ein Leben lebensunwert sei. Sie würde verkennen, daß alle scheinbaren Sachkriterien von einem Menschenbild abgeleitet werden, das dem naturalistischen Monismus entstammt, der seinerseits wiederum auf fragwürdigen Prämissen beruht.

All diese Zusammenhänge bleiben außerhalb des Blickfeldes der angloamerikanischen Autoren, mit Ausnahme Fairbairns. Diesem leuchten die vorgebrachten Argumente nicht ein, daß a) der politische Nationalismus in unserer multikulturell strukturierten Gesellschaft nur schwach ausgeprägt sei, b) die Euthanasie jederzeit durch eine angemessene Rechtsprechung kanalisiert werden könne und c) die Motivation heutiger Euthanasiebefürworter - im Gegensatz zum

⁸⁰ Wortlaut des Gesetzesentwurfes in Schmuhl 1992: 111 (Originalquelle: Gerkan 1913/14: 169- 173)

⁸¹ Gerkan zitiert n. Schmuhl 1992: 110; Originalquelle: Gerkan 1913/14: 170 ff. (Zitat Gerkans aus einem privaten Brief, später veröffentlicht in der Reihe Monistisches Jahrhundert)

⁸² Schmuhl 1992: 110f

„Dritten Reich“ - ganz auf der Sorge um das Wohl des jeweiligen Patienten basiere. Laut Fairbairn könne ein möglicher Dammbbruch nämlich auch aus anderen als rassistischen Gründen erfolgen, zum Beispiel aus ökonomischen oder ästhetischen. Damit nähert sich Fairbairn ansatzweise dem Schmuhschen Interpretationsmuster. Für eine konstitutive Argumentation fehlen allerdings nähere Erklärungen zum historischen Kontext der pränationalsozialistischen und nationalsozialistischen Ära. Statt dessen geht Fairbairn in seinem Artikel hauptsächlich auf die gegenwärtige Euthanasie-Debatte und die Frage nach der Berechtigung einer moralischen Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie ein. Letztlich plädiert er für die aktive Sterbehilfe, um bestehendes Leid und das Dahinsiechen schwerstbehinderter Neugeborener abzukürzen. Dabei spiele - hier vertritt Fairbairn ebenfalls einen konsequentialistischen Standpunkt - die moralische Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie keine Rolle.

2.4 Deskription des Diskurses in der Bundesrepublik

Auf dem Boden der Bundesrepublik fand in den ersten Nachkriegsjahren seitens der Forschung durchaus eine kritische Beschäftigung mit der NS-„Euthanasie“ statt.⁸³ So gab Alexander Mitscherlich im Zusammenhang mit dem Nürnberger Ärzteprozeß 1946/47 die Broschüre „Das Diktat der Menschenverachtung“⁸⁴ heraus. Diese Schrift wurde im Nachhinein jedoch von der deutschen Ärzteschaft als Nestbeschmutzung angefeindet. Der Abschlußbericht von Alexander Mitscherlich und Frank Mielke, die im Auftrag der Westdeutschen Ärztekammer als Prozeßbeobachter nach Nürnberg gesandt worden waren, fand in der deutschen Öffentlichkeit daher nicht die ihm zustehende Aufmerksamkeit. Bis zum Beginn der sechziger Jahre lag die historische Forschung zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ mehr oder weniger brach. Apologetische Tendenzen prägten lange Zeit auch das Schrifttum aus dem kirchlichen Umfeld. Die wegweisenden Anregungen, die Klaus Dörner 1967 in seinem Aufsatz „Nationalsozialismus und Lebensvernichtung“⁸⁵ gegeben hatte, wurden kaum aufgegriffen und weitergeführt. Erst Ende der siebziger Jahre kam diesbezüglich erneut Bewegung in die Forschung. „Von besonderem Gewicht war die Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zum vierzigsten Jahrestag des Beginns der Vernichtung ‘lebensunwerten Lebens‘ am 1.9.1979 zum Thema ‘Psychiatrie und der Holocaust’“⁸⁶ [...] „Kräftige Impulse gingen auch von dem parallel zum 83. Deutschen Ärztetag im Mai 1980 stattfindenden Berliner Gesundheitstag aus, der unter dem Thema ‘Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition‘ stand.“⁸⁷ In den anschließenden Jahren lassen sich eine Fülle von Veröffentlichungen verzeichnen. Im Folgenden werden die Hauptlinien dieser 1980 in Deutschland einsetzenden Diskussion rekonstruiert.

⁸³ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Schmuhl 1992 :12-18

⁸⁴ Mitscherlich, Mielke 1947; sowie Mitscherlich, Mielke 1960 / 1991

⁸⁵ Dörner 1967; ders.1975; ders. 1980

⁸⁶ Schmuhl 1992: 16

⁸⁷ Ebd: 17

2.4.1 Der Diskussionsbeginn im Deutschen Ärzteblatt

Der Gynäkologe Wolfgang Furch, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, beschäftigt sich 1981 in Anlehnung an die von der DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben) geforderte gesetzliche Zulassung eines Gnadentods mit der laufenden Euthanasiedebatte.⁸⁸

Der 84. Deutsche Ärztetag in Trier habe die aktive Sterbehilfe als aktive Tötung eines Menschen abgelehnt und sich einstimmig gegen eine Legalisierung ausgesprochen. Auch Furch lehnt eine aktive Sterbehilfe als unethisch ab und wundert sich über mangelnde Empörung seitens der Öffentlichkeit: „Der Arzt als 'der gefährlichste Mann im Staat', der auf dem Sprizentablett [...] teils Leben teils Tod austeilte? [...] Sind die Menschen hier bereits wieder eingelullt von den schönen Wieselworten wie 'keiner hat das Recht, einen anderen Menschen zu quälen' (d.h. den Gnadentod zu verweigern), 'Gnadentod', 'Selbstbestimmung bis zur letzten Minute'?“⁸⁹ Hier stellt sich für Furch schnell der Bezug zu „dem zwangsweisen Sterben vieler Menschen in den Jahren 1933-1945“ her. Dieser Bezug, so Furch, sei vorerst nur ein sprachlicher; damals habe man von „letzter ärztlicher Hilfe“ oder dem „sanften Tod“ gesprochen. Heute solle die Tötung durch Ärzte zwar noch freiwillig erfolgen, doch: „An der Tatsache, daß der Arzt in beiden Fällen ein Tötungsfunktionär wird, ändert diese Formulierung nichts!“⁹⁰

Als geistige Wegbereiter der „Euthanasie“ nennt Furch u.a. Binding und Hoche, die bereits in den 20er Jahren von „leeren Menschenhülsen“ und „Ballastexistenzen“ gesprochen und das Kostenargument angeführt hätten.⁹¹ Schon damals habe man die Auffassung vertreten, daß sich das Individuum dem Wohle der Gesellschaft unterordnen müsse, und daß der Begriff Humanität bezogen auf den Umgang mit Geisteskranken und unheilbar Kranken neu zu definieren sei.

Im Anschluß an diesen historischen Rückblick erwähnt Furch die Nobelpreisträger James Watson und Francis Crick, die sich nun für die Euthanasie schwerstbehinderter Neugeborener einsetzen würden: „Der erste fordert eine Drei-Tages-Frist, nach der erst ein neugeborenes Kind in die menschliche Gemeinschaft aufgenommen werden darf [...] und Crick fordert, daß ein Baby erst

⁸⁸ Furch 1981 (H 51)

⁸⁹ Ebd.: 2447

⁹⁰ Ebd.: 2447/2448

⁹¹ Binding, Hoche 1920

als menschliches Wesen anerkennt wird, wenn es einige genetische Tests durchlaufen hat. Diese Aussagen liefern den geistigen Hintergrund für die Tötung neugeborener, mißgebildeter Kinder, meist durch Verhungernlassen.⁹²

Ärzte als Erbringer aktiver Sterbehilfe, die Tötung von mißgebildeten Neugeborenen in England und den USA, die Abtreibung auf Wunsch, die Beteiligung von Ärzten an Folterungen, der Mißbrauch psychiatrischer Patienten für nichttherapeutische Experimente - all dies, so Furch, verlange nach einer Rückbesinnung auf die Ära der „Medizin ohne Menschlichkeit“ (Mitscherlich). Allerdings warnt der Autor vor dem Versuch, historische Kontinuitäten aufweisen zu wollen: „Parallelen münden für mich [...] allzu schnell in einer Versuchung, die Opfer des Nationalsozialismus für eine zu beweisende 'neue Theorie' zu mißbrauchen. So etwa, wenn z.B. eine durchgehende Linie 'Leistungsmedizin' oder gar eine ungebrochene Linie gleicher Geisteshaltung von ärztlichen Funktionsträgern damals wie heute unterstellt wird. Damit wird eine Linie der Betrachtungsweise der damaligen Zeit weitergezogen, die schon bei Mitscherlich erkennbar wird, der in der NS-Zeit wie danach den Arzt in der Gefahr sieht, zu einem reinen 'Spezialtechniker' zu werden und damit seiner Hippokratischen Arztfunktion verlustig zu gehen.“⁹³

Furch lehnt also die aktive Sterbehilfe ab; der Arzt habe die Pflicht zur Hilfe *im* oder *beim* Sterben, dürfe jedoch niemals aktive Hilfe *zum* Sterben leisten. Furch beruft sich auf das „Naturrecht“, das der allgemeinen Gesetzgebung letzte Grenzen aufweise und bezieht sich auf den deutschen Rechtspositivismus: Schon zur Zeit der NS-Herrschaft hätten die Ärzte moniert, daß die „Euthanasie“ unheilbarer Geisteskranker nur auf dem Geheimbefehl Hitlers beruhe. Daher habe man ein Gesetz zur Regelung der Euthanasie („Gesetz über die Gewährung der letzten ärztlichen Hilfe bei unheilbar Kranken“) gefordert, um Mißbrauch zu verhindern. Die Tatsache, daß unheilbare Geistesranke dieser „letzten Therapie“ zugeführt werden sollten, sei damals bereits längst akzeptiert worden. Furch schreibt: „Ein übermächtiges Legalitätsdenken wird hier sichtbar, so stark, daß es sich über den Hippokratischen Eid und das Naturrecht Nr. 1 'Recht auf Leben' hinwegzusetzen vermochte.“⁹⁴ Im März 1947 habe die IV. Strafkammer des Frankfurter Landgerichts im sogenannten Hadamarprozeß festgestellt, daß dem Erlaß Hitlers zur

⁹² Furch 1981 (H 52/53): 2497/2498

⁹³ Ebd.: 2499

⁹⁴ Ebd.: 2499

„Euthanasie“ eventuell formelle Gesetzeskraft zuzusprechen sei, da Hitler als damaliges Staatsoberhaupt allumfassende Staatsgewalt verkörpert habe; gleichzeitig müsse man jedoch derart menschenverachtenden Gesetzen jegliche Rechtsverbindlichkeit absprechen.

Um den Gedanken des Naturrechts zu verstärken, zitiert Furch aus „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“, der Dokumentation von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke zum Nürnberger Ärzteprozeß, in dem die Herausgeber schreiben: „Es gibt letzte Rechtssätze, die so tief in der Natur verankert sind, daß sich alles, was als Recht und Gesetz, Moral und Sitte gelten soll, im letzten nach diesem Naturrecht [...] auszurichten hat.[...] Einer dieser, in der Natur tief und untrennbar verwurzelten letzten Rechtssätze ist der Satz von der Heiligkeit des menschlichen Lebens.“⁹⁵

Furch selbst verwendet Parallelen, wenn er zuerst auf die Schrift Bindings und Hoches über „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ eingeht, dann die Nobelpreisträger Watson und Crick erwähnt mit dem Hinweis, daß sich ähnliche Tendenzen auch in der heutigen Debatte um Sterbehilfe erkennen lassen würden. Watson und Crick, so Furch, würden für eine „Vernichtung geborenen, schwer mißgebildeten Lebens“ eintreten. Ihre Aussagen „liefern den geistigen Hintergrund für die Tötung neugeborener, mißgebildeter Kinder.“⁹⁶ Sprachlich werden Watson und Crick mit Binding und Hoche (und damit implizit auch mit den nachfolgenden NS-Verbrechen im Namen der „Euthanasie“) auf eine Stufe gestellt. Furch weist darauf hin, daß sich heutige Wissenschaftler bereits wieder für eine Bewertung menschlichen Lebens durch Dritte aussprechen.

Klaus Dropmann setzt sich in seinem Beitrag für ein Verbot aktiver Sterbehilfe ein.⁹⁷ Ein solches Verbot lasse sich auch ohne den Verweis auf christliche Grundsätze und Gebote rechtfertigen. Laut Dropmann ziehe sich die Kirche aus der Lebensgestaltung einer zunehmend liberal eingestellten Gesellschaft mehr und mehr zurück. Andererseits würden jedoch auch ärztliche Grundsätze existieren, die nicht religiösen Ursprungs seien, sondern der hellenistisch-humanistischen Tradition entstammten. Dazu gehöre das ärztliche Tötungsverbot und das Hippokratische 'nil nocere' [das Gebot des Nichtschadens], das den Kranken in seiner

⁹⁵ Mitscherlich, Mielke 1949: 16

⁹⁶ Furch 1981 (H 52/53): 2497/2498

⁹⁷ Dropmann 1986

Angreifbarkeit und Verletzlichkeit schütze. Dem Arzt stelle sich hier die schwierige Aufgabe, zwischen „geläufiger Ideologie und persönlichen Interessen unverbrüchliche Grundsätze zu finden.“ Der ärztliche Stand sei jedoch der „Flagge der Humanität verpflichtet; das darf kein Fähnchen sein, das nach dem Winde flattert und dessen Farbe sich verändert.“⁹⁸ Dropmann warnt vor einer Relativierung tradierter ärztlicher Grundsätze: „Kann nicht jemand eine aggressive Konzession mißbrauchen, wenn wir schwach sind oder gar verwirrt? In unser aller Bewußtsein steht das Mahnmal des eugenischen Holocaust.“⁹⁹

Klaus Dörner blickt 1987 auf die Anfänge der Euthanasie-Debatte in Deutschland zurück. Er wählt für seinen Artikel den provokanten Titel „Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?“ und stellt die Frage, ob sich der aktuelle Ruf nach Liberalisierung der Sterbehilfe nicht in einer „gefährlichen Kontinuität mit Euthanasie-Forderungen der letzten hundert Jahre befinde, von denen Theorie und Praxis der nationalsozialistischen Euthanasie nur die konsequenteste und mörderischste Spielart war.“¹⁰⁰ Diese Frage ist für Dörner eigentlich keine Frage, sondern umreißt seine Hauptthese von der ideengeschichtlichen Kontinuität geistesgeschichtlicher Strömungen der Neuzeit und Gegenwart. Letztlich sei der naturalistische Monismus der geistige Nährboden der pränationalsozialistischen wie nationalsozialistischen Ideen und stehe auch hinter der aktuellen Euthanasiedebatte. Sowohl damals wie heute begründe man die Forderung nach aktiver Sterbehilfe mit dem Recht auf Selbstbestimmung: „Die historische Forschung hat inzwischen die Aufmerksamkeit auf den früher gern verdrängten Umstand gerichtet, daß die Forderung nach Euthanasie oder Sterbehilfe im 20. Jahrhundert vor allem der liberalen Forderung nach mehr Selbstbestimmung, Emanzipation, Freiheit und Fortschritt entspringt, vermischt mit einem geradezu religiösen Glauben an die Wissenschaft, an die Machbarkeit des Abschaffens menschlichen Leidens.“¹⁰¹

Detailliert geht Dörner auf die frühe Euthanasiedebatte um die Jahrhundertwende und die damaligen Publikationen zu diesem Thema ein. Der „Freiheitskampf um liberale Selbstbestimmung“ und der damals aufkommende „Wissenschaftsglaube“ sei es gewesen, der

⁹⁸ Dropmann 1986: 306

⁹⁹ Ebd.: 306

¹⁰⁰ Dörner 1987

¹⁰¹ Ebd.: 2282

schließlich auch die christlichen Vertreter zur Anpassung an den Fortschritt verleitet habe. So hätten sich die Kirchen Anfang des 20. Jahrhunderts zu Fürsprechern von Sterilisationsprogrammen und Eugenik gemacht, um die Verbindung zu ihren Gemeindemitgliedern im Zuge des aufkommenden Wissenschaftsglaubens nicht noch mehr zu verlieren. Das kurz nach der Machtergreifung von den Nationalsozialisten verabschiedete Erbgesundheitsgesetz sei daher kaum auf Widerstand gestoßen, obwohl sich gerade auf diesem Gesetz „alle späteren lebensbedrohenden NS-Ideen und - Aktionen [...]“¹⁰² aufgebaut hätten. An den Beratungen zu einem Euthanasie-Gesetz, das man aus außenpolitischen Gründen erst nach dem Krieg veröffentlichen wollte, hätten auch führende Psychiater teilgenommen. Keiner habe dabei an seinen Hippokratischen Eid gedacht; sie alle seien vielmehr dem Zeitgeist folgend jener „liberalen Selbstbestimmungslogik des NS-Euthanasie-Gesetzes“ erlegen. Nach §1 des geplanten Gesetzes „sollte jeder Bürger das Recht haben, im Falle eines unheilbaren Leidens nach wissenschaftlicher Überprüfung durch ein Ärztegremium sich aktiv den Gnadentod oder die Sterbehilfe durch einen Arzt geben zu lassen“ und „nach §2 sollte für alle diejenigen, die aufgrund ihres Leidenszustandes nicht für sich sprechen können, der Staat garantieren, daß ihnen dasselbe Recht auf die Gnade der Sterbehilfe eingeräumt würde.“¹⁰³

Am Beispiel Bethels verdeutlicht Dörner, daß sich Psychiater und Ärzte erst „ab 1940 [...] von ihrem blinden und wahnhaften Wissenschaftsglauben“ gelöst hätten, als sie das „unmittelbare Mordansinnen ihrer 'Schutzbefohlenen' in Bethel wie in allen anderen Einrichtungen“ erkannten.¹⁰⁴ Denn zwischen 1941 und 1945 habe sich, so Dörner, „der Schritt zur Normalisierung des Tötens“ vollzogen, indem „Euthanasie“ durch Medikamente oder Nahrungsentzug stattgefunden habe. Gleichwohl hätten bereits 1943 „die bekanntesten Psychiater unter Federführung Carl Schneiders“ eine weitere Schrift vorgelegt, „in der die wesentlichen Elemente unserer Psychiatriereform der 70er Jahre vorweggenommen sind - bei gleichzeitiger selbstverständlicher Euthanasie im Falle der wissenschaftlichen Feststellung der 'Unheilbarkeit'“. ¹⁰⁵ Nach dem Krieg sei jedoch sowohl die Psychiatriereform als auch die

¹⁰² Ebd.: 2284

¹⁰³ Ebd.: 2285

¹⁰⁴ Ebd.: 2284

¹⁰⁵ Ebd.: 2285

Sterbehilfe verdrängt worden. Heute, so Dörner, würde man wieder das Thema Sterbehilfe diskutieren, „als hätte es die Entwicklung von 1890 bis heute nicht gegeben.“¹⁰⁶

Dörner verweist in seinem Artikel auf die unübersehbaren Parallelen zwischen der damaligen und heutigen Euthanasiedebatte: „Neoliberal wird die altliberale Forderung nach Selbstbestimmung [...] wieder zur Grundlage des Rechts auf das eigene Leben [...] und den eigenen Tod modernisiert. Wieder gibt es keinen Gegenwert gegen den Grundwert der Selbstbestimmung.“¹⁰⁷ Der Fall Hackethal habe bereits die Teilnehmer des 56. Deutschen Juristentags dahingehend bestärkt, eine Tötung auf Verlangen als straffrei durchsetzen zu wollen. Wenn nun auch noch die Medien „den Sieg des Wertes der Selbstbestimmung“ glorifizieren würden, dann könne, so Dörner, „eine soziale Erwartungshaltung in der Bevölkerung entstehen, wonach alle behinderten, unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich [...] den Tod geben zu lassen“ - zumal man so „ungeahnte Möglichkeiten“ zur sozialen Kostenersparnis erziele.¹⁰⁸

Dem Grundwert der Patientenautonomie (i.S.v. Selbstbestimmung und Recht auf den eigenen Tod) stellt Dörner den Grundwert des Lebensschutzes als fundamentalen Gegenwert gegenüber. Dabei beruft er sich auf tradierte Werte wie den Glauben an das Leben als Leihgabe bzw. Geschenk Gottes.

Zwei Jahre später knüpft Dörner in einem weiteren Artikel über den Anstaltsalltag in der Psychiatrie während des NS-Reiches an seine Kontinuitätsthese an.¹⁰⁹ Um die Jahrhundertwende hätten die europäischen „Eliten der Bildung und der Wirtschaft aller Fraktionen“ die Idee des unterschiedlichen Nutzwertes menschlichen Lebens vertreten. „Das verweist auf einen historisch noch weiter zurückliegenden konzentrischen Kreis: mit der Industrialisierung entstand um 1800 herum die 'Soziale Frage', also die Frage: 'Was sollen wir mit denen machen, die industriell unbrauchbar sind; [...] und wieviel Geld sollen wir für sie ausgeben?'“¹¹⁰ Dörner zufolge ist es die „Entkopplung der Wissenschaft und Wirtschaft sowohl vom religiösen als auch vom philosophischen Menschenbild“ gewesen, die solcherlei Kosten-Nutzen-Denken ermöglichte. Dörners Fazit: „In dieser abendländisch abgesicherten Denktradition stehen wir noch heute und

¹⁰⁶ Ebd.: 2285

¹⁰⁷ Ebd.: 2285

¹⁰⁸ Ebd.: 2286 (zum Fall Hackethal siehe auch Kap. 2.4.2 dieser Arbeit)

¹⁰⁹ Dörner 1989a

¹¹⁰ Ebd.: 538

standen um so mehr unsere psychiatrischen Vorgänger der NS-Zeit. In derselben Denktradition standen aber auch die Nationalsozialisten selbst. Deshalb kann man ihre Kernabsicht auch so beschreiben, daß sie die Endlösung der Sozialen Frage wollten. Und dies in dem Sinne, daß sie der Welt beweisen wollten, daß eine Gesellschaft, die nur ein einziges Mal den Mut aufwendet, sich rücksichtslos von allem sozialen Ballast zu befreien, wirtschaftlich, militärisch und wissenschaftlich unschlagbar sei.“¹¹¹

2.4.2 Reaktionen und Fortführung

In der Zwischenzeit hat Kottow 1988 die Problematik der Euthanasiedebatte in der BRD kritisch dargestellt, und zwar in der Zeitschrift *Bioethics*. Kottows Artikel wirft die Frage auf, warum die Legalisierung aktiver Sterbehilfe in Deutschland immer noch tabuisiert werde. Grund hierfür sei - so der Autor - der Mangel einer öffentlich geführten Euthanasiedebatte. Die fehlende Diskussion habe dazu geführt, daß der Begriff „Euthanasie“ von vornherein mit den NS-Mordaktionen gleichgesetzt und der Verweis auf die nationalsozialistische Vergangenheit als Standardargument gegen jegliche Euthanasievorschläge verwendet werde: 'Historical guilt gave physicians little more than a sort of parole status requiring a maximum of stringency in order to slide morally up and away from the abominable past.'¹¹² Der Umgang mit der eigenen Vergangenheit müsse fast schon als schizophren bezeichnet werden: Zum einen habe man die NS-Zeit als historischen Unfall möglichst schnell vergessen wollen; zum anderen statuiere man an ihr ein unvergleichliches Exempel des Schreckens.

Kottow nennt drei Hauptgründe, warum die Entwicklung der Medizinethik in Deutschland nur schleppend voranschreite: 1.) Eine Vielzahl von Medizinern, die damals an den NS-Verbrechen aktiv teilgenommen oder sie zumindest akzeptiert hätten, sei heute immer noch in leitender ärztlicher Position tätig. 2.) Ein von jeher stark autoritär geprägtes deutsches Akademikertum habe Schuldvorwürfe und Eigenkritik erst gar nicht zugelassen. 3.) Der nach Kriegsende

¹¹¹ Ebd.: 538

¹¹² Kottow 1988: 61

wiederhergestellte deutsche Rechtspositivismus sperre sich gegen jede Art von gesetzlichen Innovationsvorschlägen.

Auf der anderen Seite meint Kottow feststellen zu müssen, daß die Mehrheit der deutschen Bevölkerung einer Liberalisierung der Sterbehilfe positiv gegenüberstehe. Aber trotz der Einführung von Patiententestamenten und trotz Umfrageergebnissen, nach denen über 50% der deutschen Bevölkerung die passive Sterbehilfe befürworte, wehrten sich die deutsche Rechtsprechung und der medizinische Stand immer noch gegen eine Stärkung der Patientenautonomie. Kottow meint deshalb, daß trotz des deutschen Paternalismus und Rechtspositivismus eine öffentliche Diskussion unumgänglich sei. Doch zugleich ist er angesichts der deutschen „Sonderrolle“ der Auffassung, 'that extreme political and social situations like Nazism generate understandably rigid and restrictive social responses.'¹¹³ Moralische Schlußfolgerungen aus der Vergangenheitsbewältigung dürften jedoch nicht auf Kosten Betroffener gehen. Kottows Blick in die Zukunft fällt diesbezüglich pessimistisch aus: 'In the foreseeable future and possibly for a long time to come, pro-euthanasia arguments will be nipped in the bud by pointing an accusatory and perhaps overzealous finger at association with the not too distant past.'¹¹⁴

Zum besseren Verständnis der Situation in den achziger Jahren vollzieht Kottow einen historischen Rückblick auf die Euthanasieproblematik unter dem Aspekt der Legalisierung. Er zeichnet die Anfänge der Euthanasiedebatte in Deutschland um die Jahrhundertwende nach. Die eigentlichen Wurzeln des deutschen Rassismus lägen in Frankreich: Graf de Gobineau habe den modernen Rassismus geprägt und in den deutschen Intellektuellen treue Anhänger gefunden.¹¹⁵ Aus dem rassistischen Denken, angereichert durch diverse Interpretationen der Darwinschen Evolutionstheorie, habe sich später der Sozialdarwinismus herausgebildet, der bereits die Selektion von wertvollem und unwertvollem Leben propagiert und den Begriff „Euthanasie“ als Euphemismus für das Töten verwendet habe. Dabei hätten einige Intellektuelle jedoch ihre Forderung nach Tötung menschlichen Lebens mit einer aufrichtigen Mitleidshaltung gegenüber unheilbar Kranken und Sterbenden verbunden. Die Bemühungen, eine Legalisierung der freiwilligen Euthanasie im Sinne ihrer ursprünglichen Bedeutung vom gnädigen Tod einzuführen,

¹¹³ Ebd.: 67

¹¹⁴ Ebd.: 67

¹¹⁵ Vgl.: Poliakov, Delacampagne, Girard 1984: 91-93, 98-105

scheiterten - so Kottow - an der Virulenz sozialdarwinistischer Publikationen. Als in den 30er Jahren dann der Nationalsozialismus aufkam, habe es keine rechtliche Absicherung gegeben. Die NS-„Euthanasie“-Programme basierten lediglich auf dem Befehl des Führers.¹¹⁶ Die Befürworter einer aktiven Euthanasie hätten jedoch schon vor der Machtergreifung Adolf Hitlers behindertes und krankes Leben als minderwertig klassifiziert. Das biologisch begründete Rassenkonzept habe sich dabei immer mehr zu einer vage definierten kulturellen Einheit gewandelt - 'venting a widespread naturalistic fallacy that mixed the 'is' of certain traits with the 'ought' of eliminating their carriers. Thus developed the political monster of racial engineering that was to include selective sterilisation and destruction of any form of human life that did not qualify as socially useful.'¹¹⁷ Begriffe wie „lebensunwertes Leben“ und „Ballastexistenzen“ fanden mehr oder weniger kritiklos Eingang in die wissenschaftliche Diskussion.¹¹⁸

Kottow verweist auf die Tatsache, daß die „Euthanasie“ im Gegensatz zu den Sterilisationsprogrammen, die 1933 gesetzlich verankert worden waren, niemals legal oder öffentlich erlaubt worden sei. Die in den Jahren 1939 bis 1941 durchgeführten Tötungsaktionen im Namen der „Euthanasie“ beruhten lediglich auf dem Führerbefehl. Auf diesen hätten sich auch die im Nürnberger Ärzteprozeß angeklagten Mediziner berufen - 'who defended themselves by claiming obedience to Nazi power and prevailing law.' Eine solche Interpretation habe, so Kottow, der eigenen Rettung gegolten und einen willkommenen Weg zur Verdrängung bzw. Verschiebung von persönlicher Schuld geboten: 'Their misdeeds had rather consisted in abiding by administrative orders and utilising their medical power to dispatch. Legally or otherwise, turbid political business.'¹¹⁹

Im Zusammenhang mit dem von Kottow später angeführten deutschen Rechtspositivismus bringt dieses Beispiel die heutigen Befürworter eines radikalen Euthanasieverbotes, die sich dabei auf das geltende Gesetz berufen, implizit in Verbindung mit der NS-Zeit: 'Authoritarianism on the one hand and respect for the law, or what appears to be the law on the other, explain how a majority of the German population, many physicians included, could submit to Nazism without querying or resisting it.'¹²⁰ Die Berufung auf das geltende Recht, so die allgemeine Formulierung

¹¹⁶ Vgl.: Aly 1989: 14

¹¹⁷ Kottow 1988: 59

¹¹⁸ Vgl.: Binding, Hoche 1920

¹¹⁹ Kottow 1988: 60

¹²⁰ Ebd.: 62

Kottows, dürfe nicht über der eigenen moralischen Verantwortung einzelner Gesellschaftsmitglieder - insbesondere der Ärzte - stehen.

Konkret thematisiert Kottow das Thema der mangelnden ärztlichen Standfestigkeit. Als Beispiel dienen ihm Viktor von Weizsäcker und Richard Siebeck¹²¹: Beide Mediziner hätten sich in ihren Schriften der Nachkriegszeit gegen aktive Sterbehilfe ausgesprochen und eine neuerliche Euthanasie-Diskussion für lange Zeit blockiert: 'Both these authors, incidentally, had supported Nazi medicine in thought and writing. After the war they became chairmen of influential departments of medicine, thus hindering the emergence of lively discussion of matters concerning euthanasia.'¹²²

Desweiteren geht Kottow auf die deutsche Rechtsprechung ein: Autoritäts- und Gesetzesgläubigkeit besäßen in Deutschland eine lange Tradition und würden letztendlich die Tatsache erklären, warum ein Großteil der deutschen Bevölkerung damals keinen Widerstand geleistet hätte. Die heutige deutsche Verfassung verweigere jegliches Recht auf aktive Euthanasie: 'The predominance of social values over individual autonomy is exemplified by the legal qualifier that it is acceptable to honour a competent patient's request to be left to die

¹²¹ V. Frhr. v. Weizsäcker (1886-1957) versuchte, den Menschen als „Subjekt“ in die Pathologie einzuführen. 1941 folgte Weizsäcker dem Ruf als Ordinarius für Neurologie an die Universität Breslau, wo er die Leitung des nach seinem Vorgänger benannten Otfried-Förster-Instituts für Neurologie übernahm. An dieses Neurologische Forschungsinstitut in Breslau wurden im Sommer 1942 Gehirne und Rückenmark getöteter Kinder und Jugendlicher geschickt, die seit August 1942 in der Landesheil- und Pflegeanstalt Lublinitz (unte kommissarischer Leitung von Dr. Ernst Buchalik) durch die Verabreichung systematisch ansteigender Luminaldosen getötet worden waren. 209 der existierenden Krankenakten enthalten einen Obduktionsbericht aus dem Otfried-Förster-Institut, unterzeichnet von dem Neuropathologen und Leiter der morphologischen Abteilung Dr. J. Scherer, zu dessen Aufgabenbereich die Untersuchung von Gehirn- und Rückenmarkspräparaten verstorbener Patienten gehörte. Ob V.v. Weizsäcker Kenntnis von der Tötung dieser Kinder hatte, und ob er wusste, daß in seinem Institut deren Gehirn- und Rückenmarkspräparate untersucht wurden, bleibt dem aktuellen Forschungsstand zufolge weiterhin ungeklärt. (Vgl.: Penselin 1994: 123-130) Auch bezüglich Weizsäckers tatsächlicher Einstellung zur „Euthanasie“ gibt es unterschiedliche Ansichten. (Vgl.: Benzenhöfer 1994) In der Nachkriegszeit trat Weizsäcker die Professur für Allgemeine Klinische Medizin in Heidelberg an. 1946 schrieb er „Euthanasie und Menschenversuche“. Dieser Beitrag wird von einigen Autoren auch als Versuch einer Selbstrechtfertigung gedeutet. (Vgl.: Schmuhl 1992: 12f , sowie dessen Anmerkung auf S.375).

Der Internist *Richard Siebeck* (1883-1965) verfasste u.a. den Aufsatz „Innere Medizin“ in „Deutsche Wissenschaft. Arbeit und Aufgabe“ (Leipzig 1939: 112 ff). Siebeck war ein prominenter Kliniker der Heidelberger Schule, der sich für die Reform der Medizin im Sinne eines patientenorientierten, psychosomatischen Ansatzes einsetzte. Seine These: „Therapie durch Arbeit zur Arbeit“, seine Prämisse: Gesundheit ist mit Leistungsfähigkeit gleichzusetzen. Dieser Gedanke wurde von der nat.-soz. Deutschen Arbeitsfront (DAF) aufgegriffen und dahingegen pervertiert, indem gefordert wurde, die menschliche Arbeitskraft so lange wie möglich, letztlich bis zum Tode, auszubeuten. Siebeck nahm jedoch (zus. mit anderen Medizinern) eine ablehnende Stellung gegenüber den nat.-soz. Propagandafilmen für die aktive „Euthanasie“ ein. (Vgl.: Schmuhl 1992: 87)

¹²² Kottow 1988: 61; vgl.: v. Weizsäcker 1947; Siebeck 1983: 380

provided this does not constitute an injury to common morality. Thus [they] foreclose any possible defence of the active termination of life in the form of active euthanasia.¹²³

Der Wunsch eines Patienten nach Therapieabbruch werde als milde Form passiver Euthanasie akzeptiert; doch auch hier - so Kottow unter Berufung auf Bringewat¹²⁴ - könne sich der paternalistisch geprägte Arzt jeder Zeit über den Wunsch des Patienten hinwegsetzen, diesen als inkompetent oder nicht zurechnungsfähig erklären.

Betrachte man die deutsche Rechtsprechung aus einem konsequentialistischen Blickwinkel, müsse man sowohl aktive als auch passive Euthanasie als Mord bezeichnen, da beide Formen im Tod des Patienten resultieren würden. Somit sei es nicht verwunderlich, daß der Arzt in *dubio pro vitae* entscheide. Zwar bemühe man sich derzeit um Gesetzesänderungen: Innovationen würden jedoch nicht etwa die Patientenautonomie stärken, sondern lediglich das Strafmaß des verantwortlichen Arztes herabsetzen. Der Fall Julius Hackethal¹²⁵ sei ein Paradebeispiel für das Unbehagen, mit dem man derzeit die Euthanasie in Deutschland rechtlich handhabe: Zum einen halte man am Verbot des Gnadentodes fest, zum anderen spreche man einen Arzt wie Hackethal frei, da er aus Gründen des Mitleids gehandelt habe.

1990 schaltet sich Helga Kuhse in die Diskussion ein und veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt einen Artikel mit dem Titel „Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind.“¹²⁶. Dieser Beitrag wird wiederum von Klaus Dörner aufgegriffen und heftig kritisiert.

Kuhse führt in ihrem oben genannten Artikel die Sterbehilfedebatte fort, wie sie bereits in den angloamerikanischen Zeitschriften behandelt wurde und wirft den Vertretern einer absoluten „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“ ein inkonsequentes Vorgehen und Weltfremdheit vor, da sie schwerstbehinderte Neugeborene stillschweigend sterben lassen und sich hierbei auf den Abbruch außergewöhnlicher Mittel berufen würden. Eine solche Haltung basiere indirekt ebenfalls auf

¹²³ Kottow 1988: 62

¹²⁴ Bringewat 1976: 368-377

¹²⁵ Anmerkung: Prof. Dr. Julius Hackethal, Chirurg und Chefarzt der EUBIOS-Klinik (Chiemsee), leistete seiner krebserkrankten Patientin Hermy Eckert im April 1984 aktive Sterbehilfe, indem er ihr eine Dosis Zyankali zukommen ließ, sich vorher jedoch mit seinem Anwalt in Verbindung setzte und auch das Fernsehen zwecks Dokumentation einschaltete. Der 1. Strafsenat des Oberlandesgerichtes München befand 1987, daß Hackethal straflose Beihilfe zum ebenso straflosen Selbstmord geleistet habe. (Vgl.: „Helfen Sie, ich kann so nicht weiterleben!“ Der SPIEGEL 1984; mit einem Interview mit Julius Hackethal zum Thema Sterbehilfe)

¹²⁶ Kuhse 1990a

Lebenswertkriterien, die man jedoch in der öffentlichen Diskussion unter Bezugnahme zum Nationalsozialismus vehement ablehne.

Deutschland, so Kuhse, könne und dürfe sich der aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe nicht einfach entziehen: „Solche Diskussionen sind aber auch in einem von der nationalsozialistischen Vergangenheit überschatteten Land unvermeidlich. Auch in Deutschland werden Entscheidungen über das Leben und Sterben von Patienten gefällt. Die Abwesenheit öffentlicher Diskussionen bedeutet lediglich, daß diese Entscheidungen implizit und auf der Basis von moralisch ungerechtfertigten (und vielleicht auch nicht zu rechtfertigenden) Kriterien gefällt werden.“¹²⁷

Kuhses Artikel ruft heftige Reaktionen hervor. Dörner bezichtigt sie mehrerer „Denkfehler“¹²⁸. Helga Kuhse vertrete eine Bioethik, die nicht „im Namen der allgemeinen Ethik“, sondern nur im Namen einer Ethik „unter dem Aspekt von Bios“ spreche. Ethik sei jedoch unteilbar. Die utilitaristische Denkweise vom größten Glück für die größte Anzahl sei reduktionistisch und interessiere sich nicht für „den oder die Menschen in allen denkbaren Hinsichten.“ Dörner wirft Bioethikern wie Singer oder Kuhse vor, „schrecklichste Extremfälle“ als Beispiele heranzuziehen, und an Einzelfällen Gesetze statuieren zu wollen, „was eindrucksvoll, weil mitleiderregend, aber falsch ist.“¹²⁹

Die „historische Ignoranz“ Kuhses zeige sich darin, daß „ihre gewählte Denkfigur schon lange vor den Nazis angewandt wurde und regelmäßig - logisch - zur Forderung nach Tötung aller Unheilbaren und Behinderten geführt hat.“¹³⁰ Diese Denkfigur, so Dörner, stütze sich immer auf dasselbe Grundprinzip, nämlich die Selbstbestimmung des Menschen und das Recht auf den eigenen Tod. Daraus leite man ab, daß der Staat oder Dritte für diejenigen Menschen Sorge tragen müsse, die ihr eigenes Recht auf den Tod nicht mehr äußern könnten. „Der lebensfremde Rationalismus dieser Argumentation führt zwangsläufig dazu, daß auch nur ein Schritt auf diesem Weg alle anderen Schritte nach sich zieht.“¹³¹

Kuhse äußert sich in einem Schlußwort zu den Vorwürfen Dörners.¹³² Ihr sei es um zwei Fragen gegangen: 1.) Ob man sich gegen die Verlängerung eines menschlichen Lebens wenden dürfe,

¹²⁷ Ebd.: 919

¹²⁸ Dörner 1990

¹²⁹ Ebd.: 1909

¹³⁰ Ebd.: 1910

¹³¹ Ebd.: 1910

¹³² Kuhse 1990b

wenn - von der Innenperspektive des Patienten her - der Tod einer Lebensverlängerung vorzuziehen sei. 2.) Ob es einen moralischen Unterschied zwischen aktiver Sterbehilfe und dem Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen gebe.

Kuhse schreibt: „Was allenfalls kritisiert werden könnte, sind die von mir vorgeschlagenen Prinzipien, auf Grund derer diese Entscheidungen gefällt werden sollten: das Selbstbestimmungsrecht entscheidungsfähiger Patienten und das Prinzip des 'besten Interesses' für entscheidungsunfähige Patienten.“ Eine argumentative Kritik, warum diese Prinzipien falsch seien, habe es jedoch nicht gegeben. Statt dessen habe man rhetorische Tiefschläge ausgeteilt: „Wenn Herr Dörner zum Beispiel sagt, daß ein von den Nazis entworfenes „Euthanasie“-Gesetz 'in allen Einzelheiten den Vorstellungen von Frau Kuhse entspricht', dann ist das eine böartige Verleumdung. Die Nazis hatten alles andere als ein Selbstbestimmungsrecht oder die besten Interessen derer im Sinn, die sie ermordeten!“¹³³ Statt auf Dörners historischen Vergleich zwischen der pränationalsozialistischen und heutigen Euthanasie-Debatte einzugehen, beläßt es Kuhse abschließend bei einem pragmatischen Rat: „Wir mögen uns sträuben, soviel wir wollen: moderne Errungenschaften in der Medizin zwingen uns, Entscheidungen über das Leben und das Sterben von Patienten zu fällen. Die Prinzipien, die diese Entscheidungen untermauern, bedürfen einer rechtfertigenden Diskussion.“ Kuhse wirft denjenigen, „die so von der Richtigkeit ihrer ethischen Positionen überzeugt sind, daß sie glauben, daß sich eine vernünftige Diskussion [...] erübrigt“, eine fanatische Grundhaltung vor, „ohne [die] die [...] so oft erwähnten Nazigreueln nicht möglich gewesen wären.“¹³⁴ Kuhse spricht damit der Argumentation von Dörner die notwendige Vernünftigkeit ab und rückt ihn über den Begriff des „Fanatikers“ in die Nähe des Nationalsozialismus.

Der evangelische Theologe und Göttinger Krankenhauspfarrer Udo Schlaudraff zeichnet 1992 in einem geschichtlichen Rekurs die Euthanasiedebatte um die Jahrhundertwende nach.¹³⁵ Den Anfang habe Adolf Jost mit seinem 1895 veröffentlichten Pamphlet „Das Recht auf den eigenen Tod“ gemacht, doch die eigentliche Diskussion um die Sterbehilfe sei erst durch den

¹³³ Ebd.: 1977-1978

¹³⁴ Ebd.: 1980

¹³⁵ Schlaudraff 1992

„Gesetzesentwurf für das Recht auf Sterbehilfe“ von Roland Gerkan, einem Mitglied des deutschen Monistenbundes, in Gang gesetzt worden. Der Deutsche Monistenbund habe damals eine „Weltanschauung“ verkörpert - 'a characteristic mixture of naturalistic, Darwinian, atheistic, anti-clerical and liberalistic traditions.'¹³⁶ Trotz dreimaliger Vorlage - 1909, 1913 und zur Zeit der Weimarer Verfassung - habe sich Gerkans Gesetzesvorschlag jedoch nicht durchsetzen können.¹³⁷ Angesichts dieses geschichtlichen Hintergrundes, so Schlaudraff, besitze der Begriff „Euthanasie“ zwei verschiedene Bedeutungen: Zum einen lasse er sich auf eine naturalistisch, atheistisch und säkulare Prägung in der pränationalsozialistischen Ära zurückführen; zum anderen verkörpere er die menschenverachtenden NS-Verbrechen wie das T4-Programm¹³⁸, das Töten von Geisteskranken und schwerbehinderten Kindern und die Vergasung „minderwertiger“ und ideologisch unerwünschter Menschen.

Schlaudraff tritt für eine öffentlich geführte Diskussion der Sterbehilfe in Deutschland ein. Anhand der unterschiedlichen Bedeutungen des Begriffs „Euthanasie“ - zum einen die pränationalsozialistische Vorstellung vom „Recht auf den eigenen Tod“, zum anderen die nationalsozialistischen Morde im Namen des „Gnadentodes“ - versucht Schlaudraff zu erklären, warum sich die deutsche Öffentlichkeit gegen eine neuerliche Euthanasiedebatte, die durch die Thesen des Bioethikers Singer ins Gespräch gekommen sei, wehre.

Singer diskutiere in seinem Buch „Praktische Ethik“¹³⁹ den Lebenswert schwerstbehinderter Neugeborener. Er mache es sich in Bezug auf die deutsche Vergangenheit zu einfach, wenn er immer wieder betone, seine Forderungen hätten mit den Machenschaften der Nazis nichts zu tun. Schlaudraff bemerkt hierzu: 'Those who know history and medical ethics are well aware of the pros and cons of the euthanasia debate in pre-Nazi Germany. What they associate with the word euthanasia stems from their knowledge of the monistic background to a discussion which has already taken place.'¹⁴⁰

Schlaudraff teilt die deutschen Gelehrten hinsichtlich ihrer Haltung gegenüber Singer und seiner Euthanasievorschläge in drei Gruppen ein:

¹³⁶ Ebd.: 20

¹³⁷ Vgl.: Schmuhl 1992: 114

¹³⁸ T4 ist die Abkürzung für Tiergartenstr. 4, dem damaligen Sitz der „Euthanasie“-Zentrale Berlin-Charlottenburg; siehe hierzu: Mitscherlich, Mielke 1960 / 1991: 191ff; Klee 1985 / 1999: 166ff

¹³⁹ Singer 1979

¹⁴⁰ Schlaudraff 1992: 20

Die erste lehne eine Diskussion der Singerschen Thesen ab. Derlei Vorschläge habe man bereits in der pränationalsozialistischen Zeit debattiert. Die Nationalsozialisten hätten diese Ideen schließlich aufgegriffen und in ihre menschenverachtende Ideologie integriert. Eine neuerliche Diskussion solcher Thesen sei - angesichts der historischen Ereignisse im nationalsozialistischen Deutschland - gefährlich und müsse vermieden werden.

Die zweite, eher kleine Gruppe befürworte Singers Positionen. Mitglieder dieser Gruppe würden für eine analytisch-philosophische Ethik plädieren und zumeist eine atheistische bzw. antiklerikale Haltung einnehmen.¹⁴¹ Die Mehrheit dieser Vertreter, so Schlaudraff, sei an einem aufrichtigen Dialog in Wirklichkeit gar nicht interessiert: 'At the risk of over-statement let me put it this way. They say dialogue and they mean death. They keep appealing to a rational discourse but what comes out of it - with some of them - is nothing more than the perpetuation of a sterile logic which shows an appalling lack of understanding of the reality of medical practice and leaves out the importance of inconsistencies in human life.'¹⁴² Diesbezüglich kritisiert Schlaudraff den von vielen Bioethikern vorgebrachten Einwand, Gegner der aktiven Euthanasie würden nicht rational argumentieren, sondern sich immer wieder auf metaphysisch-transzendente Überzeugungen berufen; ihnen mangle es an analytisch-empirischem Denkvermögen, das für eine fruchtbare Diskussion ethischer Konfliktfälle unabdingbar sei.

Die dritte und größte Gruppe, zu der sich auch Schlaudraff zählt, sei der Ansicht, der Verweis auf die deutsche Vergangenheit könne als warnendes Beispiel in der aktuellen Euthanasiedebatte dienen, dürfe diese aber nicht blockieren.

Die Erwähnung des Holocausts löse bei der Mehrheit der Deutschen den Gedanken „Nie wieder!“ aus. Diese Reaktion spiegle eine zweideutige Botschaft wieder: „So etwas darf nie wieder geschehen.“, aber auch „Laßt uns nicht davon sprechen, wir haben unsere Lektion gelernt.“¹⁴³ Schlaudraff kritisiert diese Abwehrhaltung unter Verweis auf den medizintechnischen Fortschritt und seine ethischen Herausforderungen, insbesondere auf dem Gebiet der Neonatologie, als zu einfach. Andererseits bescheinigt er einem Bioethiker wie Peter Singer gefährliche Kurzsichtigkeit, da dieser sich in seiner Argumentation ausschließlich auf den

¹⁴¹ Vgl.: Hoerster 1990

¹⁴² Schlaudraff 1992: 22

¹⁴³ Ebd.: 20

nationalsozialistisch pervertierten Begriff „Euthanasie“ beziehe und dabei die Tatsache ignoriere, daß heutige Euthanasie-Gegner vor allem auf dem historischen Hintergrund der pränationalsozialistischen Euthanasie-Debatte argumentieren und den Begriff Euthanasie diesbezüglich sehr viel differenzierter betrachten würden.

Ein Jahr später beschäftigt sich Dietrich von Engelhardt in der „Zeitschrift für medizinische Ethik“ mit der „Euthanasie in historischer Perspektive“.¹⁴⁴ Er plädiert für einen bewußten Umgang mit Geschichte. Angesichts des nationalsozialistischen Mißbrauchs der „Euthanasie“ und einer uns auch heute noch begleitenden Möglichkeit der „neuerlichen Pervertierung“ von „Euthanasie“ spricht sich von Engelhardt gegen die Einführung der aktiven Sterbehilfe aus. Diesbezüglich gelte es, die materialistischen, individualistischen oder positivistischen Einstellungen unserer heutigen Gesellschaft zu untersuchen. Die Frage nach Historie münde - darin ist sich von Engelhardt mit Dörner einig - in der Frage nach unserem heutigen Menschenbild, in der Frage nach gesellschaftlicher Akzeptanz von Behinderung und Leid. Als „Kernstück der ärztlichen Ethik“ von der Antike bis in die Gegenwart sei der Hippokratische Eid zu nennen, in dessen Tradition auch das Genfer Ärztegelöbnis (1948) stehe. Demnach dürfe der Arzt menschliches Leben nur erhalten und schützen. Allerdings sei dieser Eid bereits in der Antike keineswegs für alle Ärzte bindend gewesen und entspreche auch heute nicht mehr dem normativen Verständnis vieler Ärzte und Patienten.

Der medizinhistorische Rückblick zeige - so Engelhardt - daß man politische, wirtschaftliche und kulturelle Hintergründe nicht ausklammern dürfe; man müsse jeweils zwischen utopischer Idealität und faktischer Realität unterscheiden. So hätten z.B. Binding und Hoche in der Euthanasie-Debatte des 19. und 20. Jahrhunderts bei ihrer Forderung nach aktiver Sterbehilfe grundsätzlich auf dem Prinzip der Freiwilligkeit bestanden. Erst die nachfolgende deutsche Wirtschaftskrise habe jenen Stimmen den Rücken gestärkt, die sich gezielt für die Tötung chronisch kranken und behinderten Lebens einsetzten. Die NS-„Euthanasie“-Programme hätten den Begriff „Euthanasie“ dann endgültig zu einer „Bezeichnung für Unmenschlichkeit gegenüber kranken und leidenden Menschen und Pervertierung von Ärzten und Krankenschwestern“ umgewertet.¹⁴⁵

¹⁴⁴ von Engelhardt 1993

¹⁴⁵ Ebd.: 21

Engelhardt ist allerdings auch der Meinung, daß trotz der Macht der realen Verhältnisse der Einfluß der Ideen in der Geschichte nicht zu übersehen sei. Der analytische Blick auf die Verbindung von realer Historie und Ideenwelt könne bei der gegenwärtigen Ethik-Debatte helfen: „Der Einfluß philosophischer und theologischer Orientierungen in der Vergangenheit läßt nach den Orientierungen unserer Zeit und den Folgen einer überwiegend materialistischen oder positivistischen und individualistischen Haltung fragen.“ Diesbezüglich begleite die Pervertierung der „Euthanasie“ im Nationalsozialismus „als drohende Möglichkeit ständig das Denken und Handeln der Menschen.“¹⁴⁶ Hier warnt von Engelhardt vor einer Verabsolutierung des Staates gegenüber Kunst, Philosophie und Religion. Diese bringe „nahezu notwendig die Gefahr mit sich, das Individuum politischen Zielen zu opfern - nur zu sehr bedroht diese Gefahr körperlich wie seelisch kranke und behinderte Menschen.“¹⁴⁷

Als zentrale Aufgabe für die zukünftige medizinische Ausbildung nennt von Engelhardt die „Kultur der ethischen Reflexion und Argumentation“. Hier müsse man einen ethischen Minimalkonsens finden, den es rechtlich abzusichern gelte: „Zivilisation erweist sich als zu begrenzt, notwendig ist Kultur, notwendig sind Theologie, Philosophie und Künste.“¹⁴⁸

¹⁴⁶ Ebd.: 22

¹⁴⁷ Ebd.: 22/23

¹⁴⁸ Ebd.: 24

2.5 Argumentationslinien der deutschen Autoren

Überblickt man die Artikel der deutschen Autoren zum Thema Sterbehilfe, so fällt auf, daß sie sich im Gegensatz zu den Autoren des angloamerikanischen Raums fast alle zentral mit der „Euthanasie“ des „Dritten Reiches“ beschäftigen. Diese Beobachtung ist nicht verwunderlich. So läßt sich in den USA ein konsequentialistischer Denkansatz in der pragmatisch-utilitaristischen Tradition finden, der sich in erster Linie auf die Folgen einer Handlung konzentriert und insofern die historische Reflexion vernachlässigen kann. Deutsche Autoren dagegen blicken entsetzt auf ihre historische Erblast. Sie erkennen, daß der Nationalsozialismus aus einer europäischen Denktradition erwachsen ist und daß unter veränderten Bedingungen in neuer Form menschenverachtende Ideologien heranwachsen können, wenn man nicht die grundlegenden Wertpräferenzen bestimmter geistesgeschichtlicher Linien des 19. und 20. Jahrhunderts transparent macht und einer kritischen Analyse unterzieht.

Die historischen Denkansätze dieser deutschen Autorengruppen sind im allgemeinen konstitutiv, d. h., historische Rückblicke sind für sie unverzichtbar, um ihre zentrale Botschaft zu begründen. Der genaue Blick auf den konkreten Geschichtsverlauf zeigt allein, was geschieht, wenn man den Heilsversprechen der großen Meta-Erzählungen des 19. und 20. Jahrhunderts blind traut.¹⁴⁹ Die Kosten an Leid und Menschenleben sind, was den realen Geschichtsverlauf betrifft, immens hoch, und sie werden nur in der rückblickenden Deskription des Historikers sichtbar. Zu den „großen Erzählungen“ der Geistesgeschichte gehört neben dem Rationalismus, dem Marxismus, dem Nationalsozialismus auch der naturalistische Monismus, dessen Vorstellungen von einer Rassenhygiene um die Jahrhundertwende in zunehmendem Maße anerkannt wurden. Schmuhl schreibt: „Die Rassenhygiene war ihrem Selbstverständnis nach ein neuartiger Wissenschaftszweig, eine Gesellschaftswissenschaft - ein Anspruch, der nicht nur in der Öffentlichkeit weitgehend durchgesetzt werden konnte, sondern auch im rationalen Diskurs solcher Disziplinen wie Biologie, Anthropologie oder Soziologie anerkannt wurde.“¹⁵⁰

¹⁴⁹ Der Begriff „Meta-Erzählungen“ stammt von Jean-Francois Lyotard, geb. 1924, einem der prominenten Vertreter der Postmoderne. Als „Meta-Erzählung“ versteht Lyotard alle philosophischen und sozialen Konzepte, die von der Möglichkeit ausgehen, zu einem allgemeinen Verständnis der Welt und der Gesellschaft zu gelangen - einem wissenschaftlichen Verständnis, das dann die Grundlage für eine bewußte Veränderung der Welt liefern könnte. Vgl.: Lyotard 1979 (dt. Übersetzung Pfersmann 1986)

¹⁵⁰ Schmuhl 1992: 70

Verdrängungen und Tabus dieser Zusammenhänge ermöglichen unterschwellige, tödliche Bedrohungen; allein eine kritische Analyse hilft der Gegenwart, ihre Probleme genauer angehen zu können. Der Titel des Aufsatzes von Dörner im Deutschen Ärzteblatt „Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute?“¹⁵¹ umreißt die Aufgabe, indem sein Fragezeichen den Leser anleitet, die scheinbare Alternative in eine Analogie zu überführen.

Zeitschriftenartikel können immer nur einzelne Aspekte unter einem ausgesuchten Erklärungsansatz vorstellen, da ihr Umfang begrenzt ist. Um deutlich zu machen, wie die im Kapitel 2.4 beschriebenen Arbeiten einzuordnen sind, scheint es hilfreich zu sein, die Diskussion um Tötung auf Verlangen, Sterbehilfe und Vernichtung unwerten Lebens von 1885 bis 1933 zu skizzieren. Bei diesem Versuch stütze ich mich insbesondere auf das umfangreiche Werk „Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie“ von Hans-Walter Schmuhl.¹⁵²

Wie bereits im Kapitel 2.3 angedeutet, setzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Entwicklung ein, die Schmuhl folgendermaßen umschreibt: „Die Akzeptanz der rassenhygienischen Programmatik, die von den 1880er Jahren bis in die 1930er Jahre stetig anstieg, stellte das Vehikel dar, mit dessen Hilfe der Gedanke der ‘Vernichtung unwerten Lebens’ Raum greifen konnte.“¹⁵³

1859 erschien Charles Darwins Abhandlung über „Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampf um das Dasein.“¹⁵⁴ Darwin beschränkte sich in seiner Abhandlung über die natürliche Auslese allerdings auf reine Naturbeobachtungen - „auf Stechpalmen und Stiefmütterchen, Purzeltauben und Misteldrosseln.“¹⁵⁵ Erst der Zoologe Ernst Haeckel übertrug Darwins Theorien auf die Völkergeschichte und veröffentlichte 1868 seine „Natürliche Schöpfungsgeschichte“, in der er einen naturalistischen Monismus entwarf, der sowohl die Natur- wie auch die Sozialgeschichte als Ausfluß der Evolutionsgesetze verstand. Er bereitete somit das Feld für die Rassenhygiene, wie sie innerhalb Europas vielfältig angedacht wurde. Diesbezüglich muß auch auf Joseph Arthur Graf de Gobineau, auf Houston Stewart Chamberlain oder auf Sir Francis Galton, einen Vetter

¹⁵¹ Dörner 1987

¹⁵² Schmuhl 1992

¹⁵³ Ebd.: 18

¹⁵⁴ Darwin 1959: 102

¹⁵⁵ Klee 1985 / 1999: 15

Darwins, verwiesen werden. Letzterer prägte den Begriff „Eugenik“ im Jahr 1883 und entwickelte seit Mitte der 1860er Jahre die Grundzüge der Eugenik als einer „neuen Lehre von allen Einflüssen, denen es möglich sei, die angeborenen Eigenschaften einer Rasse zu verbessern und zu höchster Vollkommenheit zu entwickeln.“¹⁵⁶

Da man die Darwinschen Grundbegriffe der Variation, Vererbung und Selektion auch auf die Völkergeschichte anwandte, glaubte man, durch gezielte Eingriffe - auch durch „Euthanasie“-Maßnahmen - den Entwicklungsprozeß zu beschleunigen. Diese Theorie gewann an Brisanz, als der Sozialdarwinismus die Vorstellung einer theologischen Perspektive der Menschheitsgeschichte infrage stellte: Sollte diese nicht degenerieren, so schien es notwendig, die Entwicklung durch gezielte Selektion selbst in die Hand zu nehmen.

1895 wurde der Begriff der „Rassenhygiene“ von Alfred Ploetz konzipiert. Ploetz entwarf eine eugenisch motivierte Reglementierung des gesamten Fortpflanzungsverhaltens, unter anderem schrieb er der „Auslese“ und „Ausmerze“ von Neugeborenen unter erbpflegerischen Gesichtspunkten eine große Bedeutung zu.¹⁵⁷ Im selben Jahr vertrat der Jurist Adolf Jost in seinem Standard-Werk „Das Recht auf den Tod“¹⁵⁸ nicht nur den „Gnadentod“ für unheilbar Kranke, sondern forderte darin bereits die Tötung Geisteskranker. Die Vorstellung, daß sich der Mensch durch eugenische Manipulationen zu einem Übermenschen züchten lasse, übte auf damalige Zeitgenossen eine große Faszination aus. Die verzweigte und vielschichtige Entwicklungsgeschichte ist bei Schmuhl nachzulesen.¹⁵⁹ Die einzelnen Varianten kreisten dabei immer um vier Leitideen: 1. Auch das Gesellschaftsgeschehen beruhe auf den Darwin'schen Evolutions- und Selektionsgesetzen. 2. Die Rassenhygiene als etablierte oder zu etablierende Wissenschaft habe die Aufgabe, eine solche Selektion zu lenken und zu übernehmen. 3. Die Degenerationserscheinungen der Gesellschaft verlangten nach einem schnellen und effektiven Züchtungsprogramm. 4. Der Wert eines Menschenlebens sei relativ gegenüber der als höhere Seinsstufe verstandenen Gesellschaft.

Die Entwicklung führte dahin, daß zu Beginn des Jahres 1932, d.h. noch vor der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten, ein rassenhygienisch induziertes

¹⁵⁶ zitiert n. Schmuhl 1992: 30

¹⁵⁷ Vgl.: Ploetz 1895

¹⁵⁸ Jost 1895

¹⁵⁹ Vgl.: Schmuhl 1992: 29-105

Sterilisationsprogramm legalisiert werden sollte. Daß das nationalsozialistische Regime sogleich ein Gesetz dieser Art verabschieden konnte, war somit den bereits lange zuvor entwickelten Theorien der Rassenhygieniker und politischen Initiativen zuzuschreiben. Das 1933 verabschiedete Gesetz kann als der erste Schritt zu einer nun folgenden Radikalisierung der Forderungen nach „Vernichtung unwerten Lebens“ und ihrer praktischen Umsetzung betrachtet werden.¹⁶⁰

Gleichzeitig mit der Konzeptualisierung der Rassenhygiene Ende des 19. Jahrhunderts setzte eine Diskussion von Juristen, Medizinern und Theologen um den Lebenswert, die Sterbehilfe und die Tötung auf Verlangen ein, die eng mit dem Mitleidsmotiv des Utilitarismus verbunden war. Auch sie ging von einem reduzierten Menschenbild aus, da die Vorstellung von der Gottesebenbildlichkeit aufgegeben wurde. Der menschliche „Lebenswert“ wurde nach Kriterien wie Leistungs-, Arbeits- und Genußfähigkeit ausgerichtet. Leiden sei sinnlos. Das Mitleidsmotiv gebiete, die Leidenden ohne Aussicht auf Leidverringerung zu töten. Die großen Verluste im Ersten Weltkrieg und die wirtschaftliche Notlage der Nachkriegszeit förderten die Vorstellung, im Zuge einer „sozialen Euthanasie“ arbeitsunfähige Geisteskranke zu vernichten.

1909 stellte Roland Gerkan, Mitglied des Deutschen Monistenbundes und selbst schwerkrank, einen Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe vor: Die Tötung auf Verlangen im Sinne aktiver Euthanasie sollte dann erlaubt und gerichtlich beschlossen werden, wenn dies dem Willen des Schwerkranken entsprach. Der Paragraph 1 dieses Entwurfes hatte folgenden Wortlaut: „Wer unheilbar krank ist, hat das Recht auf Sterbehilfe.“¹⁶¹ Gerkans mehrfach eingereichter Gesetzesvorschlag wurde später zwar abgelehnt, doch initiierte er eine lebhaftere Diskussion um das Euthanasieproblem. 1920 veröffentlichten der Strafrechtslehrer Karl Binding und der

Ordinarius für Psychiatrie Alfred E. Hoche ihre zur Zeit der Weimarer Republik vielbeachtete Schrift: „Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“¹⁶². Darin werden nicht nur unheilbar Kranke, sondern auch Geisteskranke, Schwachsinnige sowie deformierte und zurückgebliebene Kinder der Kategorie „lebensunwert“ zugeordnet. Die Autoren

¹⁶⁰ Diesbezüglich sei darauf hingewiesen, daß eugenisch-rassenhygienische Bestrebungen sowie Sterilisationsgesetze nicht auf das Deutsche Reich beschränkt waren.

¹⁶¹ Gerkan 1913/14: 169-173; sowie Abdruck und Diskussion des Gerkanschen Gesetzesentwurfes in Hafner, Winau 1974

¹⁶² Binding, Hoche 1920

betrachteten ihr Programm als therapeutisch motiviert, indem sie die Vernichtungen als eine Heilbehandlung deklarierten. Dabei verstand Binding die Tötung leidender Menschen als Ausfluß freien Mitleides. Hoche zufolge entschied vor allem der Wert eines Menschenlebens für die Gesellschaft über die Daseinsberechtigung. Von dieser Prämisse ausgehend formulierte er die Begriffe „Ballastexistenzen“ und „geistig Tote“. Schmuhl zeigt im Detail, wie diese Thesen in weiten Kreisen der Bevölkerung kontrovers diskutiert wurden. 1931 nahm die NSDAP als erste politische Partei die Rassenhygiene als zentrale Forderung in ihr Programm auf. Biologismus und Sozialdarwinismus zogen sich wie ein roter Faden durch die Weltanschauung Adolf Hitlers.

Eine vergleichende Analyse der in 2.4 vorgestellten Aufsätze zeigt, wie deutsche Autoren im Zeitraum von 1980 bis 1994 versuchen, Aspekte dieser traumatischen Vergangenheit aufzuarbeiten. Besonders in den Beiträgen von Klaus Dörner tauchen diesbezüglich wesentliche Gesichtspunkte auf: die Wertepräferenzen des naturalistischen Monismus, der Kontinuitätsgedanke, die unreflektierte Wissenschaftsgläubigkeit, das Mitleidsproblem, die Vorstellung von der möglichen Abschaffung allen Leides, sowie die These vom Recht auf den sogenannten Gnadentod, der dem nicht einwilligungsfähigen Kranken von seiten des Staates zu garantieren sei. Insbesondere verweist Dörner auf die Problematik eines sich verabsolutierenden Selbstbestimmungsrechtes und auf die Einbettung der Euthanasie in volkswirtschaftliche Zusammenhänge. Sowohl heutige als damalige Euthanasievorschläge basieren seiner Meinung nach auf der vordergründigen gesellschaftlichen Forderung nach Liberalisierung. In der zunehmenden Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechtes erkennt Dörner mit Blick auf die pränationalsozialistische Euthanasiedebatte einen neuerlichen Ausgangspunkt für ähnlich menschenverachtende Entwicklungen wie im Nationalsozialismus. Konkret nennt er hier die drohende Gefahr, daß aufgrund einer allmählich entstehenden sozialen Erwartungshaltung „alle behinderten, unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich von den medizinischen Vertretern den Tod geben zu lassen.“¹⁶³ Damit, so Dörner, schliesse sich letztlich ein „konzentrischer Kreis“, indem man die bereits zur Zeit der Industrialisierung gestellte „Soziale Frage“ - „also die Frage: 'Was sollen wir mit denen machen, die industriell unbrauchbar sind;[...] und wieviel Geld sollen wir für sie ausgeben?'“¹⁶⁴ - unter der vordergründigen Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht erneut aufgreife. Die Arbeitshypothese von der „Endlösung der

¹⁶³ Dörner 1987: 2286

¹⁶⁴ Dörner 1989a: 538

sozialen Frage“ stamme, wie Dörner selbst betont, von den Historikern Karl Heinz Roth und Götz Aly.¹⁶⁵

Er selbst vermutet, daß jenes Kosten-Nutzen-Denken, das der „Sozialen Frage“ zugrunde liege, letztlich durch die „Entkoppelung der Wissenschaft und Wirtschaft sowohl vom religiösen als auch vom philosophischen Menschenbild“ gefördert worden sei. Dörner versucht, eine mögliche Entwicklung aufzuzeigen, die zwar keinen stringenten Absolutheitsanspruch besitzt. Was aber bleibt ist die Erkenntnis, daß Geschichte als Warnung potenzieller Entwicklungen dienen kann. Die damaligen Voraussetzungen - die Abkehr vom religiös-philosophisch geprägten Menschenbild, der Ruf nach Selbstbestimmung und ein zunehmendes Fortschrittsdenken - seien, so Dörner, auch heute gegeben. Daher plädiert der Autor für ein Verbot der aktiven Sterbehilfe, um das Risiko einer wie auch immer gearteten Wiederholung lebensverachtender Praktiken zu verringern.

Fast alle deutschen Autoren erkennen, daß die Diskussion auf der Ebene der Wertepräferenzen zu führen ist; d.h., daß man dem als reduktionistisch einzustufenden Menschenbild des naturalistischen Monismus ein Gegenstück präsentieren muß, welches die Würde des Menschen als unantastbar bewertet und bewahrt. Solcherart Menschenbilder suchen die Autoren in verschiedenen abendländischen Traditionen: Dropmann verweist auf die hellenistisch-humanistische Kultur, Furch beruft sich auf das Naturrecht, Schlaudraff und Dörner auf die Gottesebenbildlichkeit des Geschöpfes; andere zitieren den Hippokratischen Eid oder das Genfer Ärztegelöbnis aus dem Jahr 1948, wieder andere berufen sich auf Kant, der den Menschen als ein in Freiheit sich selbst zu bestimmendes Subjekt definiert, das nie allein als *Mittel* mißbraucht werden darf. Von Engelhardt faßt in einer allgemein gehaltenen Formulierung zusammen: „Notwendig sind Theologie, Philosophie und Künste.“¹⁶⁶

All diese deontologisch abgeleiteten Wertvorstellungen bleiben jedoch eigentümlich abstrakt. Ihren Wahrheitsgehalt beziehen sie aus der Tatsache, Gegenentwürfe zum eugenischen Holocaust darzustellen. Angesichts des Bösen und seiner erschreckenden Folgen scheinen all die Entwürfe als wahr und gerechtfertigt zu gelten, die dem naturalistischen Monismus widersprechen. Ihre Evidenz wird als so einleuchtend deklariert, daß sich eine fundamentale Auseinandersetzung mit

¹⁶⁵ Dörner 1988: 84; vgl.: Aly 1985 sowie Aly, Roth 2000

¹⁶⁶ von Engelhardt 1993: 24

dem Biologismus erübrigt, wie sie beispielsweise von Robert Spaemann immer wieder versucht wird.¹⁶⁷

Diese Spannungen zwischen den konsequentialistischen Konzepten der angloamerikanischen und den Konzepten der deutschen Autoren mußte zwangsläufig zur Forderung nach einem offenen Diskurs führen. Und eben diese Forderung taucht in den Texten immer wieder auf. Verwiesen sei beispielsweise auf Kottow und Furch, die dazu aufrufen, eine Diskussion ohne Tabuisierungen und Verdrängungen zu führen - gegen den Widerstand eines überstarken Legalitätsdenkens, das sie in der Nachkriegszeit festzustellen glauben, und gegen unreflektierte Berufungen auf festgeschriebene Rechtspositionen.

Auch in den Texten der angloamerikanischen Autoren trifft man immer wieder auf den Ruf nach einem öffentlich geführten Diskurs, so z.B. bei Helga Kuhse, wenn sie die Gesellschaft auffordert, sich auf einen Lebenswertkatalog zu einigen und diesen zu legalisieren. Wie schwer es ist, in einen solchen Dialog einzutreten, zeigt allerdings die Kontroverse Dörner-Kuhse, die unter anderem auch durch Mißverständnisse und persönliche Angriffe geprägt wurde.

Walter Bruchhausen weist in seinem Aufsatz „Medizin und Moral ohne Kontext“¹⁶⁸ darauf hin, daß die „inzwischen unfruchtbare Grundsatzdebatte zwischen Konsequentialismus und Deontologie“ zu keinem Ergebniss führe, es sei denn, man konzentriere sich lediglich auf „die wechselseitige Abhängigkeit von ziel- und pflichtorientierter Argumentation.“ Bruchhausen macht auf das „Ungenügen einer philosophischen Medizinethik im Hinblick auf die von ihr erwarteten Entscheidungshilfen“ aufmerksam.¹⁶⁹ Dabei bezieht er sich sowohl auf eine utilitaristische Auslegung der Bioethik als auch auf moralphilosophische Ansätze, die den deutschen Autoren eher vertraut sind. Er glaubt, ein ethnomedizinischer Forschungsansatz mit seinen empirischen Studien könne die Kluft zwischen der Praxis des Mediziners, der immer in einem bestimmten soziokulturellen Kontext lebt und arbeitet, und den Leitideen hochabstrahierter ethischer Konzepte überbrücken. Bruchhausen sieht dabei natürlich die Gefahr des ethischen Relativismus, doch hofft er darauf, daß die medizinethischen Vorstellungen fast aller Kulturen „auf allgemein-menschliche Grunderfahrungen, zu allerst die von Leid und Mitleid, [...]“

¹⁶⁷ Vgl.: Spaemann 2001

¹⁶⁸ Bruchhausen 2001

¹⁶⁹ Ebd.: 179

rekurrieren.“¹⁷⁰ Fehlentwicklungen seien allerdings möglich; deshalb sei eine kontextuelle Ethik immer auf eine philosophische Reflexion angewiesen, wenn sie nicht einfach das Bestehende fortschreiben will. Dennoch beharrt Bruchhausen auf seiner Grundforderung: „Einschlägige empirische Studien wären praktisch verwertbar, wenn es um ethische Sensibilisierung, interkulturelle Wahrnehmung und Motivierung von Mediziner*innen geht.“¹⁷¹

Da die vorliegende Arbeit die Ethikprobleme einer geschlossenen Kultureinheit, nämlich die der westlichen Welt, thematisiert, könnte es auf den ersten Blick so scheinen, als ob „interkulturelle“ Analysen kaum weiterführen. Doch der Ansatz von Bruchhausen liegt letztlich auch dieser Arbeit zugrunde. Ersetzt man in dem letzten Zitat die Begriffe „empirisch“ durch „historisch-deskriptiv“¹⁷² und „interkulturell“ durch „historisch“, so zeigt sich, daß die vorliegende Untersuchung Zielsetzungen verfolgt, die sich auch bei Bruchhausen finden: die Beschreibung einer - hier allerdings größtenteils inhumanen - Praxis der Vergangenheit, die konkreten Folgen dieser Praxis, die sich nur in einer historischen Rückschau erschließen, und die Aufgabe, in Kenntnis ihrer Wertpräferenzen und angesichts der Verluste an Menschenleben und Humanität ein System von Handlungsoptionen zu konzipieren, das die Würde des Menschen schützt. In diesem Sinne darf gehofft werden, daß auch der Rekurs auf historische Dimensionen in der Ethikdebatte zu einer „ethischen Sensibilisierung von Mediziner*innen“¹⁷³ führt.

Der Ansatz, historische Deskriptionen und philosophische Reflexionen miteinander zu verbinden, findet sich auch bei Dietrich von Engelhardt, wenn er schreibt, daß man politische, wirtschaftliche und kulturelle Hintergründe bei den medizinethischen Problemstellungen nicht ausklammern dürfe, daß man die Macht der realen Verhältnisse nicht übersehen dürfe, und daß nur ein analytischer Blick auf die Verbindung von Historie und Ideenwelt in der gegenwärtigen Ethikdebatte weiterhelfen könne.

¹⁷⁰ Ebd.: 186

¹⁷¹ Ebd.: 176

¹⁷² Der Begriff „empirisch“ wird bei Bruchhausen als Gegensatz zum abstrakten Diskurs einer philosophischen Medizinethik (auf abstrakte Prinzipien rekurrierend) verwendet; „empirisch“ umfasst dabei nicht nur ethnomedizinisch-interkulturelle, sondern auch soziologisch-historische Empirie.

¹⁷³ Bruchhausen 2001: 176

3. Medizinisches Ethos und die Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus

3.1 Die Deskription der Debatte

Das Euthanasie-Problem stellt nicht nur die Frage nach Autonomie und Existenz des Patienten, sondern berührt auch das Selbstverständnis des Medizinerstandes sowie das Ethos des einzelnen Arztes, in das sowohl subjektive Überzeugungen wie standesärztliche Traditionen einfließen. 1987 erschien im Deutschen Ärzteblatt das Interview des damaligen Präsidenten der Deutschen Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, zur Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus, das großes Aufsehen erregte und kontrovers diskutiert wurde.¹⁷⁴

3.1.1 Die Forderung, die Rolle des Ärztestandes im „Dritten Reich“ kritisch zu reflektieren

Schon zuvor wurden jedoch immer wieder Stimmen laut, die den Mangel an historischer Aufarbeitung der Rolle des Ärztestandes im „Dritten Reich“ beanstandeten. Warum dieses Thema gerade in Deutschland eine Sonderstellung einnimmt, verdeutlicht Alexander Mitscherlich in einem 1978 veröffentlichten SPIEGEL-Artikel¹⁷⁵: Darin verweist er rückblickend auf den 1947 beendeten, von ihm und Fred Mielke dokumentierten Nürnberger Ärzteprozeß und beklagt eine immer noch andauernde allgemeine Schuldverdrängung: „Es ist eine plausible Verallgemeinerung; aber solange unsere Gesellschaft nur widerwillig bereit ist, in diesen Tätern [gemeint sind die in Nürnberg angeklagten Mediziner] ein Abbild ihrer selbst zu erkennen, werden wir mit der Erkenntnis, was sich in diesen schrecklichen Jahren wirklich zugetragen hat,

¹⁷⁴ Gelsner 1987

¹⁷⁵ Mitscherlich 1978

nur gegen zähen Verdrängungswiderstand weiterkommen.“¹⁷⁶ Mitscherlich plädiert dafür, die in Nürnberg angeklagten Ärzte nicht als Ausnahmefälle, sondern als ein Abbild von „unseren gesellschaftlichen mitmenschlichen Zuständen“ zu betrachten. Die ehrliche Aufarbeitung der eigenen Vergangenheit sei, so Mitscherlich, ein längst überfälliger Schritt: „Im Rückblick auf die Nürnberger Zeit empfinde ich immer noch unverändert Zorn gegen meine Ohnmacht, zusehen zu müssen, wie soviel Unrecht in den tieferen Zusammenhängen unverstanden und ungesühnt bleibt und in Vergessenheit absinkt.“¹⁷⁷ Schon die damals angeklagten Ärzte hätten sich in ihrer Verteidigung des Mittels der Verschiebung bedient, nämlich die „mitmenschliche Betroffenheit auf eine scheinbar rationale Wissenschaftlichkeit“ verlagert. Die nationalsozialistischen Medizinverbrechen müssten als Beispiel für einen frühen Exzess von Versachlichung gewertet werden. Eine zunehmende Versachlichung sei aber auch bei der heutigen Medizin zu entdecken, in der das Verhältnis zwischen Arzt und Patient affektiv steril gehalten werde.

Diesbezüglich stellt Mitscherlich abschließend fest: „Wirft man nochmals einen Blick rückwärts auf jene Schreckenszeit, in der Ärzte zu Mördern wurden, dann kann man sich unter unseren Kulturbedingungen durchaus vorstellen, daß auch spätere Ärztegenerationen vor ähnliche Versuchungen gestellt werden, wie sie den Angeklagten in Nürnberg begegnet sind.“¹⁷⁸

Mitscherlich fordert in seinem Artikel nicht nur das seiner Meinung nach längst überfällige Schuldeingeständnis des medizinischen Standes und die Einsicht, daß die damals in Nürnberg verurteilten Mediziner eben nicht als Ausnahme-Täter zu betrachten sind. Er mahnt auch, den Blick für eine zunehmende und unangemessene „Versachlichung“ des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu schärfen. Nürnberg wird von Mitscherlich als ein zwar kriminelles aber trotzdem signifikant frühes Beispiel für den gefährlichen Exzess von Versachlichung angeführt, der auch die „neue, technisierte Medizin“ der Gegenwart bedrohe.

Ähnlich kritisch äußerte sich der US-Psychiater Leo Alexander, der 1946 als Sachverständiger und Berater der *Office of the Chief of Council for War Crimes* am Nürnberger Prozeß teilnahm. 1987 erscheint in der Zeitschrift *Ethics and Medicine* ein Neuabdruck seines bereits im Juli 1949,

¹⁷⁶ Ebd.: 238

¹⁷⁷ Ebd.: 238

¹⁷⁸ Ebd.: 239

zwei Jahre nach Beendigung des Nürnberger Ärzteprozesses im *New England Journal of Medicine* publizierten Artikels 'Medical Science under Dictatorship'.¹⁷⁹

Darin beschäftigt sich Alexander ausführlich mit der Rolle der Ärzte und Medizin im „Dritten Reich“. Ähnlich wie auch in anderen Diktaturen der Neuzeit habe man sich hier dem Hegelschen Konzept einer rationalen Nützlichkeitsmoral¹⁸⁰ verschrieben, das zu einer Entwertung tradierter ethisch-moralischer und religiöser Überzeugungen sowie zum raschen Verfall der medizinischen Standesethik geführt habe. Die gesamte wissenschaftliche Forschung habe sich bereitwillig in den Dienst des NS-Genozids gestellt und sich auf die Entwicklung von Vernichtungsstrategien konzentriert. Dabei habe das NS-Regime den Medizinern bewußt einen Sonderstatus verliehen: 'It was left to the Nazi dictatorship to make medical science into an instrument of political power - a formidable essential tool in the complete and effective manipulation of totalitarian control.'¹⁸¹

Unter Bezugnahme auf die menschenverachtenden Experimente mit KZ-Opfern hinterfragt der Autor die aktuelle Einstellung amerikanischer Ärzte gegenüber chronisch kranken Patienten. Auch in den USA zeichne sich der Trend ab, chronisch Kranke im Sinne eines Nützlichkeitsdenkens als „Zweite-Klasse-Patienten“ abzustufen, als 'unwanted ballast'.¹⁸²

Alexander zeichnet folgende Entwicklung auf: Der erste unscheinbare Schritt in Richtung Massenmord und nationalsozialistische Verbrechen habe sich damals in einem subtilen Wandel der ärztlichen Einstellung gegenüber chronisch Kranken geäußert. Die von menschlichem Mitleid geprägte ärztliche Haltung des 19. Jahrhunderts sei zu Beginn des 20. Jahrhunderts mehr und mehr von einem Kosten-Nutzen-Denken abgelöst worden. Auch in den USA mache sich gegenwärtig ein solches Denken immer stärker bemerkbar: So würden Ärzte ihren therapeutischen, zeitlichen und finanziellen Einsatz zunehmend nach der Wahrscheinlichkeit der Heilung oder Wiederherstellung ihrer Patienten ausrichten; chronisch Kranke und Nicht-Heilbare würden nicht nur vernachlässigt, sondern auch einer gewissen Verachtung preisgegeben, da sie das Bild der technisch-medizinischen Allmacht als eine Illusion entlarven würden: 'This is

¹⁷⁹ Alexander 1949/1987; zum Nürnberger Ärzteprozeß und der Rolle Alexanders vgl. auch Weindling 2001a

¹⁸⁰ Was Alexander unter dem Begriff der „Hegelschen Nützlichkeitsmoral“ tatsächlich versteht, bleibt insgesamt unklar. Er schreibt diesbezüglich: 'The guiding philosophic principle of recent dictatorships, including that of the Nazis, has been Hegelian in that what has been considered 'rational utility'. An anderer Stelle spricht er von 'the adoption of an utilitarian, Hegelian point of view' (Ebd.: 26), einer 'Hegelian, cold-blooded, utilitarian philosophy' (Ebd.: 31) oder dem Hegelschen Prinzip 'what is useful is good' (Ebd.: 32); siehe auch ders. 1948

¹⁸¹ Alexander 1949/ 1987: 29

¹⁸² Ebd.: 32

probably due to a good deal of unconscious hostility, because these people for whom there seem to be no effective remedies have become a threat to newly acquired delusions of omnipotence.¹⁸³

Detaillierte Beispiele dafür, daß solche Patienten in den USA als 'unwanted ballast' behandelt werden, gibt Alexander jedoch nicht; diesbezüglich beschränkt er sich auf Allgemeinaussagen. Lediglich an einer Stelle zitiert er aus einem nicht näher genannten Krankenhausreport einer führenden US-Klinik, die - so Alexander - fast schon stolz feststelle: 'Our facilities are such that a case load of 20 patients is regularly carried [...] in selecting cases for treatment careful consideration is given to the prognostic criteria, and in no instance have we instituted treatment merely to satisfy relatives or our own consciences.'¹⁸⁴

Rückblickend auf die NS-„Euthanasie“ stellt Alexander fest, daß es für die damalige politische Führung wesentlich leichter gewesen sei, die Öffentlichkeit von der Notwendigkeit der Vernichtung kranker Menschen zu überzeugen, als ihre Zustimmung zur Tötung politischer Gegner zu gewinnen. Denn der rationalen Nützlichkeitslehre zufolge habe der kranke Mensch, insbesondere der chronisch Kranke, als minderwertig gegolten. Der Ausgangspunkt der nationalsozialistischen Verbrechen sei die - vor allem von Ärzten - akzeptierte Idee des „unwerten Lebens“ gewesen. Solch unscheinbare Anfänge sieht Alexander auch in den USA gegeben, da man der Prävention mittlerweile einen höheren Stellenwert einräume als dem Heilungsversuch. Das ursprüngliche Konzept der Medizin basiere jedoch nicht auf der nüchternen Abwägung einer möglichen Wiederherstellung des Patienten, sondern entspringe vielmehr einer fürsorglichen oder religiösen Motivation. Durch den medizinischen Fortschritt hätten sich die amerikanischen Ärzte dem Bild des reinen Rehabilitationsspezialisten angeähert. Alexander warnt: 'From the attitude of easing patients with chronic diseases away from the doors of the best treatment facilities available to the actual dispatching of such patients with chronic diseases to killing centers is a long but nevertheless logical step.'¹⁸⁵

Abschließend appelliert Alexander an das amerikanische Demokratiebewußtsein. Im Gegensatz zur Diktatur zeichne sich die Demokratie gerade durch freiheitlich-kreatives Denken aus. Die Leichtfertigkeit, mit der man die Zerstörung von Leben erwäge, anstatt nach lebensverbessernden

¹⁸³ Ebd.: 32

¹⁸⁴ Ebd.: 32

¹⁸⁵ Ebd.: 32

Alternativen zu suchen, müsse als erstes Anzeichen eines allgemeinen Demokratieverlustes gedeutet werden. Zerstörung führe letztlich, wie es das Schicksal Nazi-Deutschlands bewiesen habe, zur Selbstzerstörung.

In der Zeitschrift *Arzt und Christ* betonen Helmut Piechowiak und Hans Georg von Manz 1980 die Bedeutung eines christlichen Fundamentes für die ärztliche Ethik. Dabei stellen sie Grundwerte wie Personalität und Individualität ins Zentrum ärztlichen Handelns.¹⁸⁶

Die Letztverantwortlichkeit des handelnden Arztes unterscheide „ärztliche Ethik“ von einer „bloßen Standesethik“. Eine Umwälzung politischer oder sozialer Strukturen könne keine Lösungen medizinischer Probleme mit sich bringen. Ärztliche Ethik fordere „Freiheit und Auseinandersetzung über die grundlegenden Wertvorstellungen des menschlichen Miteinanders“¹⁸⁷, wobei der Hippokratische Eid das kritische Korrektiv darstelle. Zwar könne der Eid selbst keine absolute Geltung beanspruchen, da er immer wieder in seine gesellschaftliche Umgebung eingebettet werden müsse; dennoch hätten sich seine traditionellen Wertvorstellungen auch nach dem „Dritten Reich“ behaupten können. Das Genfer Gelöbnis, der Internationale Code Ärztlicher Ethik¹⁸⁸ und auch der Nürnberger Kodex würden immer wieder an die Letztverantwortlichkeit des Arztes appellieren.

Der rasante medizinische Fortschritt der letzten Jahrzehnte habe deutlich gemacht, wie schnell sich gesellschaftliche Einstellungen ändern könnten - in dem Sinne, „daß das, was machbar wurde, auch getan wurde, was getan wurde, immer häufiger und von mehr Menschen getan wurde und daß das, was allgemeine Praxis wurde, immer schneller und immer selbstverständlicher unsere Anschauungen von dem, was getan werden sollte, umprägte.“ So bestehe derzeit eine „weit verbreitete Unsicherheit über die ärztlichen Pflichten.“¹⁸⁹

Angesichts dieser Unsicherheit beabsichtige die Zeitschrift *Arzt und Christ* in interdisziplinärer Arbeit, die „christliche Haltung gegenüber den brennenden Problemen, mit denen uns der medizinisch-ethische Fortschritt konfrontiert“, nachhaltiger in die Diskussion einzubringen. Die christianisierte Version des Hippokratischen Eides erinnere an den „göttlichen Ursprung und die

¹⁸⁶ Piechowiak, von Manz 1980

¹⁸⁷ Ebd.: 215

¹⁸⁸ Vgl.: World Med. Assoc. Bull. 1949

¹⁸⁹ Piechowiak, von Manz 1980: 216/217

Instanz, vor der der Arzt letztlich seine Tätigkeit zu verantworten hat“.¹⁹⁰ Auch wenn seit der Aufklärung die wissenschaftliche Aufgabe des Arztes im Vordergrund stehe und die religiöse Bindung zu beinahe nichtssagenden kurzen Formeln degeneriere, so sei die persönliche Verpflichtung des Arztes an eine ethische Berufsführung in Form des Gelöbnisses immer noch unverzichtbar.

Der Gynäkologe Furch äußert sich 1981 im Deutschen Ärzteblatt zum Thema ärztliche Ethik¹⁹¹: Im „Dritten Reich“ sei der Arzt zum Instrument von Partei und Staat geworden, die Staatsideologie habe die Hippokratische Ethik verdrängt und sei bei der etablierten Ärzteschaft auf keine nennenswerte Gegenwehr gestossen. Furch mahnt, daß der Hippokratische Eid auch heute durch gesellschaftliche Ideologien - wie. z.B. den Emanzipationsgedanken, die Vorstellung des autonomen Menschen oder das Wunschkinddogma - immer mehr relativiert werden würde. Dabei erlebe die verschleiernde Sprache vom „Gnadentod“ oder „Recht auf den eigenen Tod“ eine Renaissance. Der Hippokratische Eid würde als überholt erklärt, obwohl dessen Richtlinien nach Ende des Zweiten Weltkrieges als Genfer Gelöbnis erneut in die ärztliche Standesethik eingegangen sei.¹⁹² Furch fordert die Ärzte auf, sich verstärkt auf ihr ethisches Selbstverständnis zu konzentrieren. Es bestehe kein Zweifel daran, „daß ein bürokratisiertes (vergesellschaftetes oder sozialisiertes) Gesundheitswesen, das versucht sein könnte, den Arzt seiner Unabhängigkeit zu berauben - dem entscheidenden Kriterium Hippokratischer Medizin -, die Bedrohung ärztlicher Ethik potenzieren würde.“¹⁹³ Diesbezüglich müsse man auch einer Rechtsentwicklung vorbeugen, die Ärzte nur noch als Erbringer technischer Gesundheitsleistungen betrachte.

Der Artikel endet mit einem Zitat des verstorbenen Mediziners August Mayer: „Sollte wieder einmal eine Regierung sich anmaßen, auf dem Weg der Gesetzesbestimmung uns Ärzte zu ihren politischen Sonderzwecken zu mißbrauchen, so muß die Ärzteschaft im Interesse ihres Standesethos sowie im Interesse der Kranken und der ganzen Gesellschaft laut und deutlich Protest einlegen.“¹⁹⁴ In diesem Zitat klingt zwar der Gedanke einer ärztlichen Kollektivschuld an, zugleich rückt es die deutsche Ärzteschaft jedoch implizit in die Rolle eines von der NS-Diktatur manipulierten Opfers. Zudem bleibt Mayers Formulierung von der „Gesetzesbestimmung“, die

¹⁹⁰ Ebd.: 220

¹⁹¹ Furch 1981

¹⁹² Ebd.: 2489

¹⁹³ Ebd.: 2500

¹⁹⁴ Vgl.: Mayer 1966: 786

die Ärzte zu „politischen Sonderzwecken mißbraucht“ habe, unklar. Die „Euthanasie“ beruhte beispielsweise lediglich auf dem „Führerbefehl“ - von formal gesetzlicher Pflicht kann im juristischen Sinne keine Rede sein; trotzdem beteiligten sich zahlreiche Ärzte - nicht nur als Gutachter, sondern auch in vielfacher anderer Funktion.¹⁹⁵

Furch plädiert für eine politisch und gesellschaftlich unabhängige ärztliche Standesethik. Wie diese letztlich aussehen muß oder kann, erklärt er indes nicht. Statt dessen beruft er sich auf den Hippokratischen Eid.

Eine andere Position als die bisher dargestellten nahm 1986 das Deutsche Ärzteblatt in seinem Kommentar „Was ist heute lebensunwert?“ ein.¹⁹⁶ Anlässlich der Wiederaufnahme eines „Euthanasie“-Prozesses des Frankfurter Landgerichtes gegen die Mediziner Ullrich, Bunke und Endruweit¹⁹⁷, denen eine Teilnahme an der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Rahmen der T4-Aktion im „Dritten Reich“ vorgeworfen wurde, kritisiert der Verfasser die rigorose Verurteilung von damals noch jungen und unerfahrenen Ärzten seitens einer Gesellschaft, die aktive Sterbehilfe und Abtreibung billige: „Nach der sattsam bekannten Zurichtung der Jungen und Mädchen im Dritten Reich, nach jahrzehntelanger Blüte der Eugenik bis zu ihrer gewaltsamen Realisierung hin zum 'gesunden Volkskörper', darf man sich heute eigentlich nicht darüber wundern, daß sich damals auch junge Ärzte in den bekannten Euthanasie-Aktionen der Nationalsozialisten [...] für die 'Vernichtung lebensunwerten Lebens' hergaben.“ Der Kommentar betont, daß die drei Ärzte bereits vor mehr als zehn Jahren von einem anderen Frankfurter Gericht freigesprochen worden wären, „weil sie 'nicht schuldhaft gehandelt' hätten, sondern einem 'unvermeidbaren Verbotsirrtum' erlegen seien.“¹⁹⁸ Hier bezieht sich der Verfasser auf den SPIEGEL-Artikel „Traurige Pflicht“, der sich für eine Verurteilung der drei Ärzte ausspricht.¹⁹⁹

¹⁹⁵ So lassen sich mindestens 4 Tätergruppen aus dem medizinischen Bereich zusammenstellen:

1. Verwaltungsbeamte; 2. Ärzte, die direkt für die Tiergartenstraße 4 arbeiteten; 3. Ärzte, die die Deportation in die Anstalten unterstützten oder duldeten; 4. Wissenschaftler, die die Selektion legitimierten. (Vgl.: Roelcke, Hohendorf, Rotzoll 2000c: 64)

¹⁹⁶ roe 1986

¹⁹⁷ siehe hierzu: Klee 1985 / 1999: 142, 228-229, 324

¹⁹⁸ roe 1986: B-285

¹⁹⁹ Der SPIEGEL 1986

Die „linken Ideologen“, so der Kommentator des Deutschen Ärzteblattes, würden nun auf „Beihilfe zum Mord“ bestehen, gleichzeitig jedoch die Taten eines Julius Hackethals²⁰⁰

befürworten: „Diese heutigen Untaten werden von den gleichen verharmlost, gar propagiert, die frühere Untaten vehement verurteilen. Heuchlerisch? Oder weil sie damals nicht 'linker', sondern 'rechter' Ideologie entsprangen?“²⁰¹

²⁰⁰ Der Chirurg Prof. Dr. Hackethal leistete auf Bitten einer krebskranken Patientin aktive Sterbehilfe mittels Zyankali (vgl.: Kapitel 2.4.2.)

²⁰¹ roe 1986: B-285

3.1.2 Die Kontroverse um das Vilmar- Interview aus dem Jahr 1987

1987 erschien im Deutschen Ärzteblatt ein Interview mit dem Präsidenten der Deutschen Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, zur Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus, das großes Aufsehen erregte, kontrovers diskutiert wurde (so z.B. auch in den Wochenzeitschriften *Der SPIEGEL* und *Die ZEIT*) und deswegen ausführlich dargestellt werden soll.²⁰²

Vilmar reagierte auf einen in der englischen Zeitschrift *The Lancet* 1986 veröffentlichten Artikel des deutschen Pädiaters Dr. Hanauske-Abel mit dem Titel 'From Nazi Holocaust to Nuclear Holocaust: A Lesson to Learn?'.²⁰³ Hanauske-Abel beleuchtete darin die Rolle der deutschen Ärzteschaft im Nationalsozialismus und stellte folgende Analogie auf: Die heutigen Mediziner würden der Bedrohung einer weltweiten nuklearen Aufrüstung ähnlich passiv und tatenlos gegenüberstehen, wie die Ärzte im „Dritten Reich“ dem Nationalsozialismus. Wörtlich heißt es: 'In those days, the German medical community professionally practised politics on a small scale: it accepted the State's doctrine of 'non-Aryan degeneracy', did not reject the translation of this genocidal theory into the terminology of hygienics and made it a prime topic of continuing education. Past is never passed. In these days the medical community in East and West is under pressure to practise politics on a small scale, to accept the State's doctrine of nuclear deterrence, to translate this genocidal theory into the terminology of disaster medicine.'²⁰⁴

Das Interview mit dem Bundesärztkammer-Präsidenten Vilmar führte der Journalist Kurt Gelsner. Gelsners Fragestil war dabei alles andere als neutral und legt die Vermutung nahe, daß die Fragen zuvor größtenteils abgesprochen waren.

Hier sollen nur einige Passagen des achtseitigen Interviews wiedergegeben werden:

Vilmar wirft Hanauske-Abel vor, die deutsche Ärzteschaft von heute in ein zweifelhaftes Licht zu rücken, um so der Welt zu suggerieren, daß heute wie damals Vorsicht im Umgang mit deutschen Ärzten geboten sei. Seine Verwendung des Begriffes Holocaust in Bezug zur

²⁰² Gelsner 1987

²⁰³ Hanauske-Abel 1986. Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag Hanauske-Abels, den dieser auf dem 6. Weltkongress der IPPNW (Ärzte gegen den Atomkrieg) am 31. Mai 1986 in Köln hielt.

²⁰⁴ Ebd.: 273

Atomkraftwirtschaft sei polemisch und aufgrund der verschiedenartigen historischen Situation im Zusammenhang mit Problemen der deutschen Gegenwart nicht unzulässig.

Zum Verhalten der Ärzte im „Dritten Reich“ merkt Vilmar an: „Schon vor und erst recht nach der 'Machtübernahme' durch die Nationalsozialisten haben radikale Ärztekader begonnen, den Weg zu beschreiten, der folgerichtig nur in einem medizinischen Beitrag zum Holocaust enden konnte. Die daran beteiligten Ärzte haben also vorsätzlich gehandelt. Von der keineswegs geringen Zahl ausländischer Kollegen, die damals ebenfalls eugenischen Träumen und sozialdarwinistischen Irrtümern anhängen, unterschieden sie sich allerdings dadurch, daß das rassistische NS-Regime sie ermutigte, ihren pervertierten Darwinismus nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch zu betreiben.“²⁰⁵

Wenn Gelsner fragt: „Halten Sie die Behauptung von Herrn Hanauske-Abel für gerechtfertigt, die meisten Deutschen - 'insbesondere die Ärzte' - hätten sich an der historisch-publizistischen Aufarbeitung des Themas 'Ärzte im Nationalsozialismus' kaum beteiligt und das Problem verdrängt? War es nicht die wiedererstandene demokratische Berufsorganisation der deutschen Ärzte selbst, die schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt mit rückhaltlosen Mitteilungen über verbrecherisches Verhalten von Ärzten an die Öffentlichkeit trat?“²⁰⁶, so spielt er hiermit auf die Berichterstattung Mitscherlich und Mielkes an, die 1946 im Auftrag der Westdeutschen Ärztekammer als Prozeßbeobachter nach Nürnberg geschickt worden waren. Die Prozeßdokumentation wurde unter dem Titel „Das Diktat der Menschenverachtung“ (später „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“)²⁰⁷ publiziert.

Vilmar antwortet, daß es diese von der Westdeutschen Ärztekammer in Auftrag gegebene Berichterstattung gewesen sei, die einer breiten deutschen Öffentlichkeit erste authentische Informationen über die teuflischen Entartungen im „Dritten Reich“ zukommen ließ. Eben diese Dokumentation sei es auch gewesen, die den Weltärztebund zur Wiederaufnahme der deutschen Ärzteschaft bewogen habe. Die überwältigende Mehrheit der deutschen Ärzteschaft - das habe bereits Mitscherlich festgestellt - habe an den überlieferten Grundsätzen ihrer Berufsauffassung festgehalten und die verbrecherischen Handlungen einzelner Berufsangehöriger scharf verurteilt.

²⁰⁵ Gelsner 1987: B-847

²⁰⁶ Ebd: B-849

²⁰⁷ Mitscherlich, Mielke 1947/1949

Hier wendet sich Vilmar gegen den Vorwurf der ärztlichen Kollektivschuld und spricht von „einer Minderheit deutscher Ärzte“ und „einem (makabren) 'Orden'“, der das Ansehen des ärztlichen Standes beschädigt habe.²⁰⁸

Den heftigsten Widerstand erregte später jedoch die folgende Aussage Vilmars: „Man sollte doch nicht vergessen, daß gegenüber der Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Ärzte die Anzahl der an Medizinverbrechen unmittelbar beteiligten mit höchstens 400 relativ klein war. Man sollte auch bedenken, daß die Mehrzahl verbrecherischer ärztlicher Maßnahmen [...] nur wegen der Sonderstellung stattfinden konnte, die dem SS-'Orden' mit den ausschließlich durch ihn selbst verwalteten Konzentrationslagern [...] zufiel.“²⁰⁹ Vilmar bezieht sich mit seiner Zahlenangabe von „höchstens 400“ auf ein von Mitscherlich und Mielke formuliertes Vorwort in der 1949 erschienenen Chronik „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“, in der es weiter heißt: „[...] darf man auch das andere Faktum nennen, daß im Verhältnis zu einer runden Zahl von 90 000 während der Kriegsjahre in Deutschland tätigen Ärzten, die Zahl der in diesem Prozeß und in ähnlichen Verfahren als schuldig Befundenen verschwindend gering ist.“²¹⁰ Dieses Zitat erscheint im abgedruckten Interview als beigefügte Fußnote, in der die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes auch auf die von Mitscherlich vorgenommenen Änderungen eingeht, die dieser im Februar 1960 bei der Neuauflage der Prozeßdokumentation formulierte: „Von ungefähr 90 000 damals in Deutschland tätigen Ärzten haben etwa 350 Medizinverbrechen begangen.“ Hier endet das Zitat, obwohl es bei Mitscherlich weiter heißt: „[...] Doch das trifft nicht den Kern. Dreihundertfünfzig waren unmittelbare Verbrecher - aber es war ein Apparat da, der sie in die Lage oder die Chance brachte, sich zu verwandeln [...] So lange wir uns nicht vergegenwärtigen, wie weit wir selbst 'Apparat' waren, haben wir nichts, überhaupt nichts getan [...]. Die Suche nach dem krankhaften Sonderfall ist selbstverständlich und notwendig, aber sie dringt nicht in die Ursache-Wirkung-Zusammenhänge, in die Motivketten ein, die erst solche Verbrechen ermöglichen.“²¹¹ Diese Änderungen werden sowohl von der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes als auch vom Ärztekammerpräsidenten vollständig ignoriert.

²⁰⁸ Ebd.: B-849 (Klammersetzung und Anführungsstriche aus dem Original übernommen)

²⁰⁹ Ebd.: B-850

²¹⁰ Mitscherlich, Mielke 1949: 7 ff; diesbezüglich referierte Fred Mielke bereits am 16. Oktober 1948 vor dem 51. „Deutschen Ärztetag“ in Stuttgart über die Beobachtungstätigkeit in Nürnberg und merkte u.a. an: „Zur Frage der Belastung der Deutschen Ärzteschaft soll hier noch festgestellt werden, daß gegenüber etwa 90 000 in Deutschland tätigen Ärzten die Anzahl der an Medizinverbrechen unmittelbar Beteiligten verschwindend gering ist - etwa 300 bis 400 Ärzte, wenn man hoch schätzt.“ Vgl.: Mielke 1948, zitiert n. Gerst 1994: C-1043

²¹¹ Mitscherlich, Mielke 1960 / 1991: 13-14

Vilmar konzentriert sich allein auf Mitscherlichs Zahl von 350 verbrecherischen Ärzten, um seine These, die Mehrheit der deutschen Ärzte habe sich während des „Dritten Reiches“ tadellos verhalten, zu untermauern. Er ignoriert auch die Tatsache, daß das gesamte Programm der „Euthanasie“ (i.S. von Krankenvernichtung) außerhalb der KZ's, nämlich in psychiatrischen Anstalten stattfand und eine breite Kooperation oder zumindest die Duldung durch eine sehr große Anzahl von Ärzten voraussetzte.

Vilmar wirft in seinem Interview dem Arzt Hanauske-Abel profunde Unkenntnis der neueren deutschen Geschichte vor, wenn dieser die Gleichschaltung auf allen Gebieten des öffentlichen Lebens mit der Sehnsucht der Deutschen nach nationaler Erneuerung in Verbindung bringe. Nach dem Untergang der Weimarer Republik, so Vilmar, hätten sich zwar große Teile der Bevölkerung nach einer nationalen Erneuerung gesehnt, nicht jedoch nach einem totalitären Staat. „Mit einer Geschwindigkeit, die man nur noch mit 'im Handstreich' umschreiben kann, sahen die Deutschen die demokratischen Strukturen und Einrichtungen ihres Staates in Nacht- und Nebelaktionen geknebelt oder zerschlagen. Auch die traditionellen Interessenvertretungen, Verbände und Standesorganisationen der Ärzte wurden entweder aufgelöst oder in längst vorbereitete NS-Kader übernommen. Den gewählten Repräsentanten blieb kaum eine Chance, die eine oder andere der ärztlichen Überzeugungen [...] in die 'neue Zeit' hinüberzuretten.“²¹² Als Fazit formuliert der Präsident der Deutschen Bundesärztekammer: „Schuldzuweisungen im Zusammenhang mit der 'Machtübernahme' an das Gros der deutschen Ärzte sind also nicht berechtigt.“²¹³

Die Äußerungen Vilmars stiessen sowohl bei Ärzten als auch bei Medizinhistorikern auf heftigen Widerstand und initiierten eine publizistische Beschäftigungswelle mit der Rolle des ärztlichen Standes im Nationalsozialismus.

Norbert Jachertz, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, faßte einige der Reaktionen zusammen, die das Interview Vilmars auf dem 90. Deutschen Ärztetag hervorrief²¹⁴: Unprogrammmäßig, wenn auch nicht unerwartet, habe man sich hier mit der Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus auseinandergesetzt. Kritiker Vilmars hätten dem Ärztekammerpräsidenten vorgeworfen, er habe versucht, in dem Interview die Schuld einigen wenigen Hunderten zuzuschieben, um die große Mehrheit der deutschen Ärzteschaft

²¹² Gelsner 1987: B-856

²¹³ Ebd.: B-858

reinzuwaschen. In der Debatte, so Jachertz, seien auch Stimmen laut geworden, die die Schuld bei der national-sozialistischen Gesetzgebung gesucht hätten. Eine solche Schuldzuweisung habe Vilmar in seinem Schlußwort jedoch abgelehnt: „Vilmar beharrte auf den unverändert geltenden ethischen Grundnormen ärztlichen Handelns. Wenn man sich damals nachhaltiger auf diese Grundnormen [...] besonnen hätte, dann hätte unärztliches Verhalten trotz gesetzlicher Regelungen vielleicht nicht dieses Ausmaß angenommen.“²¹⁵

Die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Leserreaktionen äußern überwiegend ihren Unmut über das Vilmar-Interview. Der deutschen Ärztervertretung wird Desinteresse gegenüber einer aufrichtigen Vergangenheitsbewältigung vorgeworfen.²¹⁶ Mit Verweis auf das „Dritte Reich“ wird mehr Zivilcourage von den heutigen Medizinerinnen gefordert: die Geschichte lehre, daß ärztliche Ethik auch eine politische Dimension besitze.²¹⁷ Auch der Artikel Hanauske-Abels findet Zustimmung. Vilmar wird dagegen kritisiert, er gehe in seinem Interview auf die Kernaussage Hanauske-Abels 'not to act is to act' nicht ein. Dabei stehe heute wie damals die Mehrheit der Ärzteschaft einer lebensbedrohlichen Entwicklung, wie sie die nukleare Aufrüstung darstelle, passiv und widerstandslos gegenüber und erhöhe damit ihre Akzeptanz.²¹⁸

In seinem „Schlußwort“²¹⁹ weist Vilmar vor allem auf die Tatsache hin, daß sich, bezüglich der Auseinandersetzung mit der NS-Diktatur, die deutsche Geschichte nicht auf die Zeit von 1933 bis 1945 beschränken dürfe. Es müssten auch weiter zurückliegende Entwicklungen in Deutschland und Europa betrachtet werden: „Mit der Befreiung von der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft durch den totalen Zusammenbruch des Deutschen Reiches 1945 war zugleich eine nationale Katastrophe verbunden, an deren Folgen wir noch lange Zeit zu tragen haben werden, deren Ursache jedoch schon weit früher zu suchen ist und spätestens mit der - im übrigen formal 'legalen' - Machtübernahme durch die Nationalsozialisten [...] unabwendbar wurde.“²²⁰

Trotz aller Kritik durch seine Standesgenossen bleibt Vilmar bei seiner als Tatsache hingestellten Behauptung, „daß sich im Dritten Reich die große Mehrheit der Ärzte selbstlos für eine auch

²¹⁴ Jachertz 1987

²¹⁵ Ebd.: B-1068

²¹⁶ Vgl.: Faustmann 1987

²¹⁷ Vgl.: Fischer 1987

²¹⁸ Vgl.: Schmidt 1987

²¹⁹ Vilmar 1987

²²⁰ Ebd.: B-1455

unter schwierigsten Bedingungen möglichst gute Versorgung der Patienten eingesetzt hat. [...] Die weit überwiegende Zahl der Ärzte hat Massentötungen und andere Greuelthaten niemals gebilligt oder gar unterstützt.²²¹

Seinen Kritikern entgegnet Vilmar abschließend: „Die aus Unwissenheit oder eigener moralischer Überheblichkeit resultierenden Vorurteile und Polarisierungen nutzen der Sache nichts. Im Gegenteil, sie schaden, weil sie sich im Grunde der gleichen Methodik bedienen, die Hitler und seine Parteigenossen an die Macht brachten. Rechthaberei und Intoleranz [...] bewußte Verleumdung und verlogene Propaganda [...] waren dabei bekanntlich wichtige Faktoren.[...] Wenn die erneut aufgeflamnte Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Diktatur [...] verhindern hilft, daß sich bei uns wiederum Fanatismus und Intoleranz breitmachen [...], dann kann dieser schreckliche Abschnitt unserer Vergangenheit eine Lehre für die Zukunft unseres freiheitlich demokratischen Rechtsstaates und unserer pluralistischen Gesellschaft in Frieden mit uns, den Völkern Europas und der Welt sein.“²²²

Das Vilmar-Interview veranlasste auch politische Wochen- und Tageszeitungen zur Beschäftigung mit dem Thema NS-Medizin und ärztliche Vergangenheitsbewältigung. Die ZEIT berichtet unter dem Titel „Deutsche Ärzte und die Vergangenheit - Der Fall Hanauske-Abel: Wie ärztliche Standesvertreter mit einem kritischen Kollegen umgehen“²²³ über die bisherigen Ereignisse. Der Redakteur Stock ergreift hier die Partei Hanauske-Abels und unterstützt dessen Analogie zwischen dem nationalsozialistischen- und nuklearen Holocaust. Der Arzt müsse sich endlich seiner politischen Verantwortung bewußt werden. Stock kritisiert die Aussage Vilmars, daß die Vorstellung der Weißen Rose, jeder könne einen Beitrag zum Fall eines unmenschlichen Gewaltsystems leisten, letztlich eine zwar edle, aber nicht realisierbare Fiktion geblieben sei, folgendermaßen: „Diese Aussage regt naturgemäß zu bösen Deutungen an. Daß eine aufrechte Haltung Risiken birgt, vielleicht sogar wie bei den Scholls mit dem Tod bestraft wird, trifft zwar zu, doch gibt eine solche Feststellung kaum Antwort auf die Frage, wie moralisch vertretbares Handeln deutscher Ärzte damals hätte aussehen können.“²²⁴

²²¹ Ebd.: B-1455

²²² Ebd.: B-1456

²²³ Stock 1987

²²⁴ Ebd.: 25

Auch der SPIEGEL geht auf Konfrontationskurs mit der deutschen Standesorganisation. In „Ärzte unter Hitler: 'Mission verraten'“²²⁵ schreibt ein nicht genannter Redakteur: „Seit Kriegsende vertuschen und verdrängen die Standesführer der Ärzteschaft die von den Medizinern während der Nazi-Zeit begangenen Verbrechen. Kollegen, die - wie jüngst der hessische Arzt Hartmut Hanauske-Abel - versuchen, die dunklen Vorgänge aus jener Zeit aufzuklären, werden verleumdet und rüde verfolgt.“²²⁶ Zu Hanauskes *Lancet*-Artikel liest man: „Seither lernt Hanauske-Abel, wie gefährlich es für einen deutschen Arzt sein kann, am bestgeschützten Tabu seines Standes zu rühren. Der angehende Kinderarzt wurde im Deutschen Ärzteblatt [...] als eine Art vaterlandsloser Geselle, als Nestbeschmutzer und Ignorant vorgeführt. [...] Die bundesdeutschen Standespolitiker scheinen jedoch entschlossen, auch 43 Jahre nach dem Ende des NS-Regimes eine ernsthafte Erörterung der Ärzteverbrechen und der vielfältigen Verwicklungen der Standesführung in die Mordmaschinerie zu unterbinden und Heilkundige, die gegen diese ungeschriebene Standesregel verstoßen, rüde einzuschüchtern. Dieses Vorgehen hat Tradition und - immerhin seit 1945 - Erfolg.“²²⁷ Von hier aus schlägt der Artikel den Bogen zum Vilmar-Vorgänger Dr. Hans Joachim Sewering, der aufgrund seiner Mitgliedschaft in der SS als Bundesärztekammerpräsident zurücktreten mußte und laut SPIEGEL „trotz seiner Vergangenheit [...] noch immer über Ethos und Einkommen aller blau-weißen Doktoren“²²⁸ wache, als Präsident der Bayrischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Ebenso habe auch Sewerings Amtsvorgänger Ernst Fromm der Marine-SA und später auch der SS angehört. „Prototyp dieser ärztlichen Berufspolitiker war schon Dr. med. Karl Haedenkamp, NSDAP-Mann, Antisemit und Militärarzt. In den dreißiger Jahren sorgte der alte Kämpfer als Hauptgeschäftsführer der Reichsärztekammer für die Entjudung des Ärztestandes - seither hat die deutsche Medizin ihre Weltgeltung verloren - und für strenge Ordnung und Standeszucht.“²²⁹ Schon der kanadische Historiker Kater habe festgestellt, daß das westdeutsche Ärzte-Establishment keine historische Forschung über seine Rolle während der Nazi-Zeit dulde.²³⁰ Der Redakteur moniert diesbezüglich die „apodiktische“ Beendigung der Kontroverse durch das vom Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte „Schlußwort“ Vilmars : „Das wird nicht lange gutgehen. Dr.

²²⁵ Der SPIEGEL 1988

²²⁶ Ebd.: 76

²²⁷ Ebd.: 78

²²⁸ Ebd.: 79

²²⁹ Ebd.: 79

²³⁰ Kater 1987c

med. Sigmund Freud [...], den die Nazis als 82jährigen ins Exil trieben, hat seinen Kollegen eine Erkenntnis hinterlassen, die auch ärztliche Standesführer einholt: 'Das Verdrängte kehrt unerledigt wieder.'²³¹

Als Antwort auf diesen SPIEGEL-Artikel veröffentlicht das Deutsche Ärzteblatt den Kommentar: „SPIEGEL-Archiv, Fehlschüsse mit Giftpfeilen“.²³² Darin mokiert sich ein DÄ-Redakteur (roe) über die „neueste Welle publizistischer Vergangenheitsbewältigung“ des SPIEGEL, der „seitenweise nichts als Archivalien“ ausbreite. Rund um den Fall Hanauske-Abel reichere der SPIEGEL alles an, was sich in seinem Archiv zum Thema „Mediziner während der Nazi-Zeit“ finden liesse: „scheußliche Verbrechen: 'Selektion' im Konzentrationslager, mörderische 'Menschenversuche', Euthanasie.“²³³ Nachfolgend wirft der Redakteur dem SPIEGEL „mannigfaltige Fehler“ vor. Der Ärztekammerpräsident Sewering hätte beispielsweise nichts mit der NS-„Euthanasie“ zu tun: Tatsächlich habe Der SPIEGEL eine einzelne Krankengeschichte aus dem Jahr 1943 „ausrißhaft so montiert und dargestellt, daß am Schluß die Frage stehen konnte, ob Sewering damals von der Euthanasie etwa nichts wußte.“²³⁴ Es habe zudem in der katholischen Anstalt Schönbrunn bei Dachau, in der Dr. Sewering ab April 1942 als Assistenzarzt arbeitete, keine „Euthanasie“ gegeben: „Es wäre - erst recht nachdem die mit geheimem 'Führererlaß' verfügte Euthanasieaktion im Sommer 1941 vor allem infolge energischer Proteste der Kirchen eingestellt worden war - undenkbar gewesen, 1943 einen Anstaltsinsassen gegen den Willen der Schwestern etwa an einen Ort zu verlegen, der auch nur im leisesten Verdacht der Euthanasie gestanden hätte.“²³⁵

Im Deutschen Ärzteblatt nimmt die Diskussion um die Vergangenheitsbewältigung trotz Vilmars „Schlußwort“ kein Ende: 16 Medizinhistoriker hatten sich während des laufenden Disputs zusammengeschlossen, um einen gemeinsamen Leserbrief an das Deutsche Ärzteblatt zu formulieren. Ihre Kritik richtete sich ebenfalls gegen die Aussage Vilmars, nur einige hundert Ärzte seien direkt in die medizinischen NS-Verbrechen verwickelt gewesen. Dieser Leserbrief

²³¹ Der SPIEGEL 1988: 80

²³² roe 1988

²³³ Ebd.: B- 228

²³⁴ Ebd.: B- 229 (vgl.: Der SPIEGEL 1988; 3: 76ff); die hier angesprochene Krankengeschichte betrifft den Fall eines 14jährigen Mädchens (Babette F.), das im Rahmen der „Euthanasie“-Aktionen im „Dritten Reich“ aus der katholischen „Pflegeanstalt für geistig und Körperlich Erkrankte“ Schönbrunn bei Dachau nach Eglfing-Haar bei München überwiesen wurde. Der Verlegungsbericht vom 26. Oktober 1943 trägt die Unterschrift Dr. Sewerings.

²³⁵ roe 1988

wurde vom Deutschen Ärzteblatt allerdings nicht publiziert. Die Medizinhistoriker wandten sich daher an die Wochenzeitung Die ZEIT, die den Leserbrief zusammen mit einer Übersetzung des Artikels von Hanauske-Abel und einem Kurzkomentar am 6. November 1987 abdruckte.

Der Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts, Norbert Jachertz, rechtfertigt im Nachhinein die Nicht-Veröffentlichung des Leserbriefes mit dem Hinweis, daß dieser erst eingetroffen sei, als man die Diskussion bereits öffentlich beendet habe.²³⁶

Im Zuge dieser Auseinandersetzung entstand schließlich in Zusammenarbeit zwischen den Medizinhistorikern und der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes die im April 1988 veröffentlichte Serie „Medizin im Dritten Reich“, die später in erweiterter Form auch als Buch herausgegeben wurde.²³⁷

Zu den Absichten der Artikelserie „Medizin im Dritten Reich“ äußern sich nachträglich die Medizinhistoriker Johanna Bleker und Heinz-Peter Schmiedebach, beide tätig am Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin.²³⁸ Man habe verdeutlichen wollen, daß die NS-Medizin Teil eines bereits vor 1933 existierenden und auf der Wissenschaft aufbauenden, medizinischen Weltbildes gewesen sei. Deshalb müsse man sich auch heute fragen, ob gegenwärtig nicht ähnliche Grundideen oder -tendenzen in unserer Gesellschaft präsent seien, die bereits damals viele Ärzte im „Dritten Reich“ zu überzeugten Mitläufern und zum Teil des „Apparats“ (Mitscherlich) gemacht hätten. Die „Medizin ohne Menschlichkeit“ sei zwar das Ergebnis eines „Ineinandergreifen[s] von Theorien, Interpretationen, Vorurteilen, Ängsten, von institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen [...], die in einer spezifischen historischen Situation zusammentrafen.“²³⁹ Dennoch, so die Autoren, sei der heutige Umgang mit gesellschaftlich Unangepaßten oder die Gesellschaft belastenden Menschen kritisch auf eventuelle biologistische Züge zu prüfen, „wenn die Ursache [...] allein in einer Krankheit [...] oder einer krankhaften Verhaltensweise der Betroffenen gesucht und die Problemlösung in der Ausgrenzung oder auch eugenischen/gentechnischen Verhinderung [...] erhofft wird.“²⁴⁰ Diesbezüglich wenden sich die Autoren gegenwärtigen medizinethischen Themen wie der Frage

²³⁶ Vgl.: Jachertz 1987

²³⁷ Bleker, Jachertz 1993

²³⁸ Bleker, Schmiedebach 1989

²³⁹ Ebd.: B-872

²⁴⁰ Ebd.: B-872

nach Personalität und „Lebenswert“ von Embryonen oder schwerstbehinderten Menschen zu. Eine Kategorisierung von Lebenswerten sei abzulehnen, da sich diese nicht aus wissenschaftlich objektiven Tatsachen ableiten lasse und Wertmaßstäbe zudem keine wissenschaftlichen Kategorien darstellen würden. Ausserdem müsse man auch wirtschaftliche und soziale Ängste berücksichtigen, die in einen solchen Katalog implizit einfließen könnten.

Abschließend äußern sich die beiden Verfasser zur Problematik der vielfach geforderten gesetzlichen Regelung ethischer Konflikte. Eine solche Regelung stelle keine wirkliche, sondern nur eine trügerische und dadurch auch gefährlich Sicherheit dar: „Es darf nicht geschehen, daß sich durch die Legalisierung etwa der Zwangssterilisation oder einer administrativ perfektionierten Begutachtungspraxis die Frage erübrigt, ob denn diese Verfahren überhaupt [...] ethisch vertretbar sind.“²⁴¹ Diesbezüglich müsse auch die Rolle von Ethikkommissionen kritisch hinterfragt werden, da man hier die ethischen Probleme aus dem praktischen Alltag herausreisse und einer kleinen Gruppe überlasse, ohne das eigene Gewissen zu befragen.

Auch der Medizinhistoriker Fridolf Kudlien, Mitautor des Buches „Medizin im Dritten Reich“, äußerte sich zur Artikelserie.²⁴² Er bezweifelt, daß die Serie - angesichts des derzeitigen historischen Erkenntnisstandes - überhaupt ein einigermaßen adäquates Bild über die Medizin im Nationalsozialismus vermitteln könne. Kudlien fordert eine intensivere Beschäftigung mit dem medizinischen Alltag zwischen 1933 und 1945: „Es fehlt [...] eine eindringliche Untersuchung der Rolle des traditionellen Leitbildes, man kann sagen: der Ideologie vom 'Unpolitisch'-Sein des Arztums. Dieses Leitbild mag durchaus nicht nur Attraktivität, sondern auch einige Legitimation besitzen. Aber seine Gefährlichkeit ist [...] nach allen geschichtlichen Erfahrungen heutzutage wirklich nicht mehr zu leugnen.“²⁴³

²⁴¹ Ebd.: B-872

²⁴² Kudlien 1989

²⁴³ Ebd.: B-875

3.1.3 Die weiterführende Diskussion Anfang der neunziger Jahre

Die Brisanz des Vilmar-Interviews zeigt sich darin, daß die Auseinandersetzungen und Reflexionen über die Thesen des Ärztekammer-Präsidenten auch dann noch weitergingen, als der Streit nicht mehr im Mittelpunkt der öffentlichen Medien stand.

1989 hält der Medizinhistoriker Richard Toellner vom „Institut für Geschichte und Theorie der Medizin“ der Universität Münster auf dem 92. Deutschen Ärztetag in Berlin den Vortrag „Ärzte im Dritten Reich“, in dem er versucht, die vielfältigen Aspekte der Debatte zu bündeln. Toellner geht dabei auf die historischen Umstände ein, die die Berufsgruppe der Ärzte zur Mittäterschaft und zum Mitläufertum im nationalsozialistischen Regime bewegten. Gerade die deutschen Mediziner hätten ihr Standesethos verraten. Toellner fordert das Eingeständnis einer ärztlichen Kollektivschuld. Vorab geht der Medizinhistoriker allerdings auf den historischen Kontext und die Rahmenbedingungen des „Dritten Reichs“ ein, die letztlich auch die Medizinverbrechen ermöglicht hätten. Dabei hebt er die Bedeutung des polykratisch aufgebauten Staates hervor, „jenes schwer entwirrbare Konglomerat aus den Resten der alten Rechtsstaatlichkeit, aus Führerbefehlen, aus Kompetenzwirrwarr zwischen staatlicher Verwaltung und Parteibürokratie. [...] Polykratie hat man diese Herrschaftsform genannt, um auszudrücken, daß die braune Herrschaft alles andere war als eine straff organisierte Diktatur.“²⁴⁴

Es sei die allgemeine Verblendung gewesen, die einen frühen Widerstand zunichte gemacht habe. Toellner verweist diesbezüglich auf Hitlers Erfolge in der Innen- und Außenpolitik, begleitet von der Illusion, die nationalsozialistische Bewegung unter Kontrolle halten zu können. Hitler selbst habe jedoch keinerlei Zweifel an seinen tatsächlichen Zielen gelassen. Toellner verdeutlicht, daß die nationalsozialistischen Ideen keineswegs neu gewesen seien: Die „Schmach von Versailles“, die „Militarisierung des Denkens“, der „Antisemitismus, offen oder latent“, der „Biologismus als Ersatzreligion der kritischen Intelligenz“ und schließlich die Verbindung von Sozialdarwinismus und Eugenik zur Rassenhygiene habe sich quer durch alle politischen Lager gezogen. 1920 sei die Rassenhygiene dann der Medizin zugeschrieben worden, und die Eugenik habe unter dem

²⁴⁴ Toellner 1989

Motto „Weg von der Individualhygiene, hin zur Sozialhygiene“ nach praktischer Anwendung verlangt. Demzufolge hätten die Nationalsozialisten ihr „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ 1933 nur „aus der Schublade“ ziehen und mit einigen Korrekturen versehen müssen: „Sie entschärften die Pflicht zum wissenschaftlichen Nachweis der Erblichkeit des jeweiligen Leidens, erweiterten die Indikation zur Sterilisation [...] und führten die Zwangssterilisation ein. Der erste Schritt zur Euthanasie war damit getan.“²⁴⁵

Antisemitismus, Biologismus, Sozialdarwinismus, Eugenik und Rassenhygiene dürften, so Toellner, keinesfalls als identisch betrachtet oder unter dem Begriff Rassismus subsumiert werden. Alle zusammen hätten jedoch den Boden für die NS-Politik bereitet, hätten Methoden bereitgestellt, die von Hitler nur noch instrumentalisiert werden mußten.

Toellner fordert in seiner Rede, die damalige Arzt-Patienten-Beziehung und damit den „Kernbereich der Medizin“ kritischer zu untersuchen. Diesbezüglich zitiert er den Leibarzt Hitlers, Karl Brandt, der sich als Zeuge im Nürnberger Ärzteprozeß zu den Menschenversuchen in den Konzentrationslagern folgendermaßen äußerte: „Ich glaube nicht, daß der Arzt als solcher von seiner ärztlichen Ethik oder seinem moralischen Empfinden aus einen solchen Versuch durchführen könnte oder würde.“²⁴⁶ Von diesem Arzt „als solchen“ grenzt Brandt jedoch den Arzt ab, der als Instrument eines autoritären Staates fungiert und sein Gewissen dem Interesse der Gemeinschaft unterordnet. Brandt: „In dem Augenblick, in dem die Person des Einzelmenschen aufgeht in dem Begriff des Kollektiven, wird auch die an sie gestellte Forderung aufgehen in dem Interesse dieses Kollektiven.[...] Im Grunde bedeutet das Einzelwesen nichts mehr.“²⁴⁷

Die Frage, so Toellner, laute also, ob der Arzt nicht mehr Anwalt des Patienten, sondern vielmehr Instrument des Staates gewesen sei. Eine Frage, die angesichts des aktuellen historischen Wissenstandes nicht eindeutig beantwortet werden könne: „Für die Geschichtswissenschaft ist es zum Beispiel eine noch ungelöste Frage, ob die Hypothese in der historischen Forschung haltbar ist, die besagt, das Sterilisations-, Euthanasie- und Genozidprogramm des Nationalsozialismus sei nur Teil eines Prozesses, der im 19. Jahrhundert mit der 'Medikalisierung' der Gesellschaft

²⁴⁵ Ebd.: B-1619

²⁴⁶ Mitscherlich, Mielke 1960 / 1991: 268

²⁴⁷ Ebd.: 268

begonnen, sich in der 'Psychiatisierung' breiter Bevölkerungsschichten fortgesetzt und zur 'Asylierung' der Gemeinschaftsunfähigen [...] geführt habe.²⁴⁸

Toellner selbst beurteilt die Aussage, die Endlösung, d.h. die Vernichtung der „Minderwertigen“, habe sich konsequenterweise aus der Verbindung von Rassenhygiene und sozialer Frage ergeben, als „viel zu einfach“.²⁴⁹ Fest stehe jedoch, daß die Zahl der Ärzte, die gegen ihr ärztliches Gewissen zu Instrumenten der Machthaber wurden, vielfach größer gewesen sei, als jene oft zitierte Zahl von 350. Eine Ärzteschaft, die den Massenmord an Kranken als Normalität akzeptiere, mache sich moralisch insgesamt schuldig, unabhängig davon, wie viele ihrer Mitglieder konkret beteiligt waren. Der heutige Arzt müsse sich seiner eigenen „unteilbaren“ Verantwortung bewußt werden; er dürfe nicht über Wert oder Unwert eines Menschenlebens entscheiden oder über Personalität und Individualität seines Patienten hinweggehen. „Wo eine Ärzteschaft diese sittlichen Normen ärztlichen Handelns nicht sichert [...], sondern nur kodifiziert [...], da sind Ärzte in Gefahr, ihren Beruf, ihren Auftrag und sich selbst zu verraten.“²⁵⁰

Das Thema der ärztlichen Individualschuld steht auch in den 1991 veröffentlichten Beiträgen der Autoren Christian Pross und Stephen G. Post im Mittelpunkt.

Pross beschäftigt sich im *Journal of medical ethics* mit dem Verhalten ehemaliger NS-Ärzte im Nachkriegsdeutschland.²⁵¹ Er beanstandet, daß die deutsche Ärzteschaft erst Ende der 80er Jahre zu einem öffentlichen Schuldbekenntnis bereit gewesen sei. Mit diesem Schuldgeständnis dürfe man sich jedoch nicht zufrieden geben: Die internationale Gemeinschaft müsse sich statt dessen intensiver als bisher den zeitgenössischen Menschenrechtsverbrechen zuwenden, sich verstärkt für Aufklärung und Strafverfolgung einsetzen. Durch Desinteresse würde man die heutigen

Straftaten nachträglich legitimieren. Diesbezüglich verweist Pross auf die Vertuschungsaktionen der medizinischen NS-Verbrechen im Nachkriegsdeutschland und mahnt: 'The World Medical Association was fooled in 1949 and kept silent on the coverup of the Nazi medical abuses in

²⁴⁸ Toellner 1989: 1620/1621; eine solche These unterstützt z.B. auch der Psychiater Klaus Dörner

²⁴⁹ Ebd.: B-1621

²⁵⁰ Ebd.: B-1623

²⁵¹ Pross 1991

postwar Germany. The world's medical community should not be fooled again: it should break the complicity of silence towards contemporary abuses.²⁵²

Pross analysiert in seinem Artikel die Lebensläufe ehemaliger NS-Ärzte und zeigt anhand von Einzelbeispielen, wie sehr sich die Mediziner um die Abwehr einer Kollektivschuld bemüht hätten und wie groß diesbezüglich auch ihr kollegialer Zusammenhalt gewesen sei. Dieser Zusammenhalt hinge, so Pross, unter anderem damit zusammen, daß die Ärzte in vergleichsweise hoher Zahl der NSDAP beigetreten wären.²⁵³ Auch nach Ende des Nürnberger Ärzteprozesses habe man hochrangige Posten innerhalb der Ärzte-Gremien mit ehemaligen NS-Ärzten besetzt. So seien allein zwei Nachkriegspräsidenten der Westdeutschen Ärztekammer [gemeint sind hier die Präsidenten Dr. Ernst Fromm und Dr. Hans Joachim Sewering] ehemalige SS-Mitglieder gewesen.²⁵⁴ Die Bereitwilligkeit, mit der deutsche Nachkriegsärzte ihren angeklagten Standeskollegen eine Verhandlungsunfähigkeit attestiert hätten, sei erschütternd; v.a. wenn man die Tatsache berücksichtige, daß gerade diese Ärzte oft als Gutachter in den NS-Entschädigungsprozessen fungiert und den NS-Opfern nur widerwillig Krankheit oder bleibende Schäden bescheinigt hätten.²⁵⁵

Um darzulegen, wie früh sich deutsche Ärzte bereits gegen persönliche Schuldvorwürfe zur Wehr setzten, greift Pross auf die Nürnberger Prozeßdokumentation von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke zurück. In ihren Dokumentationsunterlagen würden Mitscherlich und Mielke u.a. den deutschen Chirurgen Ferdinand Sauerbruch und den Direktor des Pharmazeutischen Instituts der Universität Berlin, Wolfgang Heubner, des Mitläufertums anklagen: Beide Wissenschaftler hätten damals bereitwillig und ohne spätere Protestäußerung an einer ärztlichen Konferenz teilgenommen, auf der die Ergebnisse von den grausamen und zum Teil tödlich verlaufenden Sulfonamid-Experimenten an KZ-Häftlingen in Ravensbrück vorgestellt worden seien. Sowohl Sauerbruch als auch Heubner hätten mit einer Gegenklage gedroht und verlangt, daß jener Paragraph aus dem Prozeßbericht gestrichen werde.²⁵⁶

²⁵² Pross 1991: 15

²⁵³ Annähernd 45 Prozent aller Ärzte waren Parteimitglieder; 26 Prozent traten zudem in die SA und 7 Prozent in die SS ein. (vgl.: Kater 1987a: 311-315)

²⁵⁴ Vgl.: Kater 1987b: 41-42

²⁵⁵ Zum Verhalten deutscher Ärzte in NS-Entschädigungsprozessen siehe auch Pross 1988

²⁵⁶ Die Auseinandersetzung zwischen Sauerbruch, Heubner (sowie dem Göttinger Physiologen und Spezialisten für Raumfahrtmedizin Friedrich Rein) und Mitscherlich ist abgedruckt in der Göttinger Universitätszeitung 1947, 14: 3-

Pross erwähnt weiter, daß das Interesse an der NS-Medizin in Deutschland erst wieder in den 80er Jahren aufgeflammt sei. Damals habe man entdeckt, daß viele deutsche Universitäten anatomische Lehrpräparate benutzten, die von ehemaligen NS-Opfern stammten.²⁵⁷ Aufgrund massiver ausländischer Proteste hätten sämtliche deutsche Universitäten daraufhin ihre anatomischen Lehrsammlungen überprüft und die gefundenen Präparate, einschliesslich der gesamten Hallervordenschen Gehirnsammlung des Max Planck Instituts, bestattet.²⁵⁸ Auf dieser Trauerfeier habe Jürgen Peiffer, Direktor des Instituts für Hirnforschung der Universität Tübingen und ein ehemaliger Schüler Hallervordens, eine Gedenkrede gehalten, in der er seinen einstigen Lehrmeister als einen forschungsbessenen Wissenschaftler beschrieb. Vor lauter wissenschaftlichem Ehrgeiz habe dieser verkannt, daß er durch seine Arbeit Hand in Hand mit einem unmenschlichen Regime und dessen Tötungspraktiken zusammenarbeitete. Pross zufolge sei es diese Interpretation Peiffers gewesen, die zusammen mit den vorausgehenden Ereignissen weitere Debatten über die Rolle der Mediziner im Nationalsozialismus auslöste.²⁵⁹

Stephen G. Post (Case Western Reserve University, Ohio) geht ebenfalls auf die Rolle der Mediziner im Nationalsozialismus ein.²⁶⁰ Demnach hätten die NS-Herrscher die Ärzte keineswegs zu einer Mitarbeit gezwungen.²⁶¹ Vielmehr seien es gerade die Mediziner gewesen, die die Entwicklung der Rassenhygiene als Disziplin der Wissenschaft um die Jahrhundertwende vorangetrieben hätten. Ärzte seien nicht etwa Opfer einer NS-Ideologie, sondern verantwortliche Fürsprecher eigener rassenhygienischer Theorien gewesen, die wie der Sozialdarwinismus später in das nationalsozialistische Weltbild integriert worden seien. Post beklagt die Tatsache, daß sich die deutsche Ärzteschaft nach dem Nürnberger Ärzteprozeß nicht zur eigenen Schuld bekannt

habe. Die erst kürzlich aufgedeckte jahrzehntelange Verwendung von anatomischen Lehrpräparaten ehemaliger NS-Opfer und die Debatte um Dr. Hanauske-Abel²⁶² müßten als traurige Beispiele einer ungebrochenen Tradition angesehen werden. Post fordert: Die

5; 1947, 17/18 : 6-8; 1948, 3: 4-7 und 1948, 10: 6-8. Die Kontroverse Mitscherlichs mit Sauerbruch und Heubner ist dargestellt in Peter 1994

²⁵⁷ Vgl.: Rogers, Becker, Gershon et al. 1988; dazu auch Baader 1999

²⁵⁸ Prof. Julius Hallervorden (Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch) führte histopathologische Untersuchungen an Gehirnen durch, die er u.a.im Rahmen des „Euthanasie“-Programmes von der „Gemeinnützigen Krankentransportgesellschaft m.b.H.“ erhielt; vgl.: Klee 1985 / 1999: 395; und detaillierter Peiffer 1991

²⁵⁹ Peiffer 1991

²⁶⁰ Post 1991

²⁶¹ Vgl.: Müller-Hill 1988; Proctor 1988; Weiss 1987

²⁶² Vgl.: Kap. 3.1.2.; Hanauske-Abel 1986, sowie Gelsner 1987; H 18: B-847 - 859

Wissenschaft müsse sich endlich darüber klar werden, daß unethische Versuche am Menschen im Namen der Forschung und des wissenschaftlichen Fortschritts niemals gerechtfertigt werden könnten. Eine solche Fortschrittsdoktrin habe nicht zuletzt auch die menschenverachtenden NS-Versuche möglich gemacht.

Ein Jahr später, 1992, warnt der niederländische Wissenschaftler Jochemsen (Lindeboom Institut) vor einer zunehmend abstrakter werdenden Medizin. Am Beispiel der medizinischen Gentechnologie verdeutlicht Jochemsen, daß sich die moderne medizinische Wissenschaft seiner Meinung nach zu sehr von rationalen Kriterien leiten lasse.²⁶³ Dabei gehe der für die Arzt-Patienten-Beziehung so essentielle ganzheitliche Blick auf den Menschen verloren. Die medizinische Gentechnologie wende als Naturwissenschaft das Konzept der Abstraktion an, das sich vor allem durch einen Realitätsreduktionismus auszeichne und auf Objektivität und Quantifizierbarkeit Wert lege. Dabei werde die Frage nach Ursprung und Bedeutung zunehmend durch die Frage nach Funktion und Nutzen abgelöst. Auch die heutige Medizin basiere auf diesem Abstraktionsmodell, das den Körper als separate Entität studiere und Krankheit als eine Abweichung von der Regel bewerte. Kritisch werde es jedoch, so Jochemsen, wenn die Abstraktion als tatsächliche Realität angesehen werde: über kurz oder lang entstehe dann eine Mentalität, die die reale Umgebung zwangsläufig als degenerativ einstufe.²⁶⁴

Diesbezüglich erinnert Jochemsen an die Medizinverbrechen im Nationalsozialismus, die sich als Konsequenz einer rein naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin ergeben hätten.²⁶⁵ Auch wenn diese Verbrechen in einem historisch einzigartigen Kontext stattgefunden hätten, lasse sich die Gefahr einer abstrakten Mentalität für die heutige Medizin nicht leugnen. Schon der Arzt Lindeboom habe dazu aufgerufen, die Medizin nicht als reine Lehre von Krankheiten und ihrer Behandlung zu verstehen, sondern als eine Wissenschaft der Patientenfürsorge. Nur so könne auch die Ethik ihren Platz in der medizinischen Wissenschaft finden. Das Abstraktionsmodell, mit dem die medizinische Gentechnologie arbeite, etabliere sich zunehmend in der Gesellschaft. Diese tendiere schon jetzt dazu, nicht nur nach dem Nützlichkeitswert von Dingen, sondern auch

²⁶³ Jochemsen 1992. Jochemsen hielt diesen Vortrag im August 1991 auf der Konferenz 'The Christian State in Bioethics'.

²⁶⁴ Jochemsen verweist hier auf Marcel 1958: 87

²⁶⁵ Der Autor beruft sich diesbezüglich auf Lindeboom 1965

von Menschen zu fragen. In diesem Zusammenhang setzt sich Jochemsen detailliert mit der rein wissenschaftlichen Bewertung der DNA und dem transzendenten Verständnis des menschlichen Organismus auseinander. Sein Fazit: Die molekulargenetische Forschung könne kaum dazu beitragen, den Menschen als menschliches Wesen zu begreifen und gefährde durch ihre rein rationale Ausrichtung implizit das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Diesbezüglich spricht Jochemsen die ethische Problematik der Pränataldiagnostik und des Keimbahneingriffes an: Der Autor steht der Pränataldiagnostik äußerst skeptisch gegenüber. In den westlichen Gesellschaften gelte die Wissenschaft als Garant für ein möglichst leidfreies Leben. Mit Leitbegriffen wie „embryonaler Gendefekt“ oder „Lebensqualität“ bewerte man das Leben ungeborener Kinder, lasse dabei jedoch die große Heterogenität der Manifestation von genetischen Defekten außer Acht.²⁶⁶ Das zukünftige Kind werde immer öfter mit dem zukünftig zu erwartenden Leid gleichgesetzt: Man entschieße sich schnell für die Elimination, anstatt Fürsorge und Lebensverbesserung anzubieten. Der Keimbahneingriff entstamme dem Wunsch, Menschen im Sinne der Eugenik nach eigenen Vorstellungen verbessern zu können. Jochemsen warnt vor einem solchen Schritt. Durch Eingriffe in die Keimbahn könne eine gesellschaftliche Qualitätskontrolle entstehen, wie sie bereits durch die genetische Diagnostik vorhanden sei. Der Autor empfiehlt nicht nur ein Verbot des Keimbahneingriffes, sondern fordert auch eine strikte Regulierung der somatischen Gentherapie, die lediglich der Krankheitseliminierung dienen dürfe.

Im November 1996, im Zusammenhang mit dem 50. Jahrestag des Beginns des Nürnberger Ärzteprozesses, wurde die Auseinandersetzung um die Vergangenheitsbewältigung der deutschen Ärzteschaft erneut thematisiert. Der Kommentar 'Nuremberg fifty years ago'²⁶⁷ wirft der Deutschen Ärztekammer vor, nicht auf die Einladung der IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War) zu einer Gedenkkonferenz reagiert zu haben. Diesbezüglich verweist der Redakteur auf die Prozeßdokumentation Mitscherlich/Mielkes und das angebliche „Verschwinden“ der zur Verteilung an die deutsche Ärzteschaft vorgesehenen 10 000 Kopien von „Medizin ohne Menschlichkeit“.²⁶⁸ Weiter heißt es: 'The attitude of the Ärztekammer may have

²⁶⁶ Jochemsen 1992: 26

²⁶⁷ Bull. Med. Eth. November 1996: 3

²⁶⁸ Vgl. hierzu: Gerst 1994; auf Gersts Artikel wird später noch ausführlich eingegangen.

changed little [...] the main issue [der IPPNW Konferenz] was whether medicine has learned from the trial, and whether the Nuremberg Code is followed. None of the Ärztekammer officials invited to attend responded.²⁶⁹

²⁶⁹ Bull. Med. Eth. November 1996: 3

3.2 Die Argumentationslinien der Debatte

Überblickt man die in Kapitel 3.1 vorgestellten Beiträge, so stellt man fest, daß sie die historischen Ereignisse zwischen 1933 und 1945 unterschiedlich bewerten. Deshalb scheint es sinnvoll zu sein, der Analyse einen skizzenhaften Abriß der Realgeschichte der „Euthanasie“ zur Zeit des „Dritten Reiches“ voranzustellen.

3.2.1 Abriß der Realgeschichte der „Euthanasie“ von 1933 bis 1945

Der Historiker Schmuhl zeichnet in seinem Buch die „Realgeschichte der Euthanasie“ detailliert nach. Bis zum Beginn des „Dritten Reiches“ beschäftigten sich Deutschland sowie andere Staaten Europas und insbesondere die USA (die diesbezüglich als Vorreiter gelten können) mit der Umsetzung sogenannter Sterilisationsprogramme. Eugenische Organisationen versuchten hierdurch die staatliche Sozialpolitik zu beeinflussen. Die Eugenische Programmatik war kein genuin nationalsozialistisches Phänomen. Die Ideen der Rassenhygiene hatten die Nationalsozialisten verhältnismäßig spät aufgenommen. Mit der sogenannten Machtergreifung setzte jedoch eine Radikalisierung des Prozesses ein, die von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens führte. Sie richtete sich gegen gesellschaftliche Außenseiter, deren Verfolgung übrigens auch im Sinne konservativer Ordnungspolitiker war. Nach der Interpretation der „funktionalistischen“ Schule, deren bekannteste Vertreter Martin Broszat und Hans Mommsen waren ²⁷⁰, haben sich die Nazis erst am Ende einer langen Phase der Unschlüssigkeit zum Massenmord entschieden, und zwar in dem Augenblick, als unter den Bedingungen des totalen Krieges und des logistischen Chaos ihre Pläne, die Juden zu vertreiben, zu scheitern drohten. Das „Euthanasie-Programm“ wäre - diesem Interpretationsmodell folgend - von Anfang an nicht zentral gesteuert gewesen, sondern entwickelte sich durch gegenseitiges „Aufschaukeln“ im polykratischen System des „Dritten Reiches“, in dem konkurrierende Parteiorgane immer extremere Lösungen vorschlugen, um so die Aufmerksamkeit des Führers auf sich zu ziehen.

²⁷⁰ Vgl.: Broszat 1977; Mommsen 1983

Schmuhl unterscheidet fünf Abschnitte, deren Zäsuren durch Kompetenz-Konflikte und Umverteilungen der Zuständigkeiten bestimmt wurden.²⁷¹ Folgende Gesetze bzw. Anordnungen leiteten diese Zeitabschnitt ein:

1. Anfang Juli 1933 wird das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) verabschiedet, aufgrund dessen bis 1945 etwa 400.000 Menschen unfruchtbar gemacht wurden.
2. Das Änderungsgesetz zum GzVeN vom 26.6. 1935 führte zu etwa 30.000 Abtreibungen.
3. Der „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ erwirkte 1938/39 eine Führervollmacht zur Durchführung der Kinder-„Euthanasie“, die insgesamt mindestens 5.000 Kindern den Tod brachte.
4. 1940/41 wurden im Zuge der Erwachsenen-„Euthanasie“ ca. 70.000 Insassen von Heimen sowie Heil- und Pflegeanstalten in sechs mit Gaskammern ausgestatteten Tötungsanstalten umgebracht. Diese Aktion, bekannt unter dem Namen „Aktion T4“, wurde von einer „Euthanasie“-Zentrale gesteuert, die sich hinter mehreren Tarnorganisationen verbarg.
5. 1941 stoppte Hitler die „Aktion“, als die Bevölkerung durch die Predigten des Münsteraner Bischofs von Galen aufgerüttelt wurde. Inoffiziell gingen die Vernichtungsaktionen - nun dezentral gesteuert - jedoch weiter. In der Phase der sogenannten „wilden Euthanasie“ starben zwischen 1941 und 1943 in dreißig Heil- und Pflegeanstalten mindestens noch einmal 30.000 Insassen durch Medikamentengabe und Nahrungsentzug. 1943 kam es zu einer Reinstitutionalisierung der „Euthanasie“-Aktionen, die unter dem Namen „Aktion Brandt“ bekannt geworden sind.²⁷²

An all diesen Aktionen waren viele Ärzte, Pfleger und Krankenschwestern beteiligt, die die Verbrechen zum großen Teil vor sich selbst im Sinne eines „medikalisierten Tötens“²⁷³ rechtfertigten. Das Töten minderwertigen Lebens wurde als ein Heilungsakt am kranken Volkskörper verstanden. Dieses „Euthanasie“-Programm, dem Hunderttausende von Menschenleben zum Opfer fielen, diente als Muster für den Holocaust. Die ersten

²⁷¹ Vgl.: Schmuhl 1992 : 361 ff

²⁷² Aktuellere Zahlen lassen sich bei Faulstich 2000 finden: demnach ist die Gesamtzahl der „Euthanasie“-Opfer im deutschen Herrschaftsgebiet auf ca. 300.000 zu beziffern.

Vernichtungslager wurden fast ausschließlich von dem Personal der „Euthanasie“-Zentrale erbaut und geleitet, das das Organisationsschema und die Tötungstechnologien mitbrachte.²⁷⁴ Auch der Holocaust wurde nicht durch einen einzigen schriftlichen oder mündlichen Führerbefehl angeordnet, sondern ergab sich, als man feststellte, daß durch Deportationen das Problem der Überfüllung der Ghettos nicht gelöst werden konnte, - so die These der funktionalistischen Schule. Schmuhl schreibt: „Indem sie eine perfekte Mordmaschinerie bereitstellte, trug die „Euthanasieaktion“ entscheidend dazu bei, daß an die Stelle des ursprünglichen Deportationsprogrammes die physische Liquidierung trat.“²⁷⁵

Auf den nachfolgenden Seiten zieht Schmuhl die Entwicklungslinien bis in die Gegenwart: Gelenkt von Organisationen wie der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, die Julius Hackethal als Galionsfigur benutze, lebe die Diskussion um die Sterbehilfe und „Euthanasie“ als scheinbar übergeschichtliches Phänomen wieder auf. Es werde übersehen, daß sich die Debatte in den selben Bahnen bewege, wie in den zwanziger Jahren. Schmuhl befürchtet, das Programm einer negativen Eugenik könne wieder aktuell werden: Er verweist auf die Genomanalyse, mit deren Hilfe „Erbkrankheiten“ frühzeitig festgestellt werden und Embryonentötungen aus eugenischer Indikation sprunghaft zunehmen können.

²⁷³ Vgl.: Lifton 1986a: 5 (bzw. dt. Übersetzung: 1986b: 19)

²⁷⁴ Vgl.: Friedländer 1995

²⁷⁵ Schmuhl 1992: 365

3.2.2 Der Eid des Hippokrates oder die Forderung, das Ärzte-Ethos auf deontologische Überzeugungen zu gründen

Die Autoren der in Kapitel 3.2 vorgestellten Texte versuchen, die nationalsozialistische Vergangenheit so aufzuarbeiten, wie es Mitscherlich schon 1947 gefordert hatte. Sie erkennen, daß die Konzepte der Rassenhygiene und des biologistischen Monismus kein Widerstandspotential gegen die Vernichtungskampagnen einer aktiven „Euthanasie“ und des Holocaust bereitstellen konnten. Angesichts der ungeheuerlichen Folgekosten an Menschenleid und Menschenleben fordern sie fast alle direkt oder indirekt ein humanes Ärzte-Ethos, das sich an den Eid des Hippokrates (ca. 460 bis 370 v. Chr.) anbindet. Der Hippokratische Eid ist eine von ca. 170 Schriften, die zusammen als „Corpus Hippocraticum“ überliefert sind und retrospektiv dem Hippokrates zugeschrieben werden. Tatsächlich stammen diese Schriften jedoch von einer ganzen Reihe von Autoren aus dem Zeitraum zwischen dem ca. 20. - 5. Jahrhundert vor Christus.²⁷⁶ Aus dem „Corpus Hippocraticum“ geht hervor, daß das damalige ärztliche Handeln einem ausgeprägten ethischen Verantwortungsbewußtsein unterlag. Dieses Verantwortungsbewußtsein fließt auch in das vom Weltärztebund empfohlene und der Berufsordnung der deutschen Ärzte vorangestellte Ärztegelöbnis ein. Darin heißt es beispielsweise: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen [...] Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein [...] Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden [...]“²⁷⁷

In der Diskussion berufen sich zwar zahlreiche Vertreter immer wieder auf den Hippokratischen Eid als *das* Fundament ärztlicher Standesethik. Doch angesichts des Werte- und des Organisationswandels der neueren Zeit stellt sich die Frage, wie man die über 2000 Jahre alten Texte so interpretieren kann, daß sie nicht zu leeren Schlagworten für ein ethisch-ärztliches Idealverhalten verkommen. Der

Medizinhistoriker Urban Wiesing schreibt diesbezüglich: „Seine Geschichte und seine Bedeutung sind für die Medizin auch unserer Tage kaum zu überschätzen - noch heute gilt er vielen Ärzten als *die* Beschreibung des Ärzteethos schlechthin.“²⁷⁸ Wiesing verweist auf das hippokratische *primum nil*

²⁷⁶ Vgl.: Rütten 1996

²⁷⁷ Wiesing 2000: 63-64

²⁷⁸ Ebd.: 21

nocere, das zentrale Gebot des Nichtschadens, das auch heute noch, u.a. in der englisch sprachigen Bioethik und ihrer Prinzipienlehre, große Bedeutung besitze. Eine zeitlose Interpretation des Eides, so Wiesing, erscheine jedoch „übertrieben und unhistorisch“. Wiesing urteilt: „Die moralischen Prinzipien [...] gelten zumindest als ergänzungsbedürftig, insbesondere im Hinblick auf den Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten. Insofern ist es zweifelhaft, ob der Eid auch heute noch ein zeitgemäßes Ärzteethos beschreibt.“²⁷⁹ Mittlerweile werde der Eid sogar als paternalistisch kritisiert, da er das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht erwähne. Trotz allem, so Wiesing, könne der Eid auch heute noch als bindend gelten: „Einzelne Aussagen des *Hippokratischen Eides* [...] die Verpflichtung auf das Wohl des Patienten, die Schadensvermeidung und die Schweigepflicht sowie das Verbot, die Situation des Kranken zu eigenem Vorteil auszunutzen, gelten auch gegenwärtig.“²⁸⁰ Hier stehe das im September 1948 von der Zweiten Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedete Genfer Gelöbnis, das die Bundesärztekammer der Berufsordnung für Ärzte vorangestellt habe, nach Inhalt und Form in direkter Tradition zum Hippokratischen Eid.

Einen etwas anderen Ansatz in Bezug auf die Aktualität des Eides vertritt der Medizinhistoriker Karl-Heinz Leven. Der Hippokratische Eid sei, so Leven, im 20. Jahrhundert vielfach instrumentalisiert worden und diene zu Unrecht als Standardargument gegen jegliche Perversion von Medizin: „Das vermeintliche Fundament einer ehrbaren Berufsausübung erwies sich hier als unverbindliches, beliebiges Argument, mit dem selbst ärztliche Verbrecher hantierten. Vor diesem historischen Hintergrund wird eine fortgesetzte emblematische Verwendung des Hippokratischen Eides problematisch [...] Der Eid kann nicht unreflektiert als vermeintlich altbewährte Grundlage auch der heutigen medizinischen Ethik benutzt werden.“²⁸¹ So hätten sich die in Nürnberg angeklagten Mediziner in ihrer Rechtfertigungsstrategie auf eben diesen Eid berufen. Karl Brandt²⁸² habe beispielsweise - befragt zu den NS-„Euthanasie“-Aktionen - auf die anachronistische Auslegung des Eides verwiesen: Die Aussage, ein Arzt dürfe seinem Patienten auch auf dessen Verlangen hin kein Gift geben, sei ein „Dogma, das [...] in dieser Form sicher nicht mehr aufrechterhalten werden kann. [...] Es gibt keinen Arzt, der nicht heute irgendwie einem Schwerleidenden Narkotika reicht. [...] Man kann sagen, das sei keine Euthanasie. Auf alle

²⁷⁹ Ebd.: 24

²⁸⁰ Ebd.: 24/25

²⁸¹ Leven 1997: 113

²⁸² Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Begleitarzt Hitlers und Generalleutnant der Waffen-SS

Fälle ist es gegen den Sinn und den Eid des Hippokrates.“²⁸³ Brandt, so Leven, habe hier zu Recht aufgezeigt, daß sich die Sterbehilfe (im Sinne der tatsächlichen Sterbehilfe, nicht der NS-„Euthanasie“-Morde) in der modernen Medizin nicht mehr mit dem Wortlaut des Hippokratischen Eides in Einklang bringen lasse. Der Nürnberger Prozeß habe den Eid als eine beliebig interpretierbare Formel entlarvt, mit der letztlich alle Taten gerechtfertigt werden konnten: „Das amerikanische Militärgericht in Nürnberg trug dieser Erkenntnis ebenfalls Rechnung: In der Urteilsbegründung tauchte der Hippokratische Eid nicht auf. Statt dessen diente der neugeschaffene 'Nuremberg Code' als ethischer Maßstab für die Verbrechen der Ärzte.“ Bei der Aufstellung des Nürnberger Kodex habe man sich deshalb auch nicht am Hippokratischen Eid, sondern an den 1931 veröffentlichten deutschen „Richtlinien für neue Heilbehandlung und Versuche am Menschen“ orientiert.²⁸⁴

Laut Leven habe es der Nürnberger Prozeß samt Kodex nicht geschafft, den „Mythos Hippokrates“ zu überwinden. Die weitverbreitete Ansicht, das 1948 entwickelte Genfer Gelöbnis beruhe auf dem Hippokratischen Eid, sei ein Mißverständnis.²⁸⁵ In Nürnberg habe man den angeklagten Medizinern gerade nicht die Verletzung des hippokratischen Eides zur Last gelegt. Selbst der Psychiater und NS-Forscher Lifton verfalle in seinem Buch 'The Nazi Doctors' einer „anhaltenden Nostalgie zu Hippokrates“, wenn er [Lifton] schreibe, daß die in den KZ's durchgeführten Verbrechen den Hippokratischen Eid verletzt hätten.²⁸⁶ Doch Lifton, so Leven, mache in seinem Buch selbst darauf aufmerksam, daß letztlich sogar die Ermordung der Juden durch eine perverse Auslegung des Hippokratischen Eides als „Therapie am Volkskörper“ gerechtfertigt werden konnte. Hier zeige sich, so Leven, „daß ein vermeintlich ethisch

²⁸³ Mitscherlich, Mielke 1960 / 1991: 266; Leven 1997: 116

²⁸⁴ Vgl. hierzu: Weindling 2001b; Paul Weindling kommt zu einer anderen Darstellung als Leven: Seine Nachforschungen über die Entstehungsgeschichte des Nürnberger Kodex verdeutlichen, daß dieser sich nicht an die 1931 vom deutschen Innenminister verabschiedeten „Richtlinien für neue Heilbehandlung und Versuche am Menschen“ orientiert. Weindling schreibt: 'Whereas the Nuremberg Code was meant to eliminate abuses in research, the regulations of 1931 governed the introduction of new therapies.' (S.41) Dem Autor zufolge beriefen sich deutsche Pharmakologen (unter ihnen Eugen Rost u. Wolfgang Heubner) 1946 auf eben jene Richtlinien um auszudrücken, daß sich die deutsche Ärzteschaft stets gewissenhaft an diese Regelung gehalten habe und nun zu Unrecht attackiert werde. Als wesentliche Wegbereiter des Nürnberger Kodex nennt Weindling die US-Wissenschaftler Andrew Ivy (Sachverständiger der Anklagebehörde) und Leo Alexander (Sachverständiger des Gerichtshofes). Den Alliierten, so der Autor, ging es in Nürnberg jedoch nicht nur um den Schutz des Patienten. resp. des Probanden, sondern auch um die weitere Legitimierung des Humanversuches trotz der in Nürnberg aufgedeckten Medizinverbrechen.

²⁸⁵ Ebd.: 123

²⁸⁶ Vgl.: Lifton 1986a: 4

hochstehender Begriff wie 'hippokratisch' zum Mißbrauch einlädt, weil er nicht definiert und inhaltlich geschützt ist.²⁸⁷

Eine anhaltende Nostalgisierung des Hippokrates gehe heute mit einer Neigung zur Idealisierung des eigenen ärztlichen Berufstandes einher. Laut Leven müsse noch untersucht werden, ob man bestimmte Kernaussagen des Eides auf aktuelle Probleme der Medizinethik beziehen könne. Unzulässig sei es jedoch, Passagen aus dem Eid für ein Abtreibungs- oder Euthanasieverbot zu benutzen: „Dies ist bereits eine weitgehende Interpretation und gehört damit in die Rezeptionsgeschichte des Eides.“²⁸⁸ Eine Auslegung des Eides bedürfe somit einer fundierten historischen Interpretation. Ohne diese, so Leven, bleibt lediglich die banale und auch im Sinne des Mißbrauchs anwendbare Aussage bestehen, daß der Arzt nur zum Wohle seiner Patienten tätig werden darf.

Daß die über 2000 Jahre alten Schriften der Ärzteschule aus Kos in die Gegenwart „übersetzt“ werden müssen, wenn sie nicht als leere Appelle verhallen sollen, betonen die Autoren Piechowiak und von Manz. Dabei berufen sie sich in ihrem Artikel auf den christlichen Aspekt ärztlicher Ethik: Der christliche Glaube sei der letzte ethische Halt des Arztes. Der sich vor Gott zu verantwortende Arzt bilde mit Hilfe der als Korrektiv fungierenden christlichen Version des Hippokratischen Eides [die von den Autoren allerdings nicht näher definiert wird] ein ethisches Fundament, welches bezogen auf die neuartigen medizinethischen Probleme als „Orientierungshilfe“ gelten könne.²⁸⁹ Der Hippokratische Eid - so Piechowiak und von Manz - könne zwar keine absolute Geltung besitzen, doch die traditionellen Wertvorstellungen des Artztums hätten sich auch nach der Zeit des „Dritten Reiches“ wieder behaupten können. Die Autoren stellen den Nürnberger Kodex und das Genfer Gelöbnis in eine Linie mit dem Hippokratischen Eid - alle verkörpern jene traditionellen Wertvorstellungen, die den Arzt in Form eines persönlichen Gelöbnisses an seine Letztverantwortung erinnern sollen. Diese persönliche Verantwortung wird wiederum aus der Sicht einer christlichen Anthropologie definiert. Beide Verfasser sind sich jedoch bewußt, daß es immer schwerer werde, in der gegenwärtigen Ethikdebatte christliche Standpunkte zu vertreten. Hier fordern sie die Zeitschrift

²⁸⁷ Leven 1997: 124; vgl.: Lifton 1986b: 267

²⁸⁸ Leven 1997: 125

²⁸⁹ Piechowiak, von Manz 1980: 227

Arzt und Christ auf, die christlichen Positionen zu ethischen Fragen der Medizin stärker als zuvor zu repräsentieren.

Christian Hick weist auf die grundsätzliche Schwierigkeit hin, die entsteht, wenn man versucht, deontologisch ethische Handlungsanweisungen zu deduzieren.²⁹⁰ Hick fragt, wie theoretisch formulierte Leitsätze der Ethik, sogenannte Codices, mit den moralischen Handlungsrichtlinien konkreter Menschen, die in einem bestimmten soziokulturellen Kontext leben und aus dessen Traditionen heraus handeln, vermittelt werden können.

Diese Frage muß auch an den Hippokratischen Eid gestellt werden. Der hochabstrahierte Begriff des „primum nil nocere“ und Leitbegriffe des Gelöbnisses wie „Menschlichkeit“ und „Ehrfurcht gegenüber jedem Menschenleben“ zielen auf die Menschenwürde des Patienten. Aus diesem Grund wird der Eid letztlich so oft zitiert. Doch sind diese Leitbegriffe anfällig gegenüber Uminterpretationen, wie sie beispielsweise damals der Sozialdarwinismus vorgenommen hat, und wie sie heutzutage eventuell ein zunehmender Relativismus der Moderne erzeugt.

Hick geht zunächst von einem Subjektbegriff aus, in dessen Mittelpunkt die Menschenwürde steht. Er zitiert Elia Wiesel: ‘We must see in every person a universe with its own secrets, with its own treasures.’²⁹¹ Diese Menschenwürde kann zwar nach Hick nicht aus den „Codes“ abgeleitet werden, zeige sich jedoch dann, wenn man den Anderen anblicke und ihn trotz all seiner Differenz und Fremdheit in seiner Leidensfähigkeit und Liebenswürdigkeit als Mensch erkenne. Hick beruft sich auf die Anthropologie von Emanuel Levinas, wenn er darlegt, daß der Blick in das Antlitz des Anderen die ethischen Codes ergänzen muß.²⁹² Nur dann könnten sich die abstrakten Leitbegriffe der Ethik so füllen, daß man auch in konkreten Handlungssituationen handeln könne. ‘What is needed to prevent, as far as can be, future atrocities in medicine is a fully differentiated, personalized, and tolerant view of human reality, a humanely developed concept of reality in all its inescapable complexity, perspectival richness and [...] in all its beauty.’²⁹³

²⁹⁰ Hick 1998: 143-154

²⁹¹ zitiert in Hick 1998: 151

²⁹² Vgl.: Levinas 1982

²⁹³ Hick 1998: 151

Ein letzter Einwand ist zu beachten, wenn man Codices wie den Hippokratischen Eid zu einer nicht zu hinterfragenden Richtschnur eines ärztlichen Ethos deklariert. Hans Lenk und Matthias Maring schreiben in ihrem Beitrag „Wissenschaftsethik“²⁹⁴: „Viele Eidesformulierungen [...] beschränken sich auf schöne Appelle. Appelle allein nützen nicht viel [...]. Das Problem der ethischen Kontrolle ist durch einen Eid allein nicht zu lösen. Ethische Appelle allein - ohne Stützung durch institutionelle Maßnahmen - bleiben recht unwirksam.“²⁹⁵

Ob solche „Maßnahmen“ greifen und ob politische Instanzen sie durchsetzen können, bleibt ungewiß. Ein kritisches Bewusstsein der Öffentlichkeit, das sich Verdrängungen und Tabus entzieht und sich der Menschenwürde verpflichtet fühlt, vermag vielleicht am ehesten jene befürchteten Exzesse abzuwehren. Die für dieses Bewusstsein unverzichtbare öffentlich geführte Diskussion deutet sich schon in den im Kapitel 3.1 vorgestellten Texten an. Auch wenn in ihnen nicht alle Implikationen der deontologischen Ableitungen zur Sprache kommen, so zeigen sie bereits ein Problembewußtsein, das sich im Laufe der Zeit immer mehr entwickelt und bis in die Gegenwart - z.B. in den Diskussionsforen überregionaler Zeitungen - hineinreicht.

²⁹⁴ Lenk, Maring 1988: 288-311

²⁹⁵ Ebd.: 298

3.2.3 Kontinuitätslinien der Medizinethik: Biologistische Elemente in der Anthropologie, wissenschaftliche Rationalität und das Kosten-Nutzen-Denken

Die in 3.1 vorgestellten Beiträge verweisen immer wieder auf das reduzierte Menschenbild des Biologismus und beklagen die Tendenz, medizinische Erkenntnisse als wissenschaftliche Aussagen zu verstehen und diese als alleinige Grundlage jeglichen Denkens und Handelns heranzuziehen. Viele der Autoren warnen vor Rationalisierungsmechanismen, die sie bereits in der pränationalsozialistischen wie nationalsozialistischen Zeit auszumachen glauben. Schon Mitscherlich spricht vom „Exzeß der Versachlichung“ und sieht in der neuen „technisierten Medizin“ ähnliche Gefahrenpotentiale lauern.²⁹⁶ Alexander verweist auf das Konzept einer rationalen Nützlichkeitsmoral und beobachtet analoge Tendenzen in den USA.²⁹⁷ Furch befürchtet eine Rechtsentwicklung, die Ärzte nur noch als Erbringer technischer Gesundheitsleistungen betrachte.²⁹⁸ Dörner spricht von einem „blinden und wahnhaften Wissenschaftsglauben“²⁹⁹, der entstanden sei, als sich Wissenschaft und Wirtschaftlichkeit von religiösen und philosophischen Menschenbildern gelöst hätten.

Viele Autoren sind sich dabei einer Kontinuitätslinie bewußt, die vom Sozialdarwinismus des 19. Jahrhunderts über die NS-„Euthanasie“ bis hin zu aktuellen Ansätzen der Genforschung führt. So betonen beispielsweise jene Medizinhistoriker, die die Artikelserie „Medizin im Dritten Reich“³⁰⁰ herausgegeben haben, immer wieder, daß die NS-Medizin auf einem biologistischen Welt- und Menschenbild aufgebaut habe, das schon Ende des 19. Jahrhunderts entworfen worden sei und bis in die Gegenwart reiche. Beeinflusst und geprägt durch rassenhygienische Vorstellungen hätten sich viele Ärzte den Nationalsozialisten zur Verfügung gestellt. Retrospektiv könne man das medizinische Töten und die bereitwillige Teilnahme von Ärzten an den NS-Tötungsprogrammen als das eigentliche Schlüsselkriterium der NS-Medizin werten. Der amerikanische Professor für Psychiatrie und Psychologie Robert Jay Lifton spricht diesbezüglich vom ‘healing-killing-paradox’ - der Arzt als Therapeut, als Heiler des deutschen Volkskörpers: ‘Given the heroic vision held out to them - as cultivators of the genes and as physicians to the

²⁹⁶ Mitscherlich 1978: 238/239

²⁹⁷ Alexander 1949/1987: 26-31

²⁹⁸ Furch 1981: 2500

²⁹⁹ Dörner 1987: 2284

³⁰⁰ Bleker, Jachertz 1993

Volk, and militarized healers combining the life-death power of shaman and general - any cruelty they might perpetrate was all drowned in hubris.³⁰¹

Den Medizinhistorikern zufolge müssen wir uns daher fragen, ob nicht auch gegenwärtig analoge Tendenzen bzw. Ideen in unserer Gesellschaft präsent sind, die bereits damals viele Ärzte zu überzeugten Mitläufern und zum Teil aktiven Mitarbeitern des „Apparates“ (Mitscherlich) gemacht haben. Wenn Ärzte - wie im Kapitel 2.5 angedeutet - von einem scheinbar wissenschaftlich gesicherten Wahrheitsgehalt der darwinistischen Evolutions- und Selektionsgesetze überzeugt sind, können sie sich kaum der Verführung des Gedankens entziehen, im Sinne der die Natur wie die Gesellschaft umfassenden Evolutionstheorien Selektionsaufgaben zu übernehmen, zumal die damit verbundenen Menschenopfer in dem monistischen Gedankengebäude gerechtfertigt sind.

Besonders Jochemsen arbeitet eine Kontinuitätslinie heraus, die bis in die Gegenwart reicht. Eine Gentechnologie, die anhand von Pränataldiagnostik und Keimbahneingriffen die Kriterien der Objektivität und Quantifizierbarkeit an erste Stelle setze, zeichne sich durch einen Realitätsreduktivismus aus.³⁰² Er fragt, ob sich in ihr nicht Analogien zu den rassenhygienischen Vorstellungen des 19. und 20. Jahrhunderts finden lassen, die sich damals aus einer rein naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin ergeben hätten. Wenn Pränataldiagnostiker ein zukünftiges Kind mit einem möglichen Gendefekt nur nach dem Ausmaß des zu erwartenden Leidens beurteilten, so fließe in dieses Urteil erneut die Vorstellung von einem „minderwertigen Leben“ ein.

Zum Kontinuitätsgedanken sollen hier noch kurz zwei weitere Beiträge von Volker Roelcke vorgestellt werden, die sich mit der Rolle Ernst Rüdins und der psychiatrischen Wissenschaft im Kontext des Nationalsozialismus beschäftigen.³⁰³ Ernst Rüdin war Leiter der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, einem Institut der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, und prägte ab 1933 maßgeblich „die psychiatrische Professionspolitik sowie die Wahrnehmung politischer Entscheidungsträger“³⁰⁴. Rüdin befürwortete nach 1939 eine wissenschaftlich fundierte „Euthanasie“. Seine Karriere setzte aber nicht erst mit dem Beginn des „Dritten Reiches“ ein, sondern Rüdin war schon 1905 einer der Mitbegründer der Gesellschaft für Rassenhygiene. Er veröffentlichte Forschungsberichte, die zu Standardwerken wurden, übernahm 1917 die Leitung

³⁰¹ Lifton 1986b: 426, 430 ff

³⁰² Jochemsen 1992: 26

³⁰³ Roelcke 2000a, 2000b

³⁰⁴ Roelcke 2000b: 114; vgl.: Rüdin E. in Wiesing 2000: 43

der Genealogisch-Demographischen Abteilung der DFA und 1931 die der gesamten Forschungsanstalt. Nach der Gleichschaltung aller psychiatrischen und neurologischen Fachgesellschaften durch die Nationalsozialisten leitete Rüdin die neue Einheitsgesellschaft. Die Forschungsgruppe war zumindest noch Mitte der 1930er Jahre in der internationalen 'scientific community' hoch angesehen. Rüdin wurde zum Beispiel noch 1939 zu einem Plenarvortrag nach Edinburgh zum 'International Congress of Genetics' eingeladen.

Schon in der Person Rüdins zeigt sich die Kontinuität der Entwicklung: Wenn Rüdin 1942 an den Gesundheitsführer schreibt: „Wir haben [...] kein Interesse an der Erhaltung unheilbarer und ruinenhafter Opfer der Vererbung am Leben, und auch nicht an der Fortpflanzung der Menschen, welche Träger der zur Ausbildung schwerer Erbkrankheiten nötigen Erbanlagen sind.“³⁰⁵, werden die Verbindungen zu dem Gedankengut der Eugenik und eines sozialdarwinistischen Monismus deutlich.

Daß der Eugenik die destruktive Gefahr einer aktiven „Euthanasie“ latent innewohnte und jeder Zeit unter bestimmten historischen Rahmenbedingungen virulent werden konnte, zeigt Roelcke in seinen Fallstudien. So heißt es zum Beispiel in einem Grundsatzreferat, das 1936 in der Arbeitsgemeinschaft der Psychiatrie-Dezernenten diskutiert wurde: „Der Nationalsozialismus erstrebt den Aufbau eines erbgesunden Volkes. Unterschied gegenüber der Idee der Humanität und (des) Christentums: deutliche Herabsetzung asozialer und minderwertiger Persönlichkeiten im Maße der Fürsorge gegenüber Personen, die für den Volksaufbau wertvoll sind.“³⁰⁶ In diesem Text ist zwar von einer „Herabsetzung“ minderwertiger Persönlichkeiten die Rede, jedoch noch nicht von einer systematischen Massenvernichtung. Diese konnte erst thematisiert werden, als sich im Verlauf des Zweiten Weltkrieges die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so verändert hatten, wie Faulstich es beschrieben hat. So ist es nicht verwunderlich, daß in einer Denkschrift über die Zukunft der Psychiatrie, die Rüdin zusammen mit anderen angesehenen Psychiatern den politischen Behörden 1943 überreichte, gefordert wurde, in jedem Versorgungsbereich des Reiches eine zentrale Heilanstalt einzurichten, in der Kranke, die nicht mehr therapiert und nicht mehr als Arbeitskräfte eingesetzt werden konnten, der „Euthanasie“ anheimfallen sollten.³⁰⁷

³⁰⁵ zitiert nach Roelcke 2000b: 130f

³⁰⁶ Roelcke 2000b: 145

³⁰⁷ Ebd.: 134

Diese Gedankenentwicklung ist in sich stimmig, wenn man von einem monistischen Welt- und Menschenbild ausgeht. Ist man davon überzeugt, daß allein die Evolutionsgesetze die Entwicklung sowohl der Natur wie der Gesellschaft steuern, glaubt man, daß die Volkskörper bzw. die Rassen die wesentlichen Entitäten seien, die der menschlichen Gesellschaft zugrunde liegen; hält man es für möglich, daß der Mensch in der Lage sei, diese evolutionären Steuerungsprozesse selbst in die Hand zu nehmen, dann liegt der Gedanke einer „Euthanasie“, auch gegen den Willen der Betroffenen, nahe.

Roelcke zeigt des weiteren an der Person Ernst Rüdins auf, wie schnell sich mit Monismus und Eugenik das Konzept eines reduktionistischen Wissenschaftsbegriffes verbinden kann. Er schreibt: „Rüdin war von Anfang seiner Karriere an bis in seine letzten Arbeitsjahre davon überzeugt, daß seine wissenschaftliche Arbeit nicht von politischen Engagement zu trennen sei.“³⁰⁸ Die Einheit von Wissenschaftler und Politiker liegt nahe, wenn man überzeugt ist, daß Evolutions-„Gesetze“ existieren, die sich dem wissenschaftlich forschenden Verstand des Menschen empirisch erschließen. Verkennt der Wissenschaftler, daß auch der Empirismus auf weltanschaulichen Prämissen aufbaut, wird er sich verpflichtet fühlen, die Evolutionsgesetze zu steuern und deren Verwirklichung zu beschleunigen. Das gelingt nur, wenn er auf die Politik Einfluß nehmen kann. Zwar hat Rüdin nicht innerhalb der T4-Aktion oder der „Aktion Brandt“ persönlich an die zu tötenden Opfer Hand angelegt, er gehörte aber zu jener Gruppe von „Tätern“³⁰⁹, welche die Selektionen wissenschaftlich rechtfertigten. Er vertrat mit seinen Mitarbeitern „die staatliche Selektionspolitik in vielfältiger Weise auch in der ärztlichen und breiteren Öffentlichkeit“³¹⁰, denn Rüdin sah seine Aufgabe als Wissenschaftler darin, in Forschungsprojekten mitzuarbeiten, deren Ziele er in einem Brief vom 23.10.1943 umriß: „Rassenhygienisch von hervorragender Wichtigkeit, weil bedeutsam als Grundlage zu einer humanen und sicheren Gegenwirkung gegen kontraselektorische Vorgänge jeder Art in unserem deutschen Volkskörper wäre die Erforschung der Frage, welche Kinder können, als Kinder schon, klinisch und erbbiologisch so einwandfrei als minderwertig eliminationswürdig charakterisiert werden, daß sie mit voller Überzeugung und Beweiskraft [...] zur Euthanasie empfohlen werden können?“³¹¹ Dabei nahm er den Tod der untersuchten Kranken in Kauf, denn nur auf diese Weise

³⁰⁸ Ebd.: 122

³⁰⁹ Ebd.: 129

³¹⁰ Ebd.: 130

³¹¹ Roelcke 2000a: 201

konnten die am lebenden Patienten gewonnenen Erkenntnisse mit den histopathologischen Befunden korreliert werden. Diese Art von Forschung zielte also einerseits auf die wissenschaftliche Fundierung eugenischer Selektion ab; andererseits war die Tötung der Versuchsperson selbst ein unverzichtbarer Bestandteil des Forschungsprogrammes.

Daß die oben skizzierten Vorstellungen in unserer Gesellschaft fortwirken, liegt auf der Hand, wenn man bestimmte Positionen innerhalb der Genforschung analysiert; die Kontinuitätslinien reichen bis in das 21. Jahrhundert hinein. Ob und wie sich Gegenpositionen entwickeln lassen, um potentiell menschenverachtende Folgen abzuwehren, soll am Ende dieser Arbeit diskutiert werden, und zwar unter den Stichworten „naturalistischer Fehlschluß“, „Reduktion des Wissenschaftsbegriffes“, „weltanschauliche Wertsetzungen und Prämissen“.

Eigentümlicherweise finden sich in den im Kapitel 3.1 vorgestellten Texten nur selten Hinweise auf das Kosten-Nutzen-Problem. Zwar beanstandet Alexander bereits 1949 eine sich in den USA ausbreitende Tendenz, chronisch Kranke aus Kostengründen als 'unwanted ballast' anzusehen. Doch sein Hinweis wird kaum aufgenommen. Zur Problematik des Kosten-Nutzen-Argumentes sollen kurz zwei 1998 veröffentlichte Beiträge von Michael Schwartz und Heinz Faulstich zur Sprache kommen:

Schwartz macht - ähnlich wie vorher die Historiker Broszat und Mommsen, sowie später der Medizinhistoriker Toellner³¹² - auf die polykratische Struktur des „Dritten Reiches“ aufmerksam. Die Aufsplitterung von Verantwortung in einem hochdifferenzierten und damit extrem unübersichtlichen Verwaltungsstaat sei eine der wesentlichen Voraussetzungen zur Realisierung der nationalsozialistischen Massenvernichtungen gewesen. Die NS-„Euthanasie“ als massenhafter Krankenmord habe, so Schwartz, nur unter den speziellen Bedingungen des NS-Regimes und der damaligen Kriegssituation stattfinden können. Dennoch sei es wichtig, zu untersuchen, ob und in welchem Maße es innerhalb der Funktionseliten - und hier speziell bei Medizinern und Juristen - eine Bereitschaft zur Akzeptanz und zur aktiven Unterstützung der „Euthanasie“ gegeben habe. Schon der verlorene Krieg und die nachfolgende Wirtschaftsdepression fungierten, so Schwartz, als Radikalisierungsschub für ein Kosten-Nutzen-

³¹² Vgl. Broszat 1977, Mommsen 1983, Toellner 1989

Denken. Dabei hätten jedoch die Politiker der Weimarer Republik niemals vorgehabt, durch „Krankentötung“ ihre Staatswirtschaft aufzubessern. Dieser Schritt sei erst von den Nationalsozialisten vollzogen worden. „Das NS-Regime erzeugte durch die Etablierung eines gänzlich anderen politisch-ideologischen Kontextes und durch die wachsenden ‘Spielräume‘ polykratischer Unübersichtlichkeit einen genuin neuartigen Bedingungsrahmen, der auch die Radikalisierung wissenschaftlicher Diskussions- und Handlungsfelder forcierte. Dabei wurde bislang Inakzeptables nicht nur noch stärker dehnbar, sondern am Ende [...] vor allem auch machbar.“³¹³ So hätten im Zweiten Weltkrieg selbst die „Euthanasie“-Gegner innerhalb medizinisch-juristischer Kreise die Lebensvernichtung als Notstandsmaßnahme akzeptiert und seien damit von der 1935 noch allgemeingültigen Grundhaltung, das Tötungsverbot müsse über jeder Art von Zweckmäßigkeit stehen, abgewichen. Die nationalsozialistische Propaganda habe an dieses Notstands-Denken bewußt angeknüpft. Hier beruft sich Schwartz auf Götz Aly, der gezeigt habe, daß sich das Umfeld Hitlers in Entscheidungsprozessen einer im wesentlichen zweckrational begründeten Argumentation bediente; ideologische Begründungen - wie z.B. die notwendige Säuberung des Volkskörpers - hätten diesbezüglich nur eine untergeordnete Rolle gespielt.³¹⁴ Schwartz zieht die Kosten-Nutzen-Kontinuitätslinie bis in die Gegenwart, wenn er anmerkt: „Bestimmte Werthaltungen und Argumentationstypen des früheren ‘Euthanasie‘-Diskurses jedoch sind keinesfalls völlig vergangen. Es erscheint in dieser Hinsicht notwendig, auch die Geschichte der ‘Euthanasie‘-Diskussion nicht etwa schlicht als spezifisches Problem des Dritten Reiches und seiner ‘Vorgeschichte‘ zu vergegenwärtigen, sondern als weiterhin gegebenes ethisches Problem moderner Gesellschaften überhaupt.“³¹⁵

Faulstich stellt fest, daß das Thema des Hungersterbens bis in die neunziger Jahre kaum beachtet worden sei, obgleich man in den psychiatrischen Anstalten durch systematischen Nahrungsentzug mindestens 90.000 Patienten umgebracht habe. Bei diesen Tötungsaktionen hätten ökonomische Aspekte - also Kosten-Nutzen-Argumente - eine bedeutende Rolle gespielt; und die Morde, so Faulstich, müssten daher in Relation zur allgemeinen Wirtschaftslage des deutschen Volkes gesehen werden. Der Autor skizziert dies folgendermaßen: Spardiskussionen gab es schon seit

³¹³ Schwartz 1998: 643

³¹⁴ Vgl.: Aly 1999: 55

³¹⁵ Schwarz 1998: 665

dem 1. Weltkrieg; sie führten während der Weltwirtschaftskrise in den Anstalten zu massiven Kürzungen an Personal- und Sachkosten. Zu Beginn des „Dritten Reiches“ hatten propagandistische Behauptungen über die ungeheuren Fürsorgekosten bei der Ernährung von „Ballastexistenzen“ zur Folge, daß das Niveau auf ein gerade noch das Überleben sicherndes Minimum gesenkt wurde. Die Lage verschärfte sich während des Zweiten Weltkrieges, der sich auch als „Krieg nach innen“³¹⁶ gegen „Minderwertige“ und „unnütze Esser“ richtete. Polen wurde zum Experimentierfeld der Mörder: Neben anderen Tötungsverfahren ließ man die Anstaltsinsassen verhungern. In Polen kamen auf diese Weise ca. 26.000 Menschen ums Leben. Auch in Deutschland führte die Verringerung der „Verköstigungssätze“ zu einem allgemeinen Anstieg der Sterblichkeit in den Anstalten. Ab 1942 wurden Medikamente im Sinne des „Luminal-Schemas“ eingesetzt, um bei den vorher ausgehungerten Patienten das Sterben zu beschleunigen.³¹⁷ Als im weiteren Verlauf des Krieges der Bedarf an Krankenhausbetten für die Verwundeten des Luftkrieges und des Rußlandfeldzuges ungeheuer anstieg, verschärfte sich in der „Aktion Brandt“ das Töten von Anstaltsinsassen, hauptsächlich durch Nahrungsentzug, aber auch durch Verabreichung tödlich wirkender Medikamente.³¹⁸ In den letzten Kriegsmonaten brach die Lebensmittelversorgung der gesamten Bevölkerung zusammen, die Sterblichkeit nahm nun unter den durch jahrelanges Hungern vorgeschädigten Anstaltspatienten noch einmal sprunghaft zu.

-

³¹⁶ Ebd.: 241 (Faulstich bezieht sich hier auf Dörner)

³¹⁷ Luminal (Wirkstoff Phenobarbital, den Barbituraten zugehörig): Antiepilektikum und Narkotikum mit sedierend-hypnotischer Wirkung, in hohen Dosen atemlähmend. Zum „Luminal-Schema“ vgl.: auch Klee 1985 / 1999: 432

³¹⁸ Vgl.: Klee 1985 / 1999: 441

3.2.4 Individualschuld versus Kollektivschuld

Angesichts der Rolle von Medizinern im „Dritten Reich“ und ihrer Teilnahme an nationalsozialistischen Verbrechen stellt sich immer wieder die Schuldfrage.

Pross³¹⁹ geht in seinem Beitrag von der Prämisse aus, daß der Mensch sich frei entscheiden könne und seine Entscheidungen persönlich verantworten müsse. Insofern setzt er die Kategorie der persönlichen Schuld voraus.

Die Arbeiten von Klee und Winau zeigen, daß Ärzte sich den nationalsozialistischen Plänen durchaus entziehen und die ihnen zugedachte Rolle ablehnen konnten, ohne spätere Nachteile zu erleiden: So verweigerte beispielsweise der Göttinger Psychiater Gottfried Ewald die ihm zugedachte Gutachterfunktion als Ordinarius im Rahmen der T4-Aktion.³²⁰ Winau stellt bezüglich der T4-„Euthanasie“ fest: „Etwa 50 Ärzte wurden zu aktiver Mitarbeit gewonnen. Diese Mitarbeit geschah stets freiwillig und ohne Druck von vorgesetzten Stellen. Ein Verweigern brachte keinerlei Nachteile, ja sogar Protest gegen die Aktion war schadlos möglich.“³²¹

Die Komplizenschaft der Ärzte im Nachkriegsdeutschland, so Pross, habe eine gerechte Bestrafung verantwortlicher Täter verhindert. Immer noch würden sich Ärzte gegenseitig entlasten, würden sie Ärztekammerpräsidenten tolerieren, die nachweislich Mitglieder der SS waren³²² und die eigene schuldhaftige Vergangenheit weiterhin verdrängten.

Als Beispiel bringt Pross die Ereignisse um die 1949 publizierte Prozessdokumentation von Mitscherlich und Mielke. 10 000 Kopien, so Pross, seien damals zwecks Verteilung an die Westdeutsche Ärztekammer gegangen. Von diesen Kopien fehle bis heute jede Spur; wahrscheinlich seien sie heimlich in den Archiven der Westdeutschen Ärztekammer verschwunden. Gleichzeitig habe man jedoch dem Weltärztebund eine Kopie zukommen lassen - als Beweis der Reue und einer stattgefundenen Auseinandersetzung mit der schuldhaften

³¹⁹ Pross 1991

³²⁰ Vgl.: Klee 1985 / 1999: 223ff

³²¹ Winau 1989: B-285 f; ders. in Bleker, Jachertz 1993: 169

³²² Vgl.: Halter 1988: 119 sowie Der SPIEGEL 1993: 195

Vergangenheit. Das dahinterstehende Ziel, so Pross, sei die rasche Wiederaufnahme der deutschen Mediziner in den Weltärztebund gewesen.³²³

Beanstandet Pross die Komplizenschaft der Ärzte, so verteidigt der Kommentar des *Deutschen Ärzteblattes* anlässlich der Wiederaufnahme eines „Euthanasie“-Prozesses nicht nur die dort angeklagten Mediziner, sondern wehrt sich gegen eine ärztliche Kollektivschuld³²⁴. Bezüglich Stil und Inhalt muß dieser Kommentar jedoch als polemisch und im Sinne der Geschichte grob polarisierend bezeichnet werden. Die Gleichsetzung heutiger aktiver Sterbehilfe oder Abtreibung mit den NS-„Euthanasie“-Aktionen vernachlässigt alle bisher angeführten historischen Erkenntnisse über die Medizin im „Dritten Reich“. Der Redakteur verrennt sich schließlich in einem politischen Rechts-links-Klischee, das historisch nicht haltbar ist. Die nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen basierten auf der Idee der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, wie sie schon 1920 durch Binding und Hoche Eingang in den wissenschaftlichen Diskurs fand. Diesbezüglich sei noch einmal auf die bereits weiter oben beschriebene Analyse Schwartzs verwiesen: Schwartz wertet das „Euthanasie“-Problem gerade nicht als ein faschistisches Relikt, sondern als ein grundsätzliches Problem der Moderne. Biologismus, Darwinismus und Sozialdarwinismus würden dabei den komplexen geistes- und sozialgeschichtlichen Kontext für den Wertewandel seit der Jahrhundertwende darstellen.³²⁵ Dieser Komplexität wird der obige Kommentar des *Deutschen Ärzteblattes* nicht einmal andeutungsweise gerecht.

Der Ärztekammerpräsident Vilmar wehrt sich in seinem 1987 geführten Interview ebenfalls gegen eine ärztliche Kollektivschuld. Diese Position versucht er durch einen Geschichtsentwurf einsichtig zu machen, der jedoch auf scharfen Widerspruch stößt. Vilmar verweist in dem genannten Interview auf die plötzliche und radikale Umwälzung der bisherigen standespolitischen Ordnung durch die Nationalsozialisten: traditionelle ärztliche Verbände seien in Nacht und Nebelaktionen zerschlagen worden. Inwieweit die Gleichschaltung der Nazis wirklich „im Handstreich“ verlief, ist allerdings fraglich.

³²³ Pross 1991: 13/14; vgl. auch die Ausführungen von Thomas Gerst (1994) zur Prozessdokumentation auf S.110 f

³²⁴ roe 1986: 285

³²⁵ Schwartz 1998, Kapitel II: 623

Fridolf Kudliens Buch „Ärzte im Nationalsozialismus“³²⁶ rekonstruiert die Geschichte des im August 1929 in Nürnberggegründeten Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) und die Ereignisse rund um die damaligen Gleichschaltungsaktionen. Die „1. Reichstagung“ des NSDÄB fand demnach im Dezember 1930 in Leipzig statt; die Teilnehmerzahl habe sich Kudlien zufolge auf 300 Partei-Ärzte beziffert, von denen 113 Mitglieder des NSDÄB gewesen seien. Der Bund habe sich, so Kudlien, damals nicht als Standesorganisation, sondern als Teil der Kampforganisation der NSDAP betrachtet, allerdings mit dem unverhohlenen Anspruch, einst die Führung des Ärztestandes zu übernehmen. Auf der „3. Reichstagung“ im September 1932 hätten sich bereits über 1000 Teilnehmer in Braunschweig eingefunden und die damalige Anhängerschaft des NSDÄB habe sich auf 2786 Mitglieder und 344 Sympathisanten belaufen. Kudlien schreibt: „Er [der NSDÄB] war damit der größte unter den politisch orientierten Ärzteverbänden [...]. Im Vergleich zur Gesamtzahl von 51.800 Ärzten im Reich machten die organisierten nationalsozialistischen Ärzte aber nur einen geringen Anteil aus.“³²⁷ Die Gleichschaltung der Länder sei dann 1933 erfolgt und die Landesregierungen hätten diesbezüglich Ärzte zu Gesundheitskommissaren bestimmt. Gerhard Wagner, damaliger 1. Vorsitzender des NSDÄB, habe mit Erfolg die Vereinigung der ärztlichen Spitzenverbände zu einer nationalsozialistisch ausgerichteten Ärzteführung organisiert.³²⁸

Laut Kudlien hat sich die ärztliche Gleichschaltung also immerhin über eine Zeitspanne von 4 Jahren hingezogen. Zweifellos setzten die strukturellen Veränderungen nach der Machtübernahme Hitlers rasch ein, dennoch hätten sich die Ärzte bereits im Vorhinein gegen aufkommende rechtsnationale Tendenzen wehren können. Vilmars These von der „nahezu überfallartigen Gleichschaltung einer zum größten Teil unvorbereiteten deutschen Ärzteschaft“ ist daher fragwürdig und kann kaum als ein weiterer Eckpfeiler ärztlicher Schuldentlastung dienen.

Auch der Versuch Vilmars, den Vorwurf einer ärztlichen Kollektivschuld durch die Unterscheidung zwischen Ärzten und Rassenhygienikern abzumildern, ist zu kritisieren. Als Initiatoren rassenhygienischer Theorien macht Vilmar letztere implizit für die nachfolgende NS-Ideologie verantwortlich. Der Medizinhistoriker Baader beschreibt die Anfänge der

³²⁶ Kudlien 1985: 105-121

³²⁷ Ebd.: 109

³²⁸ Ebd.: 112

Rassenhygiene in Deutschland jedoch folgendermaßen: 1895 definierte der Mediziner Alfred Ploetz den Begriff der „Rassenhygiene“. 1905 gründete er zusammen mit einigen anderen Wissenschaftlern die Gesellschaft für Rassenhygiene. Bereits 1911 fand in Dresden eine Internationale Hygieneausstellung statt. Unter der Leitung des Hygienikers Max von Gruber und des Psychiaters Ernst Rüdin präsentierte sich dort eine Gruppe „Rassenhygiene“ mit ihrem Katalog „Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene“, in dem u.a. auch vor einer drohenden Degeneration aller Kulturvölker durch Minderwertige gewarnt wurde.³²⁹ Zu dieser Vereinigung von frühen Rassenhygienikern, die laut Baader als eine erste Institutionalisierung der Rassenhygiene bezeichnet werden könne, zählten mit Ploetz, Rüdin und von Gruber also auch Ärzte.³³⁰

Der Mediziner Alfred Ploetz wird sogar immer wieder als „die entscheidende Figur“ für die Anfangszeit der Rassenhygiene bezeichnet.³³¹ Seine rassenhygienischen Theorien wurzeln in der Vorgeschichte eines weit verzweigten Rassendenkens. Der Medizinhistoriker Gunter Mann verdeutlicht beispielsweise, daß die ersten Beziehungen zwischen Rasse, Geschichte und Kultur umrissartig bereits im Zeitalter der Aufklärung und Romantik erkennbar wurden.³³²

Nationale eugenische Bewegungen unter maßgeblicher Beteiligung von Ärzten entstanden Anfang des 20. Jahrhunderts fast gleichzeitig in Deutschland, England und den USA. Deutschland, so stellt der Bielefelder Historiker und Soziologe Stefan Kühl fest, galt jedoch als treibende Kraft für eine Internationalisierung der frühen eugenischen Bewegung. Die von Ploetz 1905 gegründete *Gesellschaft für Rassenhygiene* war als erster eugenischer Verband der Welt weniger an einer Steigerung der nationalen Effizienz interessiert; vielmehr strebten Ploetz und seine Kollegen die Aufartung der gesamten nordischen Rasse an.³³³ Die 1907 begründete *Internationale Gesellschaft für Rassenhygiene* arbeitete auch nach dem Ersten Weltkrieg noch als internationaler Dachverband an der Etablierung eugenischer Maßnahmen weiter. So führte man 1928 in der Schweiz (im Kanton Waadt) und 1929 in Dänemark ein Sterilisationsgesetz ein; um 1930 gab es in mehr als einem Dutzend US-amerikanischen Bundesländern ebenfalls

³²⁹ Baader 1988; ders. in Bleker, Jachertz 1993: 36-42

³³⁰ Vgl.: Weingart, Kroll, Bayertz 1988

³³¹ Ebd.: 40

³³² Mann 1993: 25-35; 31

³³³ Vgl.: Kühl 1997

Sterilisationsgesetze.³³⁴ Auch nach 1933, als die Nationalsozialisten die Eugenik in Form von staatlich institutionalisierten Sterilisationsprogrammen politisch legitimierten, wurde diese Art der Rassenpolitik von einer beachtlichen Anzahl ausländischer Eugeniker unterstützt. Der Zweite Weltkrieg beendete jedoch die internationale Zusammenarbeit der Rassenhygieniker.³³⁵

In welchem Ausmaß nun Mediziner bei der Entwicklung und Institutionalisierung von rassenhygienischen Theorien eine Rolle spielten, ist diskutierbar. Festhalten läßt sich jedoch, daß rassenhygienische Vorstellungen, sozialdarwinistische Theorien und ein biologistisch geprägtes Menschenbild unter Wissenschaftlern und Ärzten der Weimarer Republik auf breite Akzeptanz stießen. Baader stellt rückblickend fest: „Dieses rassenhygienisch-eugenisch geprägte Gesellschaftsmodell war insgesamt bei einer zu großen Zahl deutscher Ärzte konsensfähig geworden. Es fehlte nur noch der starke Mann, der es in die Tat umsetzen konnte.“³³⁶

Im weiteren Diskussionsverlauf bleibt Vilmar, trotz vielfacher Kritik, bei seiner These, die große Mehrheit der Ärzte habe sich im „Dritten Reich“ nichts zu schulden kommen lassen. Auf dem 90. Deutschen Ärztetag im Mai 1987 betont der Ärztekammerpräsident, daß es gerade die deutsche Ärzteschaft gewesen sei, die sich sofort nach dem Krieg durch die Entsendung Mitscherlich und Mielkes zur Berichterstattung über den Nürnberger Ärzteprozeß um eine erste Vergangenheitsbewältigung bemüht habe: „Man hat die erste Auflage von 10.000 Exemplaren auf Kosten der Ärzteschaft überhaupt erst erstellen können. Ich glaube, daß die Vergangenheitsbewältigung spätestens damit begann. Wenn heute oft so getan wird, als sei dies alles vergessen worden, dann ist es bedrückend, daß auch diese Vergangenheitsbewältigung oft schon wieder zur Geschichte geworden ist, und Geschichte der heutigen jüngeren Generation offensichtlich nicht in dem Maße bewußt ist, wie sie eigentlich bewußt sein sollte.“³³⁷

Diesbezüglich sei auf die Arbeit von Thomas Gerst verwiesen, der sich mit den Ereignissen rund um die Planung und Veröffentlichung der Prozeßdokumentation Mitscherlich und Mielkes beschäftigt.³³⁸ Mit der Wiederaufnahme der deutschen Ärzteschaft in den Weltärztebund 1950 sei, so Gerst, für die große Mehrheit der deutschen Ärzte eine Auseinandersetzung mit der NS-

³³⁴ einen Überblick dazu bieten Weindling 1999 u. Roelcke 2002

³³⁵ Vgl.: Kühl 1997

³³⁶ Baader in Bleker, Jachertz 1993: 41

³³⁷ Jachertz 1987: B-1068

³³⁸ Gerst 1994

Zeit beendet gewesen. Allerdings wendet sich Gerst gegen die immer wieder ausgesprochene Vermutung, die westdeutsche Ärztekammer, die die Finanzierung der ersten 10.000 Exemplare von „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“ übernommen hatte, habe dieses Buch der Ärzteschaft damals bewußt vorenthalten: „Warum sollte man auch, ließ es sich doch trotz der darin beschriebenen Details aus dem Nürnberger Ärzteprozeß nicht nur im Ausland dazu verwenden, die Zahl der an medizinischen Verbrechen beteiligten Ärzte auf eine relativ kleine Gruppe zu beschränken.“³³⁹

Der Weltärztebund hatte laut Gerst bereits im November 1947 ein Schuldbekenntnis der deutschen Ärzte für die seit 1933 begangenen Verbrechen eingefordert, dessen vorgegebener Wortlaut allerdings von der deutschen Ärzteführung abgelehnt worden sei.³⁴⁰ Gerst kommentiert diesbezüglich: „Der Wert der Publikation von Mitscherlich und Mielke - bislang wohl eher mit zwiespältigen Gefühlen betrachtet - erschien nun in einem neuen Licht.“ Statt das geforderte Schuldbekenntnis abzulegen, habe die deutsche Ärzteschaft die von ihr initiierte Prozeßdokumentation Mitscherlich und Mielkes benutzt, um zu belegen, „daß die deutsche Ärzteschaft bereit war, bei der Aufklärung der unter dem Nationalsozialismus begangenen medizinischen Verbrechen mitzuwirken.“³⁴¹ Laut Gerst habe die westdeutsche Ärzteführung mit ihrem Beschluß, eine Ärztekommision zur Prozeßdokumentation nach Nürnberg zu schicken, von Anfang an beabsichtigt, eine Kollektivschuld der deutschen Ärzteschaft abzuwenden.

Angesichts dieser These Gersts wird verständlich, warum Kritiker des Vilmar-Interviews dem Ärztekammerpräsidenten und damit auch der deutschen Ärzteführung eine „ungebrochene Tradition“ in punkto Vergangenheitsbewältigung vorwerfen: statt eine breit gestreute und umfassende Beteiligung von Ärzten und ärztlichen Standesorganisationen einzugestehen,

³³⁹ Ebd.: C-1045

³⁴⁰ Wortlaut des geforderten Schuldbekenntnisses: „Wir als die Bevollmächtigten der deutschen Ärzteschaft gestehen hiermit ein, daß sich gewisse deutsche Ärzte sowohl einzeln wie auch zu mehreren an zahlreichen Akten der Grausamkeit und Unterdrückung und an der Vorbereitung und Ausübung brutaler Experimente an Menschen ohne deren Einwilligung beteiligt haben. Wir gestehen, daß bei der Ausübung dieser Handlungen [...] der deutsche Ärztestand die ethische Tradition der Medizin verletzt, die Ehre des Ärztestandes herabgewürdigt und die medizinische Wissenschaft im Dienst für Krieg und politischen Haß erniedrigt hat.“(Gerst 1994: C-1042; Protokoll der Sitzung des Beratungsausschusses am 28. Nov.1947, Archiv der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

³⁴¹ Gerst 1994: C-1042; gemeint ist hier die erste Version der Prozeßdokumentation, die bereits 1947 als „Diktat der Menschenverachtung“ vorlag und von der deutschen Ärzteführung an den Weltärztebund versandt worden war. Im Mai 1948 konnte nach mehreren Umbrucharbeiten der Abschlußbericht „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“ als Manuskript fertiggestellt werden, deren endgültige Fassung Ende März 1949 unter dem Titel „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“ zur Veröffentlichung bereit stand.

versuche man immer noch, die Hauptschuld auf die Schultern einiger weniger Ärzte abzuladen.

Immer wieder beziehen sich die Artikel des *Deutschen Ärzteblattes* auf die Themen der ärztlichen Vergangenheitsbewältigung und Schuldfrage. Die eigentliche Aussage Hanauske-Abels, der zwischen dem Holocaust und einem möglichen Nuklearkrieg Parallelen erkennen will - nämlich in dem Sinne, daß sich die Ärzte damals wie heute nicht ihrer politisch-gesellschaftlichen Verantwortung stellen - , wird nicht diskutiert.

Der SPIEGEL, der den Vilmar-Abel-Disput bereitwillig aufgreift, beschäftigt sich ebenfalls in erster Linie mit der Frage nach der ärztlichen Vergangenheitsbewältigung. Die NS-Analogie Hanauske-Abels wird nicht debattiert - entweder, weil dessen These stillschweigend als plausibel vorausgesetzt wird [wie es beispielsweise auch Die ZEIT tut] oder der „Fall Hanauske-Abel“ als ein willkommener Aufhänger für die Kritik an der „braunen“ Vergangenheit und der „ungebrochenen Tradition“ innerhalb des Ärztestandes dient. Die genannten Schuldvorwürfe mögen berechtigt sein, blockieren jedoch in einer aggressiven Form jegliche konstruktive Auseinandersetzung.

Angesichts der publizistischen Auseinandersetzung um die Vergangenheitsbewältigung und Schuldfrage der deutschen Ärzteschaft muß der 1996 in der englischen Fachzeitschrift *Bulletin of Medical Ethics* publizierte Kommentar beim kritischen Leser auf Erstaunen stoßen: Darin wirft man der deutschen Ärztevertretung ein Nicht-Reagieren auf die Einladung des IPPNW zu einer Konferenz anlässlich des 50. Jahrestages des Nürnberger Ärzteprozesses vor. Ein nicht genannter Redakteur interpretiert dieses Nicht-Reagieren als Zeichen einer seit Nürnberg immer noch andauernden Schuldverdrängung: die deutsche Ärzteschaft sei anscheinend nicht bereit, die Untaten „einiger ihrer Vorgänger“ einzugestehen - 'to acknowledge the wrongdoing of some of their forebears'.³⁴² Eine solche Formulierung geht jedoch am Dreh- und Angelpunkt der Ende der 80er Jahre geführten Diskussion um die ärztliche Schuldfrage vorbei. Daß die deutsche Ärzteschaft bzw. die Standesvertretung die Verbrechen einiger weniger medizinischer Einzeltäter anerkennt, stand diesbezüglich von je her außer Frage. Die öffentliche Kritik richtete sich vielmehr gegen den Versuch, die Schuld auf eine ärztliche Minderheit abzuladen, auf - um noch einmal Vilmar zu zitieren - einen „makabren Orden“. Die damalige Debatte wird jedoch mit

³⁴² Bull. Med. Eth. 1996

keinem Wort erwähnt. Entweder ignoriert der Kommentator diese bewußt, oder es handelt sich schlicht um Unkenntnis.

1998 beschäftigt sich Karl-Heinz Leven rückblickend mit dem Vilmar-Abel-Disput.³⁴³ Leven bewertet Hanauske-Abels Artikel als historisch solide. Dennoch kritisiert er dessen NS-Analogie: Hanauske-Abels Gleichsetzung von Katastrophen- mit NS-Medizin, von der Bedrohung der Erde durch Kernwaffen mit dem NS-Genozid, sei pauschal. Das „Dritte Reich“ werde hier „mit einem theoretisch denkbaren Unheil verglichen, ohne sich um irgendwelche Details zu kümmern.“ Aber auch die Reaktion Vilmars wird von Leven verurteilt: „Der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, [machte sich] des vergleichbaren Fehlers einer pauschalen Zurückweisung der Nazi-Analogie schuldig. Er verwies auf vermeintlich gelungene 'Vergangenheitsbewältigung' durch die deutsche Medizin und die 'Tatsachen', wonach die medizinischen Verbrechen von einem 'verbrecherischen Clan' von Ärzten begangen worden seien. Interessanterweise spielte in der folgenden weitausgreifenden Debatte die zunächst geäußerte Nazi-Analogie: 'Nuclear Holocaust' = 'Nazi-Holocaust' keine Rolle; heute ist sie praktisch vergessen.“³⁴⁴

Rückblickend auf die im *Deutschen Ärzteblatt* erschienene Artikelserie über „Medizin im Dritten Reich“ plädiert Kudlien für eine intensive Erforschung des ärztlichen Alltags; diesbezüglich stelle sich die Frage nach der tatsächlichen Akzeptanz der Rassenlehre unter damaligen Ärzten sowie deren Verhältnis zu den offiziell als „Untermenschen“ erklärten Patienten. Auch fehle bislang eine Untersuchung über die Rolle des „traditionellen Leitbildes“ bzw. der „Ideologie vom 'Unpolitisch'-Sein des Arztiums“. Die Gefährlichkeit eines solchen Leitbildes, so Kudlien, „ist nach allen geschichtlichen Erfahrungen heutzutage wirklich nicht mehr zu leugnen.“³⁴⁵ Implizit fordert Kudlien von den heutigen Medizinern - ähnlich, aber keineswegs so radikal wie Hanauske-Abel - politisch-kritisches Engagement oder zumindest politische Wachsamkeit.

Inwieweit die damaligen Ärzte das Leitbild oder die Ideologie vom „Unpolitisch-Sein“ tatsächlich verkörpert haben, ist unter Historikern umstritten. Der Medizinhistoriker Michael Hubenstorf stellt eine solche These in Frage.³⁴⁶ Diesbezüglich kritisiert Hubenstorf die Historiker Michael Kater und Sheila Weiss, die in ihren Büchern eine staatsgläubige und autoritätshörige

³⁴³ Leven 1998: 9-21

³⁴⁴ Ebd.: 16/17

³⁴⁵ Kudlien 1989 : B-875

³⁴⁶ Hubenstorf 1989

Kontinuitätslinie der deutschen Standespolitik für die brutalen Entwicklungen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik verantwortlich machen würden.³⁴⁷ Eine solche Darstellung erfasse jedoch nur einen Teil der Entwicklung, denn in der deutschen Ärzteschaft habe es vor und auch nach dem Ersten Weltkrieg eine „deutlich liberale standespolitische Linie“ gegeben. Von einer einheitlichen Standeskonzeption könne man also gar nicht sprechen. Laut Hubenstorf stellt sich allerdings die Frage, wie diese Tendenz aus dem Standesleben nach einem Hoch in der Gründungsphase der Weimarer Republik 1933 völlig verschwinden konnte. Als Erklärungsmodelle führt der Autor den geistigen Bruch ärztlicher Standespolitik, den der Erste Weltkrieg herbeigeführt habe, sowie die „Erhaltung liberaler Wirtschaftsprinzipien bei zunehmender Abschaffung liberaldemokratischer Wertevorstellungen [...] im Arzt-Patienten-Verhältnis“ an.³⁴⁸ Im „Dritten Reich“ habe der Arzt nicht mehr vorwiegend im Interesse seiner Patienten, sondern zum Wohl des „Volkskörpers“ agiert. Den „unpolitischen Arzt“ habe es jedoch nie gegeben. In der Spätphase der Weimarer Republik habe sich die Ärzteschaft in immer mehr Gruppen aufgesplittert und eine Vielzahl von Erneuerungsvorschlägen für Gesundheitswesen und Staat entwickelt. Diese Vorschläge hätten fast ausnahmslos die Schaffung einer staatlichen Gesundheitsbehörde empfohlen. Im Unterschied zum demokratischen Aufbruch von 1848 habe der Arzt jedoch nicht mehr als „die Speerspitze eines nach sozialen Umwälzungen strebenden revolutionären Bürgertums“ gegolten, sondern, so Hubenstorf, als „der von politischer Infragestellung durch konkurrierende Interessenansprüche befreite Fachmann, der - legitimiert durch eine noch zu erreichende Führerstellung und durch seine naturwissenschaftlich begründeten, auf Sozialdarwinismus und Rassenhygiene beruhenden Spezialkenntnisse - zu Entscheidungen im Sinne der Staatsführung berechtigt ist.“³⁴⁹

Eine Kritik am Leitbild des „unpolitischen Arztes“ schließt implizit eine Forderung nach mehr politisch-ärztlichem Engagement ein und stellt diesbezüglich auch die Frage nach der ärztlichen Kompetenz der Bewertung von gesellschaftspolitischen Entwicklungen. Darf oder muß der zeitgenössische Arzt gegen politische Entscheidungen, beispielsweise die von Hanauske-Abel angeführte nukleare Aufrüstung, einschreiten? Kann oder muß der Arzt zwischen beruflichen und privaten - und in diesem Sinne auch politischen - Überzeugungen trennen? Ab wann betreffen

³⁴⁷ Vgl.: Kater 1983; ders. 1985, 20: 677-701; 1987a, 244 : 311-331; 1987b, 59: 25-52; 1987c, 10: 31 - 56; sowie Weiss 1987: 12-17

³⁴⁸ Hubenstorf 1989: B-727

³⁴⁹ Ebd.: 730

oder gefährden politische Entscheidungen das ärztliche Standesethos, und wie wird dieses ärztliche Ethos definiert? Solch allgemeine Fragen zum ärztlichen Rollenverständnis beeinflussen - zumindest implizit - die Ethikdebatte und ihre diversen Konfliktthemen wie Pränataldiagnostik oder Humangenetik.

Dem Medizinhistoriker Toellner erscheint die Hypothese, daß sich der Nationalsozialismus aus dem Prozeß einer „Medikalisierung“ der Gesellschaft ableite, dessen Ursprünge und ideologischen Wurzeln bereits im 19. Jahrhundert zu finden seien, als zu einfach. Die heutige medizinhistorische Forschung müsse sich verstärkt auf den Kernbereich der Medizin konzentrieren.³⁵⁰ Hier spricht Toellner eine Ebene an, die auch schon Mitscherlich in seinem 1978 im SPIEGEL veröffentlichten Beitrag aufgreift: die Arzt-Patienten-Beziehung als Projektionsfläche gesellschaftlicher Entwicklungen und Einstellungen. Bei Mitscherlich steht diesbezüglich die Kritik einer „Versachlichung“ von Medizin im Vordergrund. Toellner plädiert dagegen erst einmal für intensivere Nachforschungen, um herauszufinden, ob der Arzt im „Dritten Reich“ tatsächlich als ein Instrument des Staates fungiert hat.

Auch der Medizinhistoriker Baader tritt für eine Untersuchung der „Realität des ärztlichen Alltags“ zur Zeit des „Dritten Reichs“ ein. Voraussetzung dafür sei - hier stimmt Baader mit von Engelhardt überein - die Differenzierung in „bloß[e] Ideologie und Standespolitik“. Die historische Forschung dürfe sich nicht nur auf die nationalsozialistische Ära beschränken, sondern müsse auch das 19. Jahrhundert beleuchten und versuchen, ein „kritisches Gesamtkonzept“ zu erstellen, um eine Überbewertung von Einzelbelegen über die angebliche Realität zu vermeiden.³⁵¹

Die Medizinhistorikerin Bleker und ihr Kollege Schmiedebach betonen zwar, daß die NS-Medizin Teil eines bereits vor 1933 existierenden, sich auf die Wissenschaft aufbauenden Weltbildes gewesen sei, doch sie ziehen keine Kontinuitätslinie bis in die heutige Zeit. Damit stehen sie ähnlich wie Toellner einem Kontinuitätsdenken eher skeptisch gegenüber. Diesbezüglich verweisen sie v.a. auf die Komplexität des damaligen historischen Umfeldes. Andererseits fordern sie jedoch, unser heutiges Verhalten und die gesellschaftlichen

³⁵⁰ Toellner 1989: 1621/1622

Einstellungen gegenüber kranken und schwachen Menschen kritisch auf potenzielle biologistische Züge zu überprüfen.

Einer gesetzlichen Verankerung oder Regelung ethischen Verhaltens stehen sie ablehnend gegenüber, da sich dann ein stetes Hinterfragen moralisch-ethischer Grundsätze erübrige. Diesbezüglich sehen sie auch die Gefahr, daß der Einsatz von Ethik-Kommissionen die bewusste Diskussion und aktive Auseinandersetzung mit ethischen Konfliktthemen auf eine kleine und spezialisierte Gruppe begrenzt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Behauptung Vilmars, es hätten sich nur 350 Ärzte unmittelbar an der nationalsozialistischen „Euthanasie“ beteiligt, quantitativ betrachtet nicht stimmen kann. Bedenkt man allein die hohe Zahl der Opfer, die Schmuhl und Faulstich recherchiert haben, so muß es eine weitaus größere Anzahl von Ärzten (und auch Pflegern) gegeben haben, die in das „Euthanasie-Geschehen“ involviert waren. Darunter fallen auch diejenigen, die an den Verlegungen geisteskranker Patienten aus den Universitätskliniken in die Vernichtungsanstalten beteiligt waren bzw. diese nicht verhindert haben.³⁵² Vilmar bezieht sich mit der Zahl 350 - wie bereits dargelegt - auf ein Zitat Mitscherlichs, unterschlägt jedoch dessen Hinweis auf die Existenz eines „Apparates“, der eine solche Entwicklung überhaupt ermöglicht habe. Laut Mitscherlich muß sich jeder einzelne fragen, inwieweit er selbst Teil dieses Apparates war. Die Schuldfrage wird somit nicht auf die aktive Teilnahme an „Euthanasie“-Aktionen reduziert, sondern hinterfragt bereits geistesgeschichtliche Strömungen und gesellschaftliche Einstellungen, - von denen sich auch der ärztliche Stand nicht freimachen kann.

In den heftigen Kontroversen, die immer wieder um den Vorwurf des standespolitischen Vertuschens und der ärztlichen Schuldverdrängung kreisten, wird jedoch eine Einsicht an den Rand gedrängt: Die „Schuld“ - wenn man es so formulieren kann - bestand auch und v.a. darin, daß viele Ärzte der Faszination einer biologisch inspirierten Deutung von Mensch und Gesellschaft ihrer Zeit erlegen sind. Stimmt diese These, dann wäre es die Aufgabe der Gegenwart, die Konzepte eines biologistischen Menschenbildes und einer sich verabsolutierenden Wissenschaft kritisch zu hinterfragen.

³⁵¹ Baader 1988: 72

4. Der bioethische Diskurs und der Fall Peter Singer

4.1 Bioethik als Teilgebiet der angewandten Ethik

Die Bioethik beschäftigt sich - als Teilbereich angewandter Ethik - nicht mit Grundsatzfragen, sondern widmet sich den Problemfeldern des heutigen Lebens auf der Suche nach umsetzbaren Lösungsstrategien: „Mit dem Begriff ‘Bioethik‘ bezeichnet man den Bereich der Ethik, der sich mit der richtigen Handlungsweise des Menschen gegenüber dem Lebendigen [...] beschäftigt.“³⁵³

Der Terminus „Bioethik“ wurde zu Beginn der 70er Jahre in den USA vom Krebsforscher Van Rensselaer Potter geprägt und anschließend vom Physiologen und Sozialmediziner Hellegers übernommen. In Europa setzte sich der Begriff mit der 1994 verabschiedeten Bioethik-Konvention auch in den öffentlichen Medien durch.

Der Brockhaus definiert die Bioethik 1996 folgendermaßen:

*Teilgebiet der angewandten Ethik, das sich mit sittlichen Fragen und Verhaltensweisen im Umgang mit Lebewesen und Natur, Mensch und Umwelt befaßt. In der B. werden gerechtfertigte und praktische Richtlinien im Umgang v.a. mit Tierversuchen, Arten- und Naturschutz gesucht und speziell auf den Menschen bezogen, Fragen zu Geburt, Leben und Tod im Hinblick auf neue Entwicklungen und Möglichkeiten der biologisch-medizin. Forschung und Therapie diskutiert [...] B. ist seit 1971 bes. in den USA ein eigener interdisziplinärer Lehr- und Forschungsbereich.*³⁵⁴

Bioethik umfasst somit einen Gegenstandsbereich der Ethik, nicht eine philosophische Strömung oder Schule. Dazu schreibt Ludwig Siep: „Dieses Mißverständnis hat sich in Deutschland

³⁵² dazu Roelcke 2000c

³⁵³ Siep 1998

³⁵⁴ Brockhaus - Die Enzyklopädie 3 Bd (BED-BROM), 20. Aufl., Leipzig - Mannheim: Brockhaus 1996 : 353

verbreitet, weil die Bioethik zuerst in den englischsprachigen Ländern entwickelt wurde und von der dortigen ethischen Tradition, dem Utilitarismus, besonders beeinflusst ist. Man kann aber ethische Überlegungen zum Umgang mit dem Lebendigen auch als Kantianer, Aristoteliker oder unabhängig von Traditionen und Schulen anstellen.³⁵⁵

Eine weitere Fehlinterpretation des Begriffes besteht darin, der Bioethik einen „Biologismus“ zu unterstellen. Der Biologismus glaubt, „richtige“ Verhaltensregeln bzw. moralische Gesetze, die das Handeln bestimmen sollen, auf Tatsachen oder Gesetze einer empirisch arbeitenden Naturwissenschaft, der Biologie, zurückführen zu können. Doch „der natürliche Ursprung von Verhaltensweisen einerseits und die Normen oder Wertungen eines bestimmten Handlungsbereiches andererseits sind zwei völlig verschiedene Gegenstände des Denkens.“³⁵⁶

³⁵⁵ Siep 1998: 17

³⁵⁶ Ebd.: 17

4.2 Peter Singers ethische Grundposition

Das von Siep angesprochene Missverständnis von Bioethik wird auch im Fall Peter Singer deutlich. Singers Hauptwerk 'Practical Ethics' (Cambridge 1979)³⁵⁷ enthält grundlegende Ansichten und Argumentationen des australischen Philosophen. Der Autor versteht sich als Vertreter eines konsequentialistischen Utilitarismus, der eine Handlung dann für moralisch gerechtfertigt hält, wenn sie ein Höchstmaß an Glück für alle Beteiligten erbringt. Die Wendung „für alle Beteiligten“ schließt ein, daß Moral nicht auf besondere Interessengruppen oder gar Einzelne beschränkt werden darf. Es geht also nicht darum, Lustgefühle einzelner Beteiligter zu fördern. In der Folge dieses Ansatzes fordert Singer beispielsweise, das Tötungsverbot für schwerstbehinderte Säuglinge aufzuheben und aktive Euthanasie für all die Betroffenen zu erlauben, die kein personales Leben mehr führen können. Ebenso neigt er dazu, die nicht-freiwillige Euthanasie zu gestatten: Ein empfindungsfähiges Leben habe lediglich ein Anrecht darauf, daß man seine Interessen wahre, d.h. die Zufügung von Leid vermeide. Singer lehnt den anthropozentrischen Grundsatz von der „Heiligkeit des menschlichen Lebens“³⁵⁸ strikt ab, bezeichnet diesen als Ausfluß eines „speziesistischen“ (d.h. auf die Spezies Mensch beschränkten) Denkens. Singers Argumentation stützt sich vielmehr auf die Unterscheidung von Mensch und Person: Nicht alle Wesen der Gattung Mensch, sondern nur „Personen“ kommt ein volles Lebensrecht zu. Eine Person - so Singer - wird durch eine Reihe von Kriterien definiert (u.a. Selbstbewußtsein, Bewußtheit, Empfindungsfähigkeit); nur wer diese Kriterien erfüllt (oder, wie z.B. gesunde Neugeborene, sehr wahrscheinlich erfüllen wird), ist Person und erhält volles Lebensrecht. Wer diese Kriterien nicht erfüllt, also „nur“ Mensch, aber nicht „Person“ ist, kann unter bestimmten Umständen getötet werden, um nicht unnötig eine Belastung anderer darzustellen.³⁵⁹

³⁵⁷ Singer 1984 / 1994 (dt. Übersetzung)

³⁵⁸ diesbezüglich sei auf Wittmann 1991: 265 ff verwiesen, der die Problematik der Übersetzung des Begriffes 'sanctity of human life' anspricht; dieser Ausdruck bezeichne bei Singer nicht die „Heiligkeit“ menschlichen Lebens, sondern die „Unverletzlichkeit“ und beinhalte somit einen sprachlichen Spielraum für die Frage nach den Grenzen des Lebensschutzes. Ähnlich problematisch verhalte es sich mit dem Ausdruck „a life not worth living“, welcher nicht mit „ein lebensunwertes Leben“, sondern mit „ein Leben, das zu leben nicht lohnt“ zu übersetzen sei, da nur im letzteren Fall die Perspektive des Betroffenen deutlich werde. Dennoch wenden sich Singer als auch Kuhse gegen die „Heiligkeit-des-Lebens Doktrin“ (vgl.: Kap. 2.2) und lehnen eine deontologisch geprägte Vorstellung vom immanenten Wert menschlichen Lebens ab.

³⁵⁹ Vgl.: Singer 1979, 1984 /1994

Peter Singer wurde 1946 in Melbourne geboren und studierte Philosophie und Geschichte an den Universitäten von Melbourne und Oxford. 1974 kehrte er nach Australien zurück und übernahm eine Dozentur für Philosophie an der La Trobe University. Ein Jahr später wechselte er als Professor an die philosophische Fakultät der Universität in Clayton (Victoria) und wurde dort 1987 Direktor des 'Centre for Human Bioethics'. Seit 1999 lehrt Singer in Princeton (New Jersey). Sein Hauptwerk „Praktische Ethik“ löste in Deutschland eine heftige Debatte über Euthanasie aus. Aufgrund der unten skizzierten Proteste von Behindertengruppen und anderen Interessenvertretungen mußte Singer in den 80er Jahren eine Reihe geplanter Vorträge an deutschen Universitäten absagen. Der Rowolth-Verlag geriet 1993 unter Rechtfertigungsdruck, als er Singers Werk „Muß dieses Kind am Leben bleiben?“ verlegen wollte. 1996 wurde Singer erstmals wieder zu einem Kongreß nach Heidelberg eingeladen, mußte aber erneut aufgrund von Protesten wieder abreisen. Inzwischen war Singer 1992 zum Gründungspräsidenten der 'International Association of Bioethics' gewählt worden; er ist außerdem Verfasser des Übersichtsartikels 'Ethics' in der Encyclopedia Britannica. Auch in Österreich, der Schweiz und schließlich in den USA - so z.B. bei seinem Amtsantritt als Professor in Princeton - stiessen Singers Thesen auf Protestaktionen.³⁶⁰

Die deutschen Protestaktionen gegen Peter Singer begannen anlässlich einer im Juni 1989 in Marburg stattfindenden internationalen Konferenz 'Bio-engineering, ethics and mental disability'. Der Veranstalter, die „Internationale Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung“, ludt den australischen Philosophen als Gastredner ein. Doch verschiedene Behinderteninitiativen, darunter die deutsche Vereinigung „Lebenshilfe“, eine Selbsthilfegruppe von Eltern geistig behinderter Kinder, organisierten in Zusammenarbeit mit der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ ein bundesweites Protestbündnis. Aufgrund des öffentlichen Druckes wurde Singer vom Kongreßveranstalter wieder ausgeladen.

Ähnliches widerfuhr ihm in Dortmund: Der Universitätsprofessor und Behindertenpädagoge Christoph Anstötz ludt Singer ein, vor Studenten des Fachbereiches Sondererziehung und Rehabilitation eine Rede zum Thema „Haben schwerstbehinderte Neugeborene ein Recht auf Leben?“ zu halten. Auch diese Veranstaltung mußte aufgrund heftiger Proteste abgesagt werden.

³⁶⁰ Vgl.: Munzinger-Archiv GmbH / Internationales Biographisches Archiv

In Saarbrücken, wo Singer auf Einladung des Philosophieprofessors Georg Meggle im Rahmen eines Pro-Seminars „Praktische Ethik“ sprechen sollte, versperrten ihm Protestierende den Einlass und störten seine Rede durch ein andauerndes Pfeifkonzert.³⁶¹

Im Rahmen der deutschen Protestaktionen gegen Singer kettete sich Franz Christoph, der Begründer der „Krüppelbewegung“, am 27. Juni 1989 mit seinem Rollstuhl an das Hamburger Verlagsgebäude der ZEIT. Sein Protest richtete sich gegen zwei ZEIT-Redakteure [Hans Schuh, Reinhard Merkel], die in verschiedenen Artikeln ihr Unverständnis gegenüber den Anti-Singer-Kampagnen geäußert hatten. Die ZEIT-Redaktion ludt Christoph schließlich zusammen mit den beiden Redakteuren zu einem gemeinsamen und später in der ZEIT veröffentlichten Interview ein. Darin wehrte sich Christoph gegen jeglichen Versuch, das Leben von Behinderten bewerten zu wollen: Die Frage nach dem Lebenswert behinderten Lebens schliesse implizit auch die Frage nach dem Lebensrecht von Behinderten ein.³⁶²

Das Magazin Der SPIEGEL druckte einen von Christoph verfassten Artikel „[K]ein Diskurs über 'lebensunwertes Leben'“.³⁶³ Darin heißt es u.a.: „Das geplante Symposium [in Marburg] wäre nicht weniger als der erneute Versuch, die Lebenswertigkeit von Behinderten in Frage zu stellen. [...] Denn makabrerweise ist das Konzept des Symposions in der Bundesgeschäftsstelle der 'Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte' ausgebrütet worden, dem größten Selbsthilfeverband von Eltern geistig behinderter Kinder.“ Der SPIEGEL unterstützt Christophs Empörung und attestiert den „neuen Ethikern“ [hiermit sind vermutlich alle Bioethiker gemeint, die Singers Thesen unterstützen; synonym verwendet der SPIEGEL auch den Begriff „Euthanasie-Philosophen“] einen „kollektiven Selbstbetrug“.³⁶⁴ Ein nicht- genannter Redakteur schreibt diesbezüglich: „So strikt sie [die „neuen Ethiker“] den Vorwurf zurückweisen, sie würden dem Aufleben alter Nazi-Ideologien Vorschub leisten, so ähnlich sind ihre Argumente denen der damaligen Propaganda gegen das 'lebensunwerte' Leben von Behinderten.“ Singer, so der Redakteur, vergleiche beispielsweise ein schwerstbehindertes Kind mit diversen Tieren, wie Hunden und Schweinen, denen er letztlich „höhere Fähigkeiten im Hinblick auf Verstand, Selbstbewußtsein, Kommunikation“ als den behinderten Kindern zuschreibe. Einen solchen

³⁶¹ Vgl.: Bull. Med. Eth. 1990; Singer 1990; ders. 1991. Vgl. hierzu ein nach dem abgebrochenen Vortrag geführtes Gespräch zwischen Peter Singer und Christoph Fehige sowie Georg Meggle in Hegselmann, Merkel 1991: 153-177

³⁶² Vgl.: Schuh 1989; Merkel 1989; Bräutigam, Thomsen 1989; sowie Die ZEIT 1989

³⁶³ Christoph 1989: 241

³⁶⁴ Der SPIEGEL 1989: 171-173

Vergleich habe damals schon das SS-Kampfblatt „Das Schwarze Korps“ gezogen: ‚Ein idiotisch geborenes Kind‘, hieß es da zur Vorbereitung des späteren Massenmordes in den Heilanstalten, ‚hat keinen Persönlichkeitswert. Das Bewußtsein seines Daseins geht ihm weniger auf als einem Tier.‘³⁶⁵

Die Gemeinsamkeit zwischen den damaligen und heutigen Euthanasie-Anhängern, so der SPIEGEL, bestehe darin, daß sie „den emotionalen Motiven ihres Dranges zur vermeintlich humanen Tötung leidender Menschen gar nicht nachgehen“ würden. Hier beruft sich der SPIEGEL auf den Psychiater und Historiker Klaus Dörner und dessen These, daß die Forderung nach Euthanasie vor allem dort entstehe, wo eine Gesellschaft nur noch nach maximaler Verbreitung von Leistung und Glück strebe.

Dörners ebenfalls im SPIEGEL abgedruckter Artikel „Wenn Mitleid tödlich wird - Die 100jährige Tradition des Euthanasie-Gedankens“³⁶⁶ weist darauf hin, daß sich hinter dem von heutigen Euthanasie-Verfechtern vielzitierten Mitleidsargument in Wahrheit ökonomische Bestrebungen verbergen würden. Wer, so Dörner, aufrichtig an das Mitleidsgefühl appelliere, der müsse letztlich auch erkennen, daß dieses Mitleid einem Selbstmitleid entstamme, „weil man das jeweilige Leiden unerträglich findet und es deshalb irgendwie weghaben [...] will.“ Ein solches Mitleid sei jedoch tödlich. Dörner schreibt: „Natürlich sind Singer, Merkel [ZEIT-Redakteur], Hackethal [Professor Dr. Julius Hackethal, Chirurg], Atrott [Hans Henning Atrott, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e.V.] und ihre Anhänger keine Nazis; aber sie folgen derselben seit 100 Jahren wirksamen Mentalität, der auch die 'modernen' Nazis gefolgt sind.“³⁶⁷

³⁶⁵ Ebd.: 173

³⁶⁶ Dörner 1989b

³⁶⁷ Ebd.: 176

4.3 Die europäische Bioethik-Konvention 1994

1979 entwickelte sich die Bioethik in den USA zu einem eigenen interdisziplinären Lehr- und Forschungsbereich, vertreten durch eine Reihe von Instituten. In das Bewußtsein der europäischen Öffentlichkeit trat der Begriff Bioethik erst deutlich später, nämlich durch die vom Europarat vorbereitete „Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“ (kurz: Bioethik-Konvention). Diese Konvention basiert auf der Erarbeitung allgemein verbindlicher Grundsätze in der Anwendung bestimmter Methoden im Umfeld der Medizin. Sie geht zurück auf Beschlüsse der europäischen Ministerkonferenz von 1985 in Wien und der europäischen Justizminister in Edinburgh, in deren Folge 1990 das ‘Ad-Hoc-Committee on Bioethics’ gebildet wurde, dessen Hauptaufgabe die Entwicklung gemeinsamer Standards zum Schutz der menschlichen Person im Kontext der Entwicklungen biomedizinischer Wissenschaften war. Die Konvention ist als Ergänzung der europäischen Menschenrechtcharta gedacht und soll wie diese völkerrechtlich bindende Wirkung haben. Als der Text des Erstentwurfes 1994 nach heftiger Kritik an der jahrelangen Ausarbeitungsprozedur hinter verschlossenen Türen öffentlich vorgestellt wurde, stieß er auf Widerstand bei kirchlichen Verbänden, Abgeordneten, politischen Initiativen und Behindertenorganisationen. Daraufhin konnte der SPD-Abgeordnete und Leiter der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, Robert Antretter, die für Anfang Oktober 1994 geplante Verabschiedung der Konvention blockieren. Die Erstfassung wurde jedoch nicht verworfen, sondern in einer wenig veränderten Fassung erneut auf die Tagesordnung gesetzt und mit großer Mehrheit verabschiedet. Die unterzeichnenden Staaten erlauben damit - unter bestimmten Rahmenbedingungen - eine medizinische Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen. 1995 debattierte der deutsche Bundestag erneut über die Konvention und lehnte diese mehrheitlich ab.

Ein 1994 veröffentlichter Artikel im Deutschen Ärzteblatt faßt die damaligen Hauptkritikpunkte zusammen³⁶⁸: Konsens bestehe bei allen europäischen Mitgliedsstaaten darüber, daß das Interesse des Menschen Vorrang vor dem Interesse von Gesellschaft und Wissenschaft besitze. Uneinigkeit herrsche vor allem bei der Regelung der Embryonenforschung; hier verweise man weitestgehend

³⁶⁸ Klinkhammer 1994

auf die jeweilige Länderregelung: So verbiete Deutschland bisher jegliche Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken. Im Artikel des Ärzteblattes heißt es: „Die Bundesregierung werde sich darum bemühen, daß gerade im Bereich der Embryonenforschung europaweit der Standard des deutschen Embryonen-Schutz-Gesetzes erreicht und gewahrt werden kann, teilt das Bundesjustizministerium [...] mit.“³⁶⁹

Ein weiteres gravierendes Problem - so das deutsche Ärzteblatt - beziehe sich auf den Artikel 6 der Bioethik-Konvention, der sich mit dem Schutz von „nichteinwilligungsfähigen Personen“ befasst. Medizinische Eingriffe dürften demnach grundsätzlich nur zum unmittelbaren Vorteil der betroffenen Person und unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften durchgeführt werden. Dieser Grundsatz werde jedoch wiederum relativiert im Fall von medizinischer Forschung, wenn für die betroffene Person das Risiko unerheblich und die Belastung geringfügig sei. Karl Lehmann, Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz, habe diesbezüglich auf die Gefahr des Mißbrauchs hingewiesen und sich folgendermaßen geäußert: „Wer eine qualitative Unterscheidung zwischen Nichtbehinderten und Behinderten trifft, verstößt gegen die Menschenwürde.“³⁷⁰ Friedel Rinn, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft *Hilfe für Behinderte*, habe gemahnt, daß man Menschen mit Behinderungen weder ideologisch noch praktisch zu Objekten degradieren dürfe. Ähnlich habe sich auch die Internationale Initiative gegen die geplante Bioethik-Konvention geäußert: „Wir verurteilen den unerhörten und verantwortungslosen Versuch der europäischen Regierungen, der Forschungsverbände und anderen Interessengruppen, geschäftsunfähige Behinderte zu Objekten zu degradieren und gleichzeitig die demokratische Zuständigkeit der nationalen Parlamente in Fragen der Grund- und Menschenrechte auszuhebeln.“³⁷¹ Schließlich sei Robert Antretter in einer Debatte der Parlamentarischen Versammlung in Straßburg auf den in Nürnberg 1947 entwickelten *informed consent* als das universell anerkannte Fundamentalprinzip eingegangen: „Wenn diese Tabuzone durch Sonderregelungen für behinderte Menschen durchbrochen wird und die Beachtung der Menschenwürde mit irgendwelchen Qualifikationen wie 'gesund' oder 'krank', 'wahrnehmungsfähig' oder 'entscheidungsfähig' verbunden wird, dann wird der Menschenrechtsschutz ausgerechnet für diejenigen ausgehebelt, die auf staatliche

³⁶⁹ Ebd.: A-2813

³⁷⁰ Ebd.: A-2813

³⁷¹ Ebd.: A-2814

Schutzgarantien am dringendsten angewiesen sind, nämlich Menschen, die körperlich und geistig behindert sind oder keine Willensbekundungen abgeben können.³⁷²

Der Philosophieprofessor Günther Patzig (Philosophisches Seminar der Georg-August-Universität, Göttingen) nimmt 1994 ebenfalls zu den deutschen Reaktionen zur Bioethik-Konvention Stellung.³⁷³ Die Rezeption der deutschen Öffentlichkeit sei undifferenziert und pauschal kritisch ausgefallen: „Vermutlich ohne gründliche Lektüre reagierten viele Journalisten und befragte Politiker im Sinne des schon traditionellen Betroffenheitskults fast ausschließlich auf die beiden 'Reizthemen': medizinische Intervention [...] an Menschen, in Grenzfällen auch ohne deren ausdrückliche Einwilligung, und die Zulassung von Experimenten mit menschlichen Embryonen bis zum Alter von 14 Tagen.“³⁷⁴ Patzig wehrt sich gegen die Anschuldigung, die Konvention wolle Kinder und geistig Behinderte schutzlos dem Zugriff therapiebesessener Ärzte und ehrgeiziger Forscher ausliefern und das Embryonenschutzgesetz wieder zur Disposition stellen. Hier, so argumentiert Patzig, müsse man den Artikel 6 schon genauer lesen: Dieser nenne lediglich bestimmte Ausnahmefälle von der grundsätzlich im Artikel 5 formulierten allgemeinen Bedingung des *informed consent*, um a) bei Kindern, psychiatrisch Kranken oder Personen ohne Fähigkeit zur vernünftigen Selbstbestimmung unter Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters eine notwendige therapeutische Maßnahme durchführen zu können, und um b) bei solchen Personen gering belastende und risikoarme Eingriffe zu Zwecken der Forschung auch ohne deren Zustimmung vornehmen zu können. Hier lasse sich natürlich Kritik anmelden - beispielsweise, daß die eigenen Interessen eine höchst persönliche Entscheidung bleiben müssten und nicht von gesetzlichen Vertretern für noch so einleuchtende Zwecke geopfert werden dürften. Solche, z.T. durchaus berechtigten Kritikpunkte könnten jedoch eine „pauschale Ablehnung“ der Bioethik-Konvention nicht rechtfertigen: „Bedenkt man, daß die Forderung nach 'informed consent' erst seit der Mitte unseres Jahrhunderts ernstlich erhoben wurde, und wie mühsam es war und ist, diese Forderung gegen paternalistische Auffassungen durchzusetzen, so wird man in den entsprechenden Vorschlägen der 'Draft Convention' [Bioethik-Konvention] einen willkommenen Schritt zur Befestigung dieses Grundsatzes sehen können.“³⁷⁵

³⁷² Ebd.: A-2814

³⁷³ Patzig 1994

³⁷⁴ Ebd.: 169

³⁷⁵ Ebd.: 170

Die Antworten der Kommission zur Erstellung eines Entwurfes für eine europäische Bioethik-Konvention auf die Fragen des Embryonenschutzes sowie des medizinischen Eingriffes an nichteinwilligungsfähigen Personen führte letztlich dazu, daß die Bioethik-Konvention von der Bundesrepublik Deutschland nicht unterschrieben wurde.³⁷⁶

³⁷⁶ dazu auch Patzig 1994

4.4 Deskription des bioethischen Diskurses und der Singer-Debatte 1990 –1994

In diesem Kapitel soll versucht werden, rückblickend die Debatte um die bioethischen Thesen Peter Singers im Zeitraum von 1990 bis 1994 nachzuzeichnen, d.h. von den ersten deutschen Protestaktionen gegen die Einladung Singers bis hin zur Verabschiedung der europäischen Bioethik-Konvention. Eine Analyse wird im darauffolgenden Kapitel folgen.

Die im September 1990 im *Bulletin of Medical Ethics* veröffentlichte Hintergrundanalyse der Ereignisse um den Bioethiker Peter Singer bezieht sich zum einen auf die Singerschen Thesen (insbesondere auf seine Forderung nach aktiver Euthanasie), zum anderen thematisiert dieser Artikel auch *die* Bioethik an sich.³⁷⁷

Neben den eigentlichen Initiatoren der Anti-Singer-Kampagnen, nämlich den Behindertenverbänden, nennt der Artikel eine Vielzahl anderer Protestgruppen: Linke, Anarchisten, Grüne, Anti-Atomkraft-Gegner, Gentechnologiegegner, Kirchenvertreter und Nationalisten, - alle würden die Bioethik als eine befremdliche, von den USA nach Europa importierte Geisteshaltung ablehnen. Diesen Protestlern stehe eine sehr schwache Opposition gegenüber, die sich für ein Auftreten Peter Singers einsetze und dies in erster Linie mit der Bewahrung der akademischen Redefreiheit in Deutschland begründe.

Der Autor des Artikels bietet ein Erklärungsmodell für die deutschen Proteste an. Darin unterscheidet er drei Gruppen von Bioethik-Gegnern, die die Diskussion der Singerschen Thesen (insbesondere seine Forderungen nach aktiver Euthanasie) mit dem Verweis auf die deutsche Geschichte ablehnen. Die einen seien der Auffassung, daß die „Euthanasie“ von den Nazis aufschrecklichste mißbraucht worden und folglich für alle Zeiten abzulehnen sei. Eine zweite Gruppe betone, daß Singers Thesen nicht eigentlich neu seien und in der Vergangenheit - mit Ausnahme des „Dritten Reiches“ - stets abgewiesen wurden. Die dritte Gruppe begründe ihre Diskussionsverweigerung damit, daß eine neuerliche Euthanasiedebatte das seit dem Nürnberger Ärzteprozeß ohnehin stark angegriffene Vertrauen in die deutschen Ärzte weiter beschädige.

Der Artikel steht den deutschen Protesten nicht eindeutig ablehnend gegenüber, sondern versucht sie vielmehr mit der deutschen Geschichte im „Dritten Reich“ zu erklären. In diesem

³⁷⁷ Bull. Med. Eth. 1990

Zusammenhang geht er auf die Rolle der Mediziner im Nationalsozialismus ein. Der Autor erwähnt die überdurchschnittlich hohen Mitgliedsraten von Ärzten in der NSDAP und anderen NS-Organisationen, von denen insbesondere die Mitglieder der SS (sieben Prozent aller deutschen Ärzte) als Elitegruppe großes Ansehen genossen hätten. 'They talked in pseudo-medical language of the body of the Volk - the German nation - and of the need to rid it of the non-Aryan bacilli that had invaded it.'³⁷⁸

Nach dem Krieg seien zahlreiche NS-Ärzte einer Verurteilung durch Deckung medizinischer Kollegen entgangen. Viele hätten weiterhin lehren und praktizieren können. Als Beispiele werden u.a. die Nachkriegskarrieren der Professoren Julius Hallervorden und Fritz Lenz genannt. Auch hier bezieht sich der Verfasser wieder, wie schon andere Autoren zuvor, auf die Prozeßdokumentation Mitscherlich/Mielkes und das angebliche Verschwinden von 10.000 Exemplaren, die für die deutschen Ärzte bestimmt waren. Damit wird die deutsche Standesvertretung erneut in ein zweifelhaftes Licht gerückt.³⁷⁹

Alles in allem, so der Autor, besitze das deutsche Mißtrauen gegenüber den eigenen Ärzten also berechtigte Gründe: 'So there remains ample reason for people in Germany to distrust the medical profession.'³⁸⁰ Dieses Mißtrauen könne jedoch nicht die alleinige Erklärung für die deutsche Protestwelle darstellen. Diesbezüglich bezieht sich der Autor auf die deutsche Diskussionsverweigerung: 'There is [...] in Germany a much stronger sense than in English-speaking countries that there are some subjects that cannot or ought not to be discussed.'³⁸¹

So würden beispielsweise viele Kirchenvertreter unter Verweis auf Faschismus und Rassismus die Thesen Singers radikal ablehnen: schon die alleinige Diskussion vermittele den Eindruck, daß solche Thesen - wenn schon diskutierbar - eventuell auch zu rechtfertigen seien. Der deutsche Protest gegen die Bioethik im allgemeinen basiere letztlich auch auf einer deutschen Technologiefeindlichkeit: Die amerikanische Bioethik verkörpere diesbezüglich eine größere Offenheit für die potenzielle Einführung medizintechnischer Neuheiten, beispielsweise der Embryonenforschung, die mit bisherigen ethischen Auffassungen in Deutschland kaum vereinbar seien.

³⁷⁸ Bull. Med. Eth. 1990: 21

³⁷⁹ Thomas Gerst beurteilt die These einer bewußten Vorenthaltung jedoch als äußerst unwahrscheinlich.

³⁸⁰ Bull. Med. Eth. 1990: 22

³⁸¹ Ebd.: 20

Singer selbst, so der Autor, befürchte, daß sich die deutschen Proteste auch auf andere Länder ausweiten könnten, da die Bioethik bisher als heilig eingestufte Werte in Frage stelle. Laut Autor bestehe die eigentliche Gefahr jedoch darin, daß die Bioethiker ihre philosophisch-analytische Ethik als einzig wahren Schlüssel zur Lösung heutiger Probleme betrachten könnten. Einer rein rationalen Ethik gelinge es jedoch nicht, den ganzen Menschen, also auch seine Natur und seine Emotionen zu berücksichtigen. 'The greatest value that could come from the present protests would be if it were to make bioethicists like Singer sit down to some creative thinking on how to move the subject away from a sterile rationality to a process that takes full account of human nature and emotions.'³⁸²

1990 nimmt Singer persönlich zu den Bioethikprotesten in Deutschland Stellung.³⁸³ Er zeigt sich besorgt um die akademische Redefreiheit in Deutschland. Er vermisse vor allem einen akademischen Widerstand, der sich angesichts der deutschen Intoleranz und Diskussionsverweigerung zweifellos hätte formieren müssen. Singer beklagt, daß er gar keine Möglichkeit bekommen habe, den Kritikern seine Positionen zu erläutern. Anstatt sich mit seinen Argumenten auseinanderzusetzen, habe man nach einem Abbruch der Diskussion verlangt. Hinter dieser Diskussionsverweigerung stecke vermutlich die Furcht, daß eine neuerliche Euthanasiedebatte in Deutschland den Respekt gegenüber menschlichem Leben schwächen und eine ähnliche Mentalität heraufbeschwören könnte, die bereits zur NS-Zeit geherrscht und die Durchführung menschenverachtender Verbrechen erst ermöglicht habe. Eine solche Mentalität, so Singer, werde jedoch gerade durch das ignorante Verhalten der deutschen Protestler gefördert, die in ihrem Fanatismus und ihrer Verachtung gegenüber Andersdenkenden jeden rationalen Diskurs verhindern würden: 'Perhaps what really was instrumental in preparing the Nazi path to genocide, and has not yet been eradicated in the modern Germany, is not the euthanasia movement at all, but the kind of fanatical certainty in one's own rectitude that refuses to listen to, or engage in rational debate with, anyone who harbours contrary views.'³⁸⁴ Hier dreht Singer die ihm zur Last gelegte NS-Analogie um, indem er nun seinerseits - ähnlich wie Helga Kuhse - die deutsche Diskussionsverweigerung mit dem totalitären NS-Regime in Verbindung bringt.

³⁸² Ebd.: 23

³⁸³ Singer 1990: 35

³⁸⁴ Ebd.: 42

Singer beklagt weiterhin, daß sich die Kritiker nur oberflächlich mit seinen Thesen auseinandergesetzt hätten: Mittels verkürzten und aus dem Zusammenhang gerissenen Zitaten würde man ihn immer wieder auf eine Stufe mit den Nationalsozialisten stellen. Als Beispiel bezieht sich Singer auf den bereits in der Einleitung erwähnten SPIEGEL-Artikel von Franz Christoph, dem Gründer der *Krüppelbewegung*.³⁸⁵

Singer wehrt sich jedoch gegen jegliche Nazi-Analogie: 'My suggestion that some lives might be so full of suffering as not to be worth living, from the perspective from the individual whose life it is, was always cast in the Nazi terminology 'lebensunwertes Leben', which in Nazi jargon conveyed the very different idea that some life was not 'worthy of living' because it was racially or genetically impure and thus unworthy to be part of the Aryan 'Volk'.³⁸⁶ Damit versucht Singer sich eindeutig von einer solchen Interpretation zu distanzieren und stellt klar, daß der Staat keinesfalls das Recht besitzen dürfe, über Leben und Tod zu urteilen. Er plädiere statt dessen lediglich dafür, daß Ärzte und Eltern gemeinsam über das Leben von schwerstbehinderten Kindern entscheiden und dabei sowohl das Interesse des Kindes als auch der Familie miteinbeziehen sollten. Auch müsse man beachten, daß die oftmals einzige Alternative zur aktiven Euthanasie, nämlich das Aufrechterhalten von Leben mit allen Mitteln, zumeist eine unverantwortliche Leidensverlängerung darstelle. Eine Entscheidung für oder gegen aktive Euthanasie richte sich, so Singer, in erster Linie nach der Lebensqualität eines Individuums. Und es gebe durchaus menschliches Leben, das aus dem Blickwinkel der Betroffenen als nicht mehr 'lebenswert' zu bezeichnen sei: 'Once such a decision has been taken, it might be kinder to take active steps to end lives quickly, rather than to allow an infant to die from dehydration, or from an infection.'³⁸⁷

Abschließend sorgt sich Singer um die Bioethik im allgemeinen: Protestaktionen wie in Deutschland könnten sich auch in anderen Ländern abspielen, da die Bioethik eine Vielzahl von bislang als sakrosankt eingestuften Werten in Frage stelle. 'Often these doctrines are closely connected with religious beliefs, and we did not need Khomeini to remind us that religious

³⁸⁵ Christoph 1989. Die SPIEGEL-Redaktion hatte dem Artikel Christophs Fotografien von „Euthanasie“-Transporten und dem „Euthanasie“-Erlaß Hitlers beigelegt.

³⁸⁶ Singer 1990: 35; dieses Zitat belegt Singers mangelnden historischen Kenntnisse: Er ignoriert die Tatsache, daß bereits Binding und Hoche sowie spätere Befürworter und Praktiker der „Euthanasie“ sich nicht nur auf rassistisch-eugenische Beweggründe beriefen, sondern ihre Haltung vielmehr anhand von ökonomischen Argumenten zu rechtfertigen wußten.

³⁸⁷ Ebd.: 37

fundamentalism is often intolerant of free speech.³⁸⁸ Deshalb sei es nötig, stärker als bisher für einen freien und rationalen Diskurs kontroverser Ideen einzustehen.

In seinem Bioethics-Artikel äußert sich Singer jedoch nicht zu dem Vorwurf, sein Menschenbild sei reduktionistisch und führe zu Handlungskonzepten, die unverantwortlich seien. Damit geht Singer einer Diskussion um die vielfältigen Auslegungsmöglichkeiten des Personenbegriffes aus dem Weg.

Eine christliche Auslegung dieses Personenbegriffes steht im Mittelpunkt der Ausführungen des evangelischen Theologen Ulrich Eibachs, der sich 1990 in der Zeitschrift *Arzt und Christ* zu den Thesen Singers äußert.³⁸⁹ Eibach verurteilt eine „Glorifizierung des gesunden und leistungsfähigen Lebens“³⁹⁰ und versucht, dem Leser ein theologisches Verständnis von Menschenwürde und Personalität zu vermitteln. Er betont, daß es dem Christentum nicht möglich sei, von einer „innerweltlichen Sinnlosigkeit von Leiden und Behinderung auf die Sinnlosigkeit und damit Wertlosigkeit des Lebens zu schließen, das Gott gewollt und zu seinem Ebenbild [...] bestimmt hat.“ Menschenwürde wird hier von Eibach als eine unverlierbare, empirisch nicht beweisbare Gabe Gottes verstanden: der Mensch wird durch die Zuwendung Gottes als Person konstituiert: „Person wird und ist der Mensch ohne sein Zutun allein durch Gottes Handeln.“³⁹¹ Diese Deutung Eibachs widerspricht diametral den Thesen Singers, der das Personsein des Menschen von empirisch nachweisbaren Qualitäten - wie z.B. Vorstellungskraft, Wünsche oder Zeitbewußtsein - abhängig macht. Laut Singer gibt es lebensunwertes Leben, das nur noch durch Leid und Schmerz geprägt wird, dem jegliches Personsein im Sinne von Bewußtsein fehlt.

Eibach räumt ein, daß sich die kirchlichen Vertreter des 20. Jahrhunderts bei ihrem Entwurf eines Menschenbildes im Sinne einer idealistischen Philosophie auf die geistigen Fähigkeiten des Menschen konzentriert hätten, auf den Menschen, „der sich mittels der Vernunft in Freiheit selbst als Persönlichkeit verwirklicht [...] ; denn man sah die Gottesebenbildlichkeit des Menschen darin gegeben, daß er sich in seinen geistigen und sittlichen Fähigkeiten von seiner Natur, also seiner

³⁸⁸ Ebd.: 43/44

³⁸⁹ Eibach 1990

³⁹⁰ Ebd.: 79

³⁹¹ Ebd.: 80/81

leiblichen Verfaßtheit, unterscheiden und sie beherrschen kann.“³⁹² Dieser Ansatz habe dahin geführt, daß die Kirche sich in völlig unzureichender Weise mit dem aufkommenden Sozialdarwinismus auseinandergesetzt habe.

Singer, so Eibach, vertrete im Grunde das Menschenbild der idealistischen Philosophie, nach der die Würde des Menschen von seinen geistigen Fähigkeiten abhängt. Menschenwürde werde von Singer nicht als ein transzendenter, sondern als „ein empirisch aufzeigbarer Tatbestand“, als abstufbar und messbar verstanden. So gesehen lasse sich dann auch die Tötung von Kindern und Erwachsenen ethisch rechtfertigen, sowie die „vorgeburtliche Euthanasie von behinderten Föten.“³⁹³ Der gläubige Christ könne nicht „die Grenzen des Menschseins 'nach unten hin' bestimmen.“³⁹⁴ Eine Verneinung des transzendenten Lebenswertes rechtfertige letztlich auch die Vernichtung bestimmter Menschen. Diesbezüglich zitiert Eibach Viktor von Weizsäcker, der im Zusammenhang mit der NS-Medizin warnte: „Wenn der Arzt nur einen Wert des diesseitigen, zeitlichen Lebens annimmt, ohne Rücksicht auf einen ewigen Wert, dann kann in der Tat dieses zeitliche Leben auch an sich so unwert sein, daß es Vernichtung verdient. [...] Man kann dies auch so ausdrücken, daß eine Definition des Lebens, welche seinen Sinn, Zweck oder Wert nicht transzendent versteht, keinen inneren Schutz gegen den Begriff unwerten Lebens im biologischen Sinn besitzt.“³⁹⁵

Eibach bringt so Singers bioethische Thesen mit der „Lebenswertideologie“ der Nationalsozialisten in Verbindung. Dabei bezieht sich Eibach nicht nur auf das „Dritte Reich“, sondern auch auf die sozialdarwinistischen Theorien der Jahrhundertwende, die als ideologische Wegbereiter die spätere Umsetzung der nationalsozialistischen Vernichtungsprogramme erst ermöglicht hätten. Das „soziale Nützlichkeitsdenken“ der Nationalsozialisten sei, so Eibach, schrittweise in die Praxis umgesetzt worden: Zuerst habe man den körperlich und geistig Schwachen das Fortpflanzungsrecht, später dann das Lebensrecht abgesprochen. Nach Eibach stellt nur die transzendent abgeleitete Menschenwürde eine letzte Barriere dar, die vor einem Dambruch im Sinne eines moralischen Abgleitens schützen kann. Eine Reduktion des Menschenbildes, wie sie Singer anstrebe, könne zu ähnlich lebensverachtenden Zuständen wie im

³⁹² Ebd: 79

³⁹³ Ebd.: 88

³⁹⁴ Ebd.: 89

³⁹⁵ Ebd.: 90; vgl.: von Weizsäcker 1947: 15

„Dritten Reich“ führen.

In dem selben Jahrgang der Zeitschrift „Arzt und Christ“ äußert sich 1990 Ludger Honnefelder, Leiter des Bonner Institutes für Wissenschaft und Ethik (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, *drze* Bonn) zu Fragen der Bioethik. Er geht nicht von einer Verankerung ethischer Handlungsprinzipien in einem religiösen Glaubensfundament aus, sondern wirbt angesichts der „Differenzierung der Gesellschaft“ und der „Säkularisierung und Pluralisierung ihrer Ethosformen“ für eine Ethik mittlerer Prinzipien, eine in den USA entwickelte Form der Bioethik, die eine Variante des Utilitarismus darstellt.³⁹⁶

Die medizinische Ethik, so Honnefelder, werde sowohl durch die Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse und Handlungsmöglichkeiten als auch durch die Umwälzung ethischer Handlungsmuster ständig neu geprägt. Angesichts von Gentechnik und Genomanalyse habe sich unser Bild vom menschlichen Leben erheblich verändert. Der immense wissenschaftliche Fortschritt Sorge für eine zunehmende „Unsicherheit im wissenschaftstheoretischen Selbstverständnis der Medizin“.³⁹⁷ Hier bezieht sich Honnefelder auf die Zwitterposition der Medizin, die nicht wie die Naturwissenschaften unter einem reinen Erkenntnisapriori, sondern auch unter einem Handlungsapriori stehe, demnach also spezifischen moralischen Aspekten unterliege. Die ursprüngliche Arzt-Patienten-Beziehung habe sich infolge ärztlicher Spezialisierung aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts stark gewandelt. Die ehemals beschworene Unteilbarkeit ärztlicher Verantwortung erweise sich zunehmend als ein Problem, das durch ökonomische Zweckrationalität und die spezifischen Institutionalisierungsformen von Medizin noch verschärft werde.

In der modernen Gesellschaft könne eine Handlungseffizienz nur nach den „Regeln der optimalen Mittelwahl“ erreicht werden. Dies setze jedoch die Bereitschaft voraus, von einer absoluten, einzig wahren Ethik und deren religiöser Verankerung abzurücken.

Angesichts dieser Umbrüche habe die USA Mitte der 70er Jahre die „angewandte Ethik“ entwickelt, die sich nicht auf letzte oberste Prinzipien berufe, sondern eine Anwendung allgemein ethischer handlungsleitender Prinzipien verkörpere. Synonym verwende man diesbezüglich auch

³⁹⁶ Honnefelder 1990

³⁹⁷ Ebd.: 68/69

den Begriff der Bioethik, um der biologischen und medizinischen Forschung als Anwendungsgebiet Rechnung zu tragen. Auf dem Gebiet der biomedizinischen Forschung habe man mehrere grundlegende ethische Prinzipien zum Schutz von Versuchspersonen festgelegt: die Achtung der Würde der Person (respect for persons), die Achtung der Selbstbestimmung (autonomy), die Fürsorgepflicht (beneficence) im Sinne einer Schadensvermeidung und die Gerechtigkeit (justice), nach der jedermann gleich zu behandeln ist.³⁹⁸ Bei der Aufstellung dieser Prinzipien habe man sich am Hippokratischen Eid und dem Nürnberger Kodex orientiert. Der Vorteil dieser „mittleren Prinzipien“ bestehe v.a. darin, daß sie von „Anhängern unterschiedlicher Ethosentwürfe“ und Religionen akzeptiert werden könnten und „auf Handlungsfelder appliziert werden können, für die es aufgrund ihrer Neuartigkeit noch gar keine [...] ethischen Handlungspositionen geben kann.“³⁹⁹

Laut Honnefelder tue sich die Bioethik in Deutschland aus vielerlei Gründen schwer: Die nationalsozialistische Vergangenheit habe zu einer Blockade von medizinethischen Debatten geführt. Während die nordamerikanischen Medical Schools die Medizin in erster Linie als eine „Kunst“ [als eine unter dem Handlungsapriori stehenden Wissenschaft] verstehen würden, herrsche in Deutschland immer noch das Selbstverständnis von Medizin als angewandte Naturwissenschaft samt einer damit verbundenen Wissenschaftsgläubigkeit vor.

Die Schaffung „mittlerer Prinzipien“ müsse sich jedoch am praktischen Verständnis von Medizin, und demnach an der Arzt-Patienten-Beziehung und ihrer impliziten Zwecksetzung orientieren. „Schadensvermeidung, Fürsorgepflicht und gerechte Behandlung können als die Regeln verstanden werden, in denen sich für das ärztliche Handeln der oberste für alles Handeln verbindliche praktische Grundsatz entfaltet, daß das als gut Erkannte auch zu tun und das als böse Beurteilte zu lassen ist.“⁴⁰⁰

1990 kritisiert auch Traugott Koch, Professor für Systematische Theologie an der Universität Hamburg, Singers „Praktische Ethik“. Er wirft Singer ein willkürliches Verfahren vor, wenn

³⁹⁸ Hier bezieht sich Honnefelder auf: The Belmont Report, OPRR Reports 1979

³⁹⁹ Honnefelder 1990: 73

⁴⁰⁰ Ebd.: 75

dieser anhand einer Checkliste das Lebensrecht bestimmter Menschen in Frage stelle.⁴⁰¹ Koch fordert dagegen die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens und ein prinzipielles Tötungsverbot. Ähnlich wie Eibach verknüpft er mit dem Begriff der Menschenwürde ein fundamentales Lebensrecht: „Weder dieses Lebensrecht noch diese Würde sind ein Produkt der Gesellschaft, das sie zu verleihen hätte oder etwa [...] entziehen könnte.“⁴⁰² Singer berufe sich jedoch auf eine „Liste mit Indikatoren des Menschseins“ in Anlehnung an den protestantischen US-Theologen Joseph Fletcher. Diese Checkliste umfasse „Selbstbewußtsein, Selbstkontrolle, Sinn für Zukunft, Sinn für Vergangenheit, die Fähigkeit, mit anderen Beziehungen zu knüpfen, sich um andere zu kümmern, Kommunikation und Neugier.“⁴⁰³

Koch stellt die Frage: „Warum kommt [in dieser Liste] nicht auch, oder vor allem, Arbeits- und Genußfähigkeit vor? [...] Kommt das in dieser 'Indikatoren'-Liste vielleicht darum nicht vor, weil Singer selber referiert, daß Arbeitsfähigkeit *das* Kriterium war, nach dem die Nazi- Euthanasie die Selektion vornahm? Man sieht, wenn man sehen will, reine Willkür ist eine solche Liste. Immer ist eine solche Liste objektiver Feststellbarkeit, nach der jemand Person ist oder dies ihm abgesprochen wird, reine Willkür.“⁴⁰⁴

Die englische Soziologin Priscilla Alderson (Community Paediatric Research Unit, Westminster Children's Hospital, London) blickt in ihrem Beitrag 'Abstract bioethics ignores human emotions'⁴⁰⁵ auf die Geschichte der Bioethik zurück und kritisiert sie aus der Tradition des angloamerikanischen Pragmatismus als zu abstrakt und rationalistisch. Die Bioethik sei eine recht junge und moderne Wissenschaft, die auf eine äußerst kurze Vergangenheit zurückblicke. Der Holocaust samt seiner medizinischen Metapher von der „Reinigung des Volkskörpers“ sei zu großen Teilen auch von Ärzten organisiert worden. Diese Erkenntnis habe zu der Entwicklung einer multiprofessionellen Bioethik beigetragen: 'Medical decisions were vividly shown to involve moral, economic, political, legal and psychological issues. This clear revelation led the

⁴⁰¹ Koch 1990

⁴⁰² Ebd.: 121

⁴⁰³ Ebd.: 126; vgl.: Singer 1984 / 1994: 104

⁴⁰⁴ Koch 1990: 127; vgl.: Singer 1984 / 1994: 212

⁴⁰⁵ Alderson 1991

way for other professions, particularly law and moral philosophy, to become more involved in evaluating medicine, and so bioethics developed as an academic discipline."⁴⁰⁶

Nachfolgend beschreibt Alderson insgesamt drei wissenschaftliche Rahmenkonzepte der Bioethik: Deontologie, Utilitarismus und Rechtstheorie. Die Deontologie beschreibe grundsätzliche Pflichten, die in den allgemeinen Prinzipien des Nichtschadens, der Gerechtigkeit und des Respekts zum Ausdruck kommen. Sie werde stark von der Arbeit Kants beeinflusst. Der Utilitarismus versuche, Glück gegen Leid abzuwägen. Ein an wenigen Personen durchgeführter, schädlicher medizinischer Eingriff könne beispielsweise dann gerechtfertigt werden, wenn er letztendlich vielen Menschen Nutzen bringe. Problematisch sei es allerdings, eine klare Definition von Glück zu finden. Die Rechtstheorie gründe sich auf den „schon immer“ postulierten Rechten von Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit. Im Gegensatz zur Deontologie, in der die zu befolgenden Pflichten zumeist durch eine dominierende Gruppe festgelegt werde, setze sich die Rechtstheorie vor allem für die Belange unterdrückter Minderheiten ein. Aber auch Rechte, so Alderson, könnten inkonsistent ausgelegt werden. Zum Beispiel wenn einmal das Recht des Neugeborenen auf Behandlung, zum anderen jedoch sein Recht auf Abbruch lebensverlängernder Therapie betont werde. Keines dieser Konzepte besitze jedoch Anspruch auf Universalität. Alderson fordert eine Medizinethik, in deren Mittelpunkt der ganzheitliche Mensch stehe. Respekt der Menschenwürde schließe Respekt und Anerkennung der menschlichen Emotionen ein. Diesbezüglich kritisiert die Autorin das Kantsche Denken, das - losgelöst von jeglichen Gefühlen - die Kindererziehung dreier Jahrhunderte dahingehend beeinflusst habe, den Willen der Kinder zu brechen und sie zum absoluten Gehorsam zu erziehen. Ein solches Denken habe die Nationalsozialisten darin bestärkt, ihren Opfern jegliches Recht auf Personsein abzuspochen: "This morality nurtured Nazi precepts of respecting persons by defining those they tormented as nonpersons."⁴⁰⁷ Denying vulnerable feeling in oneself and others denies the hope of compassion and lays the groundwork for an evil morality.⁴⁰⁸

Alderson weist darauf hin, daß in der bioethischen Diskussion eine Trennung von Theorie und Praxis stattfindet. Das wissenschaftliche Bestreben, objektiv und unparteiisch zu entscheiden, lasse sich jedoch im praktischen Alltag nicht verwirklichen: 'Bioethicists' claim to be impartial

⁴⁰⁶ Ebd.: 14

⁴⁰⁷ Hier bezieht sich Alderson auf McIntyre 1985: 35

⁴⁰⁸ Alderson 1991: 16

cannot apply in medical dilemmas when interests conflict and a neutral stand is impossible.⁴⁰⁹

Eine Bioethik, die die Vielfalt menschlicher Moralvorstellungen in Kategorien zusammenpferche, die allgemeingültige Prinzipien konstruiere und eine insgesamt kühle und unpersönliche Sprache benutze, sei reduktionistisch und lebensverachtend.

Laut Alderson könnten bioethische Theorien und analytische Fähigkeiten dann nützlich sein, wenn sie mit medizinischen Erfahrungswerten, den Bedürfnissen der Patienten und den Erkenntnissen der Sozialwissenschaften kombiniert würden. Eltern und Ärzten helfe es dagegen wenig, wenn in der philosophischen Debatte beispielsweise beschlossen würde, daß schwerstbehinderte Neugeborene keinen Personenstatus beanspruchen könnten und folglich kein Recht auf Behandlung hätten. Die Situation des Kindes, der Familie, des Arztes gestalte sich derart komplex, daß eine Lösung nur von diesen Betroffenen zusammen erarbeitet werden könne. Lösungsversuche würden jedoch ein kontextuelles Denken erfordern. Alderson fordert mehr Bodenständigkeit von den Bioethikern, die sich ihrer Meinung nach stärker um eine echte Zusammenarbeit mit den Betroffenen kümmern sollten, anstatt als elitäre Gruppe über diese oder im Namen dieser zu sprechen.

Die bisher vorgestellten Aufsätze stammen fast alle aus dem Jahr 1990, sie stehen also zeitlich in unmittelbarer Nähe der deutschen Anti-Singer-Protestbewegung des Vorjahres. Im folgenden werde ich drei Abhandlungen referieren, die in dem Zeitraum von 1992 bis 1994 veröffentlicht wurden. Sie versuchen aus einer zeitlichen Distanz heraus eine „argumentative Auseinandersetzung mit den Thesen Singers zur Euthanasiethematik“⁴¹⁰ zu führen und die Diskussion auf allgemeine Fragen der Bioethik auszuweiten.

Reinhard Löw äußert sich 1992 in der Zeitschrift „Arzt und Christ“ zu philosophisch-anthropologischen Aspekten der Behindertenproblematik. Eine utilitaristische Ethik, wie sie nach Meinung Löws der Bioethiker Singer vertritt, könne „nie unbedingt gebieten oder verbieten, weil eine Kasuistik immer so ausgedacht werden kann, daß es besser ist, gegen ein sogenanntes unbedingtes Gebot zu verstoßen.“⁴¹¹ Somit könne auch die Tötung Behinderter nicht verboten

⁴⁰⁹ Ebd.: 17

⁴¹⁰ Vgl.: Schultheiss 1994

⁴¹¹ Löw 1992: 291

werden, teilweise jedoch sogar geboten sein. Löw stellt diesbezüglich die Frage nach der Entscheidungskompetenz über „das Menschsein anderer Menschen“. Die Naturwissenschaft, so Löw, könne „von sich aus niemals feststellen, was sein soll“; sie stelle lediglich fest, was ist: „Deswegen sind auch alle naturwissenschaftlichen Herleitungen für die sogenannte Erbgesundheit und die daraus gefolgerte Rassenhygiene und Euthanasie nicht nur pseudowissenschaftliche Ideologie ('pseudo' ganz im griechischen Sinne der bewußten Lüge), sie sind auch elementare naturalistische Fehlschlüsse.“⁴¹² Heutige Anhänger des Evolutionismus würden analog argumentieren, wenn sie forderten, daß sich die Ethik an der Evolution zu orientieren habe. „Man hat wohl vergessen, daß die Kehrseite dieser beliebten Theorie in der bedauerlichen Feststellung besteht, daß die Evolution auf ihrem Siegeszug die 'Unangepaßten', Schwachen, Kranken am Wegesrand liegen läßt, und, ins Gesellschaftspolitische gewendet, im Plädoyer für Sozialdarwinismus und Imperialismus endet.“⁴¹³ Somit könne ein Mediziner, der sich „*nur* als spezialisierter Naturwissenschaftler sieht“, keine Kriterien für gesund und krank, lebenswert oder lebensunwert festlegen. Löw schreibt: „Wann immer Naturwissenschaftler und Ärzte sich dennoch auf Kriterien und Kompetenz berufen und Empfehlungen abgeben, tun sie dies als Menschen, die zwar einer hochspezialisierten Handlungsweise namens Naturwissenschaft oder Medizin nachgehen, von daher aber um kein Gran kompetenter sind als andere Menschen.“⁴¹⁴

Singer und andere Bioethiker, so Löw, plädierten mittlerweile „im Falle von Behinderungen (mit Einschränkungen) für die Kindstötung nach der Geburt“. Löw hält die Kriterien der Bewertung ungeborenen Menschenlebens, die sich auch mühelos auf Säuglinge übertragen lassen würden, für interessengeleitet und „klug ausgetüfelt“. Daher fordert er, das Menschsein von solchen Kriterien loszulösen und „an das einzig zweifelsfreie Argument zu knüpfen, das das Menschsein eines Menschen begründet: an seine biologische Zugehörigkeit zur Gattung.“⁴¹⁵

Löw vertritt hier eine von Singer als „Speziesismus“ kritisierte Haltung, die das unantastbare Lebensrecht eines jeden Menschen an seine Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung bindet. Singer selbst, so Löw, erkenne nicht, daß er seine Kriterien über den Lebenswert eines Menschen

⁴¹² Ebd.: 293

⁴¹³ Ebd.: 293

⁴¹⁴ Ebd.: 293

⁴¹⁵ Ebd.: 294

„mit dem Recht des Stärkeren“ treffe, „das leider 'kein Recht', sondern ein blanker Zynismus ist.“⁴¹⁶ Für Löw ist die Menschenwürde inkommensurabel. In Anlehnung an Immanuel Kant müsse man Wert und Würde unterscheiden: Werte seien im Gegensatz zur Würde vergleichbar und diskutierbar. „Die *Würde* des Menschen als *Wertträger* [aber] ist jene Eigenschaft des Menschen, aufgrund derer er aus jeder abwägenden Berechnung ausscheidet, weil er selbst Subjekt und Maßstab der Berechnung ist.“⁴¹⁷ Löw schreibt: „Denn wenn man es erst einmal beim Verhältnis von Wert und Würde soweit kommen läßt, daß man ein Korrelat, einen Preis für die Würde zu errechnen sucht, dann ist es mit der Humanität schon vorbei.“ Hinter dem heutigen Argument, „man wolle behinderten Menschen ihr schweres Leben nicht zumuten“, stehe oftmals die Haltung, daß man solches Leben sich selbst oder der Gesellschaft nicht zumuten wolle, „aus ökonomischen Gründen die Brutaleren, aus ästhetischen Gründen die Feinsinnigen, aus 'rassenhygienischen' die Ewig-Gestrigen.“⁴¹⁸ Schon die Nationalsozialisten, so Löw, hätten den Nutzen dieser Argumentationsfigur erkannt und mittels Extrembeispielen für die „Euthanasie“ geworben: „So ist auch heute, von Singer bis Hackethal, immer von Fällen allerschwerster Behinderung [...], Erlösung für den Patienten [...] die Rede, also von wirklich extremen Fällen. Daß es diese gibt, ist unbezweifelbar. Aber schon Aristoteles wußte, daß man aus solchen Extremfällen keine moralischen Regeln ableiten kann, sondern daß sie nur im Einzelfall beurteilt werden können.“⁴¹⁹

Bezogen auf die Debatte um die Sterbehilfe verdeutlicht Löw: „Was unter Abwägung aller Umstände das Richtige sein kann, nämlich ein schreckliches Leiden abzukürzen (aber auch da nur im Sinne der 'passiven Sterbehilfe', des 'Loslassens' in Schmerzfreiheit), ist, zum Normalfall erhoben, die Forderung, daß jeder, der Leiden hat, die Bühne [...] möglichst bald freigeben soll.“ Eine Abstufung und Kategorisierung von Menschenwürde bedeute jedoch die Aufhebung der Humanität: „Es ist dann aufrichtiger, gleich wie Joseph Goebbels zu sagen: 'Wenn ich das Wort 'Humanität' höre, entsichere ich meinen Revolver.“⁴²⁰

Auch im Umgang mit behinderten Mitmenschen plädiert Löw für eine stärkere Gleichberechtigung. Die Behauptung, daß Erfüllungs- und Glücksmöglichkeiten in Fällen

⁴¹⁶ Ebd.: 295

⁴¹⁷ Ebd.: 296

⁴¹⁸ Ebd.: 297

⁴¹⁹ Ebd.: 297/298

⁴²⁰ Ebd.: 298

bestimmter Behinderungen für die Betroffenen nicht gegeben sind [wie sie Singer beispielsweise aufstellt], sei nicht haltbar: „Müßte man nicht sagen: *Weil* wir es nicht sicher wissen können, haben wir davon auszugehen, daß diese Möglichkeiten *doch* da sind? [...] Vom Schreibtisch aus über Behinderung nachzudenken und rigorose eugenische Vorschläge zu machen, ist nicht nur der falsche Weg, es ist ein tödliches Beispiel der Inhumanität.“⁴²¹

Abschließend geht Löw auf den Vorwurf Singers ein, in Deutschland weigere man sich, bestimmte Thesen überhaupt zu diskutieren und gefährde somit demokratische Grundrechte. Laut Löw beruhe die Humanität einer Gesellschaft jedoch auch darauf, bestimmte Dinge nicht öffentlich zu diskutieren, als Zeichen einer vernünftigen Selbstbeschränkung. Löw stellt die rhetorische Gegenfrage: „Wie hätte sich wohl die ZEIT verhalten, wenn die Republikaner gefordert hätten, über die Menschenrechte von Juden oder Türken zu diskutieren, oder über die spezifische Tötung von Asylantenkindern?“⁴²²

Löw appelliert an seine Leser, praktische Erfahrung in der Begegnung mit Behinderten zu sammeln, um Solidarität, Zuneigung und Menschenliebe wirklich begreifen zu können. Diesbezüglich beruft er sich auf die Erfahrungsberichte von Pflegern, die die Pilgerzüge Kranker und Behinderter begleiteten. Löws ironische Abschlußbemerkung lautet: „Wer jene Art von atheistischer Humanität vertritt, die sich in diesem Zusammenhang zu 'Denken, Schreiben, Töten' äußert, muß unbedingt darauf achten, solche Erfahrungen zu vermeiden.“⁴²³

Anton Leist (Philosophisches Seminar Universität Zürich) richtet seine Aufmerksamkeit auf die Zeit nach den Singer-Protesten und versucht auf die Grundproblematik hinzuweisen, die hinter dem Streit um bioethische Fragen steht; dabei plädiert er für eine Intensivierung der bioethischen Forschung in Deutschland. Er stellt fest, daß es auch in Deutschland bioethische Forschung gebe, diese jedoch hinter halb verschlossenen Türen stattfinde.⁴²⁴

Leist kritisiert eine in Deutschland vorherrschende christlich-konservative Tradition, die die Auseinandersetzung mit bioethischen Themen erschwere. Zwar seien die deutschen Proteste

⁴²¹ Ebd.: 298/299

⁴²² Ebd.: 299

⁴²³ Ebd.: 300

⁴²⁴ Leist 1993

gegen Bioethik mittlerweile abgeflaut, doch hätten diese auch dazu geführt, daß sich die deutschen Bioethiker öffentlich nur noch sehr zurückhaltend äußern würden. Die momentane Ruhephase dürfe jedoch nicht über die Grundproblematik hinwegtäuschen, daß in Deutschland zwei moralische Kulturformen miteinander konkurrieren würden; zum einen die deontologisch geprägte „Heiligkeit-des-Lebens Ethik“, zum anderen eine konsequentialistische und interessengeleitete Ethosform: 'These two cultures eventually separated themselves during the last two hundred years or so, a development that happened on a rather global and general level.'⁴²⁵ Erst die immer schneller voranschreitende Medizintechnologie und die damit einhergehenden Entscheidungen über Leben und Tod hätten die bestehende Kluft zwischen einer metaphysisch-religiösen und einer säkular-liberalen Kultur deutlich werden lassen, - nicht nur in Deutschland, sondern in allen westlich geprägten Gesellschaften. Deutschland allerdings, so Leist, habe zusätzlich mit seiner nationalsozialistischen Vergangenheit zu kämpfen. Diesbezüglich lasse sich auch in der heutigen deutschen Gesellschaft immer noch ein allgemeines Mißtrauen gegenüber fremdländischen Kulturen feststellen: 'Germany's additional idiosyncrasies, however, lie [...] in its being burdened by Nazi-atrocities and covering also the biomedical field and its still prevalent illiberal attitudes towards alien moral and cultural attitudes. In another form the latter can be seen during these days in the shocking series of militant attacks on the refugee-centers in the Eastern part of Germany.'⁴²⁶

Nichtsdestotrotz finde auch in Deutschland eine bioethische Forschung statt. Der Autor stellt kurz einige deutsche Bioethik-Zentren vor, kritisiert jedoch, daß sich die derzeitige akademische Arbeit hauptsächlich auf Fragen der Anwendung und Beurteilung bioethischer Technologien beschränke: 'Fundamental studies on the shift between different moral cultures [...] and on the basic concepts of a new secular bioethical culture [...] are not at the center of interest so far.'⁴²⁷

Carlo Schultheiss zeigt 1994 auf, daß man Singers präferenzutilitaristische Thesen mittels regelutilitaristischen Gegenthesen begegnen kann.⁴²⁸ Singer fordere von einer moralisch richtigen Handlung, „daß sie nach Möglichkeiten die Interessen der Betroffenen maximiert [...], daß die

⁴²⁵ Ebd.: 272

⁴²⁶ Ebd.: 272

⁴²⁷ Ebd.: 279

⁴²⁸ Schultheiss 1994

Interessen aller von der Handlung Betroffenen möglichst optimal berücksichtigt werden.⁴²⁹ Eine moralisch richtige Handlung dürfe somit nicht den Präferenzen der Betroffenen entgegenstehen. Einer solchen handlungsutilitaristischen Ethik stellt Schultheiss einen Regelutilitarismus gegenüber, der nicht nur die Interessen der handelnden Personen berücksichtigt, sondern auch die Normen und moralischen Institutionen, die die Interessen aller Gruppen betreffen, auch die der Minderheiten. Aus regelutilitaristischer Sicht, so Schultheiss, sei Singer bei der Folgenabschätzung seiner Thesen nicht konsequent genug vorgegangen: „So vernachlässigt er die Ängste [...], die voraussichtlich dann bei Dritten entstehen, wenn aktive Euthanasie in allen Fällen praktiziert wird, in denen er [Singer] sie für moralisch erlaubt hält.“⁴³⁰ Die Auffassung, zwischen Töten und Sterbenlassen bestehe aus konsequentialistisch-utilitaristischer Sicht kein moralisch signifikanter Unterschied, könne nur solange gelten, als soziale Nebenfolgen außer Acht gelassen würden. In diesem Sinne wirke ein aktiv tötender Arzt auf die Gesellschaft viel bedrohlicher, als ein Arzt, der eine lebensverlängernde Therapie abbreche, also passive Sterbehilfe leiste. Diesen Gedanken präzisiert Schultheiss in einer Untersuchung des Personenbegriffes. Singers Definition gründe auf Überlegungen von John Locke: „Zum Status des Personseins gehört nach Singer und Locke, daß ein Wesen in der Lage ist, sich vorzustellen, daß es selbst zu verschiedenen Zeiten und an wechselnden Orten als denkendes Wesen existiert.“⁴³¹ Nach diesem Personenbegriff gelten Säuglinge per definitionem nicht als Person.⁴³² Auch fielen beispielsweise senile Menschen nicht mehr unbedingt unter die Definition *Person*. „Die begriffliche Absonderung einer bestimmten Gruppe alter Menschen kann jedoch eine zunehmende gesellschaftliche Diskriminierung dieser Menschen nach sich ziehen. Eine Gefahr, angesichts der es als moralisch geboten erscheint, am bisherigen Sprachgebrauch festzuhalten, d.h. auch in Zukunft den Begriff der Person auf alle alten Menschen anzuwenden.“⁴³³ Schultheiss faßt zusammen: „Bezüglich der fraglichen Thesen Singers läßt sich regelutilitaristisch argumentieren, daß Normen (Regeln) den Präferenzen der Mitglieder der Gesellschaft entsprechen müssen. Es ist wohl anzunehmen, daß jedenfalls die meisten von uns lieber in einer Gesellschaft leben, in der [...] ein Regelsystem existiert, in das eine Norm eingebettet ist, die auch schwerstbehinderten Säuglingen ein Recht auf Leben gibt, 'als in einer Gesellschaft, in der neugeborene Kinder einer

⁴²⁹ Singer 1984 / 1994: 24

⁴³⁰ Schultheiss 1994: 139

⁴³¹ Ebd.: 135; vgl.: Locke 1981: 419

⁴³² Vgl.: Singer 1984 / 1994 :180-188

⁴³³ Schultheiss 1994: 141

lebensfeindlichen Umwelt gegenüber gleichsam die Beweislast haben, daß ihr Leben eine Qualität hat, die ihre Tötung ausschließt.“⁴³⁴ Regelutilitaristisch ließe sich also argumentieren, daß ein verbreitetes Interesse daran bestehe, daß der Arzt niemals zum Mittel der aktiven Tötung greife.

Schultheiss geht auch auf medizinhistorische Bezüge ein. Seine Ausführungen auf diesem Gebiet sind jedoch unvollständig und werden im nächsten Kapitel dieser Arbeit einer kritischen Analyse unterzogen. Im Fall Peter Singer lehnt der Autor eine NS-Analogie ausdrücklich ab und schreibt: „So ist es etwa allein schon aufgrund der Tatsache, daß er [Singer] die durch die zuständigen Ärzte unterstützten *Eltern*, nicht aber den Staat bzw. die Politik, für die wesentliche Instanz bei der konkreten Entscheidung über das Praktizieren von Früheuthanasie hält, höchst zweifelhaft, Singer eine gedankliche Nähe zum „Euthanasie“-Programm der Nazis zu unterstellen, wie es einige tun.“⁴³⁵ In einer Fußnote bemerkt Schultheiss, daß Singer zögere, den Begriff der „Euthanasie“ auf die Morde der Nationalsozialisten anzuwenden - „denn die Tötung eines Individuums ohne dessen Zustimmung kann nach Singer nur dann als Euthanasie gelten, wenn das Motiv des Tötens der Wunsch ist, der betreffenden Person Leid zu ersparen.“ Laut Singer würden die Massentötungen der Nazis jedoch vor allem auf ihrem Rassismus beruhen.⁴³⁶

Daß der Disput um das Verhältnis der bioethischen Thesen von Singer und Kuhse zum Nationalsozialismus auch noch Ende der 90er Jahre große Aufmerksamkeit erlangte, zeigt die rückblickende Analyse von Karl-Heinz Leven.⁴³⁷

Pauschalisierende NS-Analogien, so Leven, müssten prinzipiell abgelehnt werden. Zu prüfen sei jedoch, ob es eine aus medizinhistorischer Sicht begründete NS-Analogie zwischen der von Singer vorgeschlagenen Euthanasie und der damaligen NS-„Euthanasie“ geben könne. Singer selbst bezeichne eine solche NS-Analogie als „ganz und gar irreführend“.⁴³⁸ Gleichzeitig, so Leven, falle jedoch im Literaturverzeichnis von Singers Buch „Praktische Ethik“ ein erheblicher

⁴³⁴ Ebd.: 140, vgl.: Wittmann 1991: 249

⁴³⁵ Schultheiss 1994: 138

⁴³⁶ Singer 1984 / 1994: 212; im Gegensatz zu dieser Annahme zeigt jedoch die historische Forschung, daß Arbeitsfähigkeit und generell ökonomische Argumente bzw. Intentionen eine zentrale Rolle in der Geschichte der NS-„Euthanasie“ spielten.

⁴³⁷ Leven 1998

⁴³⁸ Ebd.: 17; vgl.: Singer 1984 / 1994: 274

Mangel an Verweisen auf medizinhistorische Studien auf: „Peter Singer ist hinsichtlich der NS-Euthanasie nicht auf dem Forschungsstand, bzw. er nimmt ihn nicht zur Kenntnis. Seine Argumente gegen die 'Nazi-Analogie' fallen grobschlächtig aus.“⁴³⁹ Diesbezüglich kritisiert Leven v.a. die Behauptung Singers, heutige Euthanasie-Vorschläge würden sich allein durch die „Respektierung der Autonomie“ und die „Absicht, sinnloses Leiden zu verhindern“ auszeichnen; wohingegen die NS-„Euthanasie“ darauf abgezielt habe, unter dem Deckmantel des Gnadentodes ideologisch Unerwünschte auszumerzen.⁴⁴⁰ Singer ignoriere hier die historische Erkenntnis einer „jahrelangen Vorbereitungsphase“ und die Tatsache, daß „eine Vielzahl von Faktoren politisch-ideologischer, medizinischer und sozialer Art bei den NS-Verbrechen“ zusammenwirkten.⁴⁴¹ Für einen Philosophen wie Singer sei es, so Leven, verwunderlich, daß er die geistigen Grundlagen der späteren NS-„Euthanasie“ - beispielsweise das Standardwerk von Binding und Hoche über die „Freigabe lebensunwerten Lebens“ - nirgends erwähne bzw. nicht kenne. Ähnliches falle auch bei dem von Helga Kuhse verfassten Artikel „Warum Fragen der aktiven und passiven Sterbehilfe auch in Deutschland unvermeidlich sind“ auf.⁴⁴²

Immerhin, so Leven, zitiere Singer in seinem Buch „Praktische Ethik“ den Psychiater Leo Alexander. Dieser hatte bereits 1949 auf die Anfänge einer Akzentverschiebung in der Grundhaltung damaliger Ärzte aufmerksam gemacht: zuerst habe man nur das Leben chronisch Kranker als lebensunwert betrachtet, später jedoch auch sozial und ideologisch Unerwünschte in diese Kategorie einbezogen. Diesbezüglich, so Leven, räume also auch Singer ein, daß das Aufgeben von traditionellen Grundüberzeugungen wie den Glauben an die Heiligkeit des menschlichen Lebens ein gewisses Risiko berge und unerwünschte Konsequenzen nach sich ziehen könne. Laut Singer würden jedoch nicht nur Nazis, sondern auch „Leute, die keine Massenmorde begehen“, bestimmte Formen von Leben als nicht lebenswert einstufen.⁴⁴³ Laut Singer müsse man das Risiko einer „schiefen Ebene“ heutzutage schon deshalb eingehen, um allzugroßes Leid durch unnötig langes und qualvolles Sterben zu verhindern. Diese Haltung begründe Singer mit „der Besonderheit seiner Philosophie, die der Spezies Mensch keinen Vorrang gegenüber anderen Spezies einräumt“.⁴⁴⁴ Leven entgegnet jedoch: „Die

⁴³⁹ Leven 1998: 19

⁴⁴⁰ Vgl.: Singer 1984 / 1994: 274

⁴⁴¹ Leven 1998: 20

⁴⁴² Vgl.: Kuhse 1990a

⁴⁴³ Vgl.: Singer 1984 / 1994: 173

⁴⁴⁴ Leven 1998: 20; vgl.: Singer 1984 / 1994: 9

Medizingeschichte dieses Jahrhunderts legt indes die Vermutung nahe, daß mit der Bereitschaft, einigen Angehörigen der Spezies Mensch die Rechte dieser Spezies abzuerkennen, die 'schiefe Bahn' betreten ist - aus welch lauterem Motiven zu Anfang auch immer.⁴⁴⁵ Die „zunächst harmlos erscheinende“ Bewertung von Leben stelle ein aus medizinhistorischer Sicht durchaus begründbares Vergleichskriterium zwischen NS-„Euthanasie“ und der Euthanasie heutiger Zeit dar. Eine solche Analogie, so Leven, sei zumindest „diskussionswürdig“; zumal man in der aktuellen Euthanasiedebatte immer wieder Argumente verwende, die bereits in der geistigen Vorbereitungsphase des „Dritten Reiches“ wirksam gewesen seien. Der Versuch, Singer durch ein Redeverbot an der Verbreitung seiner Thesen zu hindern, sei jedoch „ungeschickt und langfristig töricht.“⁴⁴⁶

⁴⁴⁵ Leven 1998: 21

⁴⁴⁶ Ebd.: 21

4.5 Analyse der Wertpräferenzen und der medizinhistorischen Bezüge des Diskurses

Singer kann als Vertreter einer rationalistisch geprägten Bioethik aus der angloamerikanischen Tradition des Utilitarismus eingestuft werden. Er wendet sich gegen einen anthropologischen Zentrismus, da dieser angesichts einer Evolution, in der der Mensch nur ein Produkt sei, nicht überzeugen könne. Singer selbst befürwortet stattdessen eine universalistische Moral, die die Interessen aller Schmerz und Lust empfindenden Lebewesen vertritt. Er versucht, mit Hilfe der von ihm aufgestellten Prinzipien moralische Verhaltensweisen abzuleiten und beurteilt eine Handlung dann als gerechtfertigt, wenn sie dahin tendiert, für alle Beteiligten das Höchstmaß an Glück und das Mindestmaß an Leid sicher zu stellen.

Eine Konsequenz seines Ansatzes ist neben anderen auch die Aufhebung des Tötungsverbotes für schwerstbehinderte Säuglinge. Besonders dieser Gedanke führt zu heftigen Protesten und Widersprüchen. Autoren wie Eibach oder Koch postulieren dagegen explizit einen religiös oder metaphysisch abgeleiteten Personenbegriff. Andere Autoren setzen die These von der Würde des Menschen, die ihm als Mitglied seiner Spezies verliehen worden sei, implizit voraus: Menschsein werde nicht wie bei Singer durch bestimmte Lebenswerte definiert, sondern durch die unverlierbare Würde des inkommensurablen Subjektes. Diese Würde verbiete Eingriffe Dritter, die zu einem gewollten Tod führen.

Der hier aufgezeigte Gegensatz an Wertpräferenzen scheint mir für den bioethischen Diskurs, der in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts beginnt und bis in die Gegenwart reicht, wesentlich zu sein. Daß deontologisch abgeleitete Rahmenkonzepte der Menschenwürde trotz der Einsprüche, die Evolutionstheoretiker erheben, denkbar sind, macht Annemarie Pieper in ihrem Beitrag „Evolutionäre Ethik“ deutlich.⁴⁴⁷ Ohne auf die erkenntnistheoretischen Zusammenhänge im Detail einzugehen - das würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen - sollen hier einige Grundgedanken der Philosophie-Professorin (Universität Basel) skizziert werden:

Pieper behauptet, ähnlich wie Alderson, daß der neue Wissenszweig der Bioethik nicht notwendiger Weise zu einer naturalistischen Ethik führen muß, die Normen aus biologischen Fakten ableitet. Letzteres verbiete allein schon die Problematik des naturalistischen

⁴⁴⁷ Pieper 1998

„Fehlschlusses“, denn Seinsgesetze können keine Sollensgebote begründen. Demgegenüber entwickelt Pieper eine normative Ethik, die davon ausgeht, daß die kulturelle Evolution des Menschen zwar aus der natürlichen hervorgegangen ist, jedoch nicht auf diese reduziert werden kann, da sie insofern etwas völlig Neues ist, als sie aufgrund der Emanzipation des Menschen als eines sich Rationalität und Freiheit zuschreibenden Wesens von diesem selbstverantwortlich gesteuert wird.“⁴⁴⁸ Die Autorin definiert mit Bezug auf Herder den Menschen als „ersten Freigelassenen der Schöpfung“, der Freiheit erfährt und zugleich die Aufgabe hat, „das Humanum zu schützen.“⁴⁴⁹ Diese erfahrene Freiheit kann nicht auf Vorformen im Tierreich, aus dem der Mensch evolutionärgeschichtlich stammt, zurückgeführt werden. „Eine [...] Analogisierung tierischen und menschlichen Verhaltens übersieht den springenden Punkt, daß ein Tier sich nicht Freiheit zuschreibt, wenn es etwas tut. [...] Freiheit ist gleichsam das erste Gewollte, das sich selbst als normative Instanz einsetzt und damit als Prinzip alles Sollens autorisiert.“⁴⁵⁰ Pieper leugnet nicht, daß sich in biologischen Prozessen erst einmal ein Nervensystem - ein Gehirn - ausbilden muß, damit ein Verhalten möglich wird, dem Intelligenz, Selbstbewußtsein und Autonomie zugeschrieben werden kann: „Das Gehirn verdankt sich substantiell der natürlichen Evolution. Aber ein autonom gewordenes Gehirn vermag aufgrund seiner Selbstreflexivität Leistungen zu erbringen, die nicht mehr dem Kausalmechanismus der Biologie unterstehen.“⁴⁵¹ Daraus folge jedoch nicht, daß eine solche normative Ethik die Resultate der Evolution einfach ignorieren könne. Vielmehr seien diese hilfreich, um Widerstände und Konflikte zu verstehen, die die Befolgung moralischer Normen erschweren. Pieper kommt zu dem Fazit, daß sich der Mensch nicht auf die Natur als Handlungsregulativ beziehen darf: „Er soll sich im Gegenteil zu seiner natürlichen Ausstattung verhalten und seine naturalen Bedürfnisse nach Maßgabe der Vernunft und nicht der Natur befriedigen.“⁴⁵²

Dieser Entwurf versucht, den kategorischen Imperativ Kants mit den Erkenntnissen der Evolutionsgeschichte zu verbinden. Das Piepersche Rahmenkonzept gibt auch Raum für andere normative Ethiken, die auf die Würde des Menschen rekurrieren. Versteht man das Evolutionsgeschehen als Entwicklung der Religionsfähigkeit des Menschen, kann man Konzepte

⁴⁴⁸ Ebd.: 251

⁴⁴⁹ Ebd.: 253

⁴⁵⁰ Ebd.: 254 / 255

⁴⁵¹ Ebd.: 256

⁴⁵² Ebd.: 259

wie die von Eibach, Löw oder Koch nachvollziehen.

Leuchten metaphysische Überlegungen dieser Art nicht ein, bleibt - wie Singer ausführt - nur eine praktische Ethik übrig, die sich vom Mitleid mit dem empfindsamen Lebewesen leiten läßt. Eine solche Ethik wird in Singers Hauptwerk „Praktische Ethik“ vorgestellt. Das Mitleidsmotiv leuchtet auf den ersten Blick ein. Während Singer in bestimmten Fällen eine aktive Euthanasie aus Gründen des Mitleids (i.S. einer Leidensverkürzung für den Patienten) propagiert, zeigt sich für andere Autoren das Mitleiden darin, daß man dem Anspruch des Sterbenden auf Grundpflege, Schmerzbekämpfung und Sterbebegleitung so gut wie möglich nachkommt. Mitleid dieser Art kann als eine aktive Teilnahme an der Situation des Todkranken verstanden werden, die ihm die Annahme seiner zum Tode führenden Krankheit erleichtern soll. Eibach weist in seinen Aufsätzen auf diese Zusammenhänge hin: Hilfestellungen, die ein Sterbender in der letzten Phase seines Lebens von seiner Umwelt erfährt, wären dann immer auch Reflexe der Wertschätzung, wohingegen aktive Euthanasie-Handlungen umgekehrt als Reflexe der Mißachtung des inkommensurablen Subjektes zu deuten sind. „Mitleidsstörungen“ im Sinne einer aktiven „Euthanasie“ sind für die Vertreter einer normativen Ethik der Menschenwürde nicht tolerabel. Rückblickend auf die Geschichte des „Dritten Reiches“ wird diesbezüglich auf die Möglichkeit des Missbrauchs hingewiesen, den eine partielle Lockerung des Tötungsverbotes mit sich bringe. Traugott Koch und andere Autoren warnen davor, sich wie Singer auf eine Indikatoren-Liste von Persönlichkeitsmerkmalen festzulegen, die dem Individuum das Recht auf ein für ihn wertvolles Leben zugestehen. Das vordergründige Mitleidsmotiv könne gesellschaftlich-ökonomische Tendenzen maskieren. Mit Rekurs auf die „Euthanasie“-Geschichte zeigt sich am Beispiel der Psychiater-Gruppe um Ernst Rüdin, wie radikal der Wert eines Menschenlebens nach bestimmten Fähigkeiten ausgerichtet wurde. So plädierten Rüdin und seine Anhänger für eine Dreiteilung psychiatrischer Patienten: behandlungsfähige Patienten sollten therapiert werden; die restlichen arbeitsfähigen Patienten sollten in Anstalten untergebracht werden, die arbeitsunfähigen dagegen der „Euthanasie“ anheimfallen.⁴⁵³ Hier wird anhand des Kriteriums der Arbeitsfähigkeit der Wert des Subjektes - i.S. eines Nutzens für die Gesellschaft - explizit dargelegt. Vom einstigen Mitleidsmotiv im Sinne einer Leidverkürzung für den Patienten, wie sie noch in der Euthanasie-Diskussion um die Jahrhundertwende häufig zu finden war, ist nichts mehr übriggeblieben.

⁴⁵³ Vgl.: Roelcke 2000b: 134

Analog - so Traugott Koch - könnten immer wieder Scheinrechtfertigungen für willkürliche „Euthanasie“-Aktionen aufgebaut werden. So beruft sich zwar Singer immer wieder auf den Aspekt der Leidverkürzung durch das Mittel der aktiven Euthanasie, doch gerade dieses Ausmaß an subjektivem Leiden wird von außenstehenden Dritten bestimmt und hier, so beanstanden zahlreiche Autoren, würden bewußt oder unbewußt finanzielle Aspekte im Sinne einer Kosten-Nutzen-Problematik einfließen.

5. Ergebnisse und Ausblick

5.1 Zentrale Ergebnisse der Analyse des Quellenmaterials

In der vorliegenden Arbeit wurde analysiert, ob und inwieweit sich Zeitschriftenartikel in der medizinethischen Debatte zwischen ca. 1980 und 1994 auf die Medizin zur Zeit des Nationalsozialismus und dessen Vorgeschichte beziehen. Die methodischen Leitfragen der Untersuchung sind im Kapitel 1.2. dieser Arbeit umrissen worden. Es handelt sich um die Fragen: 1.) Auf welche Weise und mit welcher Funktion wird die nationalsozialistische Vergangenheit in der aktuellen Medizinethik verwendet? 2.) Geschieht diese Bezugnahme auf die Geschichte in historisch informierter Weise, d.h. entsprechen die aufgestellten Behauptungen dem aktuellen Stand des historischen Wissens?

Die Untersuchung zeigt folgende Ergebnisse:

1. Es fand sich sowohl im deutschsprachigen medizinethischen Diskurs als auch in medizinethischen Fachzeitschriften aus Großbritannien und den USA eine häufige und z.T. differenzierte Bezugnahme.
2. Es fanden sich Publikationen, in denen die Medizin zur Zeit des Nationalsozialismus implizit, marginal oder konstitutiv thematisiert wurde.
3. In der Mehrzahl der Fälle wird der aktuelle historische Forschungsstand jedoch nur unzureichend zur Kenntnis genommen, so daß die Bezugnahme auf die Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus oft oberflächlich und wenig überzeugend erscheint.

5.1.1 Exemplarische Auswahl von Argumentationstypen und ihre Bewertung

Hier sollen noch einmal kurz einige Beispiele der verschiedenen Argumentationstypen zusammengefasst und auf ihre historische Bezugnahme geprüft werden.⁴⁵⁴

In den angloamerikanischen Beiträgen überwiegen offensichtlich die marginalen Hinweise auf die NS-Zeit. Wie im Kapitel 2.3. ausgeführt, argumentieren diese Autoren aus den eher pragmatischen Traditionen ihrer eigenen Geschichte. Sie konzentrieren sich auf Problemfelder, die aus Sicht des Utilitarismus relevant sind und entsprechend konfiguriert werden. Zwar beziehen sich die Verfasser immer wieder auf die nationalsozialistische Epoche, doch geschieht dies selten in einer Weise, daß das historische Argument konstitutiv und somit zentral für die ethische Argumentation wäre. Anscheinend glauben sie, auf eine differenziert ausgearbeitete historische Analyse verzichten zu können, da Argumente in der pragmatisch-utilitaristischen Tradition das Fundament ihrer Ausführungen bilden.

So behauptet beispielsweise Anscombe ohne nähere Erläuterung, die positive Euthanasie habe als Privileg für die Arier begonnen, und versteht dieses historische „Faktum“ als Beleg für eine Dammbuch-Argumentation.⁴⁵⁵ Ein solches „slippery-slope-Argument“ bedarf jedoch einer detaillierten Erläuterung und der Einbettung in den jeweiligen historischen Kontext. Schmuhl hat an der oft zitierten Denkfigur des Dammbuches nachgewiesen, daß sie nur dann überzeugt, wenn neben den philosophischen Grundsatzüberlegungen eine genaue „empirische Analyse“ die Faktoren bestimmt, die den „graduellen Prozeß von einer Ausgangshandlung H hin zu dem moralisch nicht mehr akzeptablen Endresultat ermöglichen, verursachen oder auslösen.“⁴⁵⁶ Wenn empirisch-historische Untersuchungen diese Bedingungen erfüllen, so sind es gerade die Dammbuch-Argumente, die nach Schmuhl das größte Potential für einen fruchtbaren Dialog zwischen Historikern und Medizinethikern aufweisen können. D.h., Anscombe müßte den historischen Kontext ihrer Behauptung so gut wie möglich nachzeichnen, Rahmenbedingungen aufzeigen und Analogieschlüsse durch historisch begründete Parallelen aufdecken. Erst dann

⁴⁵⁴ Aufgrund der Vielfalt der Artikel können nur einige Beispiele exemplarisch herausgegriffen werden; die Auswahl betrifft sowohl den angloamerikanischen als auch deutschsprachigen Raum. Andere ebenso gewichtige Argumente finden sich in den vorangegangenen Kapiteln wieder.

⁴⁵⁵ Vgl.: Kap 2.2., S. 27 bzw. Kap. 2.3., S. 34/35 ff

⁴⁵⁶ Schmuhl 2000: 393

könnte sich ihre Argumentation mit marginaler Bezugnahme auf die Geschichte in eine konstitutive Bezugnahme wandeln. Doch in Anscombes Abhandlung bleibt schon unklar, auf welche historischen Anfänge sie sich bezieht, wenn sie sagt: 'Positive euthanasia began with a privilege which was accorded to Aryans.'⁴⁵⁷

Vereinzelt tauchen in den angloamerikanischen Beiträgen implizite Argumentationsfiguren auf, so wenn z.B. Reichenbach in der Diskussion um eine aktive Sterbehilfe auf Stauffenbergs Attentat verweist.⁴⁵⁸ Historisch betrachtet haben „Euthanasie“ und Attentat nichts gemeinsam. Reichenbach bedient sich an dieser Stelle einer Rhetorik, die unterschwellig beim Leser bestimmte Emotionen hervorrufen soll, um die dargelegte Position des Autors zu unterstützen.

Es sollte jedoch nicht übersehen werden, daß neben den marginalen oder impliziten Hinweisen auch in den angloamerikanischen Beiträgen an manchen Stellen die historische Argumentation im Medizinethik-Diskurs ausführlicher verwendet wird. Im Kapitel 3.1.1 wurde z.B. deutlich, wie Alexander seine Kritik an aktuellen Zuständen in den USA - die Zunahme chronisch Kranker bei gleichzeitiger Abnahme medizinischer Investitionen für eben diese Patientengruppe - mit der Wandlung des ärztlichen Selbstbildnisses verknüpft und Analogien zu dem Beginn des 20. Jahrhunderts nachweist, als in Europa die einst von Mitleid geprägte ärztliche Haltung zunehmend von einem Kosten-Nutzen-Denken durchsetzt wurde. In diesem ärztlichen Ethos-Wandel, der laut Alexander weit vor 1933 zu beobachten sei, sieht der Autor den ersten noch „unscheinbaren“ Schritt hin zu den späteren nationalsozialistischen Medizinverbrechen und Massenmorden.

Im Gegensatz zu den angloamerikanischen Texten finden sich in den deutschen medizinethischen Abhandlungen häufiger konstitutive Bezüge auf die nationalsozialistische Medizin und ihre Vorgeschichte. Das scheint verständlich zu sein, weil die deutschen Autoren die Schrecken des „Dritten Reiches“ und seine Nachwirkungen teils persönlich erlebt haben und in der 1980 erneut aufbrechenden Diskussion um die Sterbehilfe sowie in der Singer-Debatte die längst fällige Aufarbeitung der jüngsten Vergangenheit mit Blickwinkel auf die Rolle der Mediziner im Nationalsozialismus forderten. Stellvertretend sei auf die Abhandlungen von Klaus Dörner hingewiesen. Die Kapitel 2.4 und 2.5 zeigen, wie er und andere Autoren sich auf die

⁴⁵⁷ Anscombe 1981: 123

⁴⁵⁸ Vgl.: Kap. 2.2, S. 28

pränationalsozialistische „Euthanasie“-Debatte beziehen und dabei auf die vielfältigen Kontinuitäten konzeptuell-pragmatischer und institutioneller Art vor und nach 1933 sowie nach 1945 hinweisen.

Demgegenüber existiert eine andere Autorengruppe, die sich argumentativ ebenfalls auf die nationalsozialistische Medizin stützt, jedoch mit genau entgegengesetzter Intention: Es sind jene Autoren, die eine aktive Sterbehilfe befürworten und sich gegen den Vorwurf wehren, sie würden nationalsozialistisches Gedankengut vertreten. Ihrer Meinung nach existiert ein fundamentaler Unterschied zwischen der NS-Zeit und unserer Gegenwart. Aufgrund der „Andersartigkeit der Vergangenheit“ (totalitäres versus demokratisches System) könne man keine rationalen Argumente aus der historischen Betrachtung von „Euthanasie“ oder Humanversuchen an KZ-Häftlingen ableiten. So bedienen sich Helga Kuhse und Peter Singer immer wieder sogenannter „Intoleranzargumente“ und werfen ihren Kritikern ihrerseits faschistisches Denken vor, weil sie eine öffentlich geführte Diskussion blockieren würden.⁴⁵⁹ Eine genaue Analyse ihrer Texte zeigt jedoch, daß sowohl Singer als auch Kuhse mit Stereotypen über die Medizin im Nationalsozialismus arbeiten und den Stand des historischen Wissens nicht zur Kenntnis genommen haben. So bringt Singer die deutsche Diskussionsverweigerung auf dem Gebiet aktiver Sterbehilfe mit dem totalitären NS-Regime in Verbindung: 'Perhaps what really was instrumental in preparing the Nazi path to genocide, and has not yet been eradicated in modern Germany, is not the euthanasia movement at all, but the kind of fanatical certainty in one's own rectitude that refuses to listen to, or engage in rational debate with, anyone who harbours contrary views.'⁴⁶⁰ Ein solches Intoleranzargument ist jedoch historisch nicht haltbar, da die NS-„Euthanasie“ vielmehr das Programm einer wissenschaftlichen Funktionselite widerspiegelt und somit - laut Schmuhl - als „eine Folge uneingeschränkter Freiheit der Wissenschaft und Forschung“ betrachtet werden kann.⁴⁶¹ Auch Helga Kuhse, die den heutigen Vertretern einer „Heiligkeit-des-Lebens Theorie“ Nähe zur NS-Philosophie unterstellt, weil diese ähnlich wie im „Dritten Reich“ die Innenperspektive der Betroffenen ignorieren bzw. den eigenen Moralvorstellungen (resp. Ideologien) unterordnen würden, muss sich dem Vorwurf einer

⁴⁵⁹ Singer 1990; dazu kritisch Roelcke 2002: 1020, Schmuhl 2000: 400

⁴⁶⁰ Singer 1990: 42

⁴⁶¹ Schmuhl 2000: 401; dem historischen Forschungsstand zufolge gilt die Interpretation des NS-Staates als totalitäres Regime als überholt, da dieser gerade den Funktionseliten erhebliche Frei- und Handlungsspielräume zugestand; so profitierte insbesondere die medizinische Wissenschaft von diesen Freiräumen und konnte ein sozialsanitäre Programm, in dem Ärzte eine Schlüsselrolle einnahmen, verwirklichen.

polemischen Argumentation stellen. Historisch betrachtet, so Schmuhl, seien es gerade die Verfechter der „Heiligkeit des Lebens“ gewesen, die sich im „Dritten Reich“ noch am stärksten gegen die NS-Medizinverbrechen aussprachen - „wobei sich in ihrer Argumentation das Axiom von der Heiligkeit des Lebens stets mit naturrechtlichen Argumenten für ein individuelles Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit verband.“⁴⁶²

Abgesehen von der Verwendung solcher Intoleranzargumente versucht Singer die gegen ihn vorgebrachten NS-Vorwürfe zu widerlegen, indem er immer wieder betont, daß er im Gegensatz zum NS-Regime individuelles Leid vermeiden möchte und keinerlei genetische oder rassistische Motive hege. Auch Carlo Schultheiss unterstützt diese von Singer vorgebrachte Argumentation und schreibt: „So ist es etwa allein schon aufgrund der Tatsache, daß er [Singer] die durch die zuständigen Ärzte unterstützten *Eltern*, nicht aber den Staat bzw. die Politik, für die wesentliche Instanz bei der konkreten Entscheidung über das Praktizieren von Früheuthanasie hält, höchst zweifelhaft, Singer eine gedankliche Nähe zum „Euthanasie“-Programm der Nazis zu unterstellen, wie es einige tun.“⁴⁶³ Hier zeigt sich jedoch die oben beschriebene historische Unkenntnis: Singer wie Schultheiss reduzieren die NS-„Euthanasie“-Verbrechen auf den NS-Rassismus. Eine solche Ideologie - so die Anhänger Singers - sei in der heutigen demokratischen Gesellschaft nicht mehr vorstellbar und decke sich auch in keinsten Weise mit den von Singer vorgestellten präferenzutilitaristischen Thesen. Dem geschichtswissenschaftlichen Forschungsstand zufolge muß die NS-„Euthanasie“ aber in enger Verbindung zur pränationalsozialistischen Euthanasie-Diskussion betrachtet werden: Schon in der 1890 geführten Sterbehilfe-Debatte lassen sich keine eindeutigen Grenzen zwischen einer individuellen Sterbehilfe und der „Vernichtung unwerten Lebens“ ziehen. Und auch im „Euthanasie“-Programm des „Dritten Reiches“ zeigen sich Verflechtungen zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen. Schmuhl schreibt: „ [die NS-„Euthanasie“] war vielmehr eingebettet in ein sozialsanitäres Programm zur Reorganisation der deutschen Anstaltspsychiatrie nach ‘modernen‘ Maßstäben (und wurde geplant, vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet durch eine medizinische Funktionselite).“⁴⁶⁴ Zudem beanstandet Schmuhl, daß zahlreiche Medizinethiker den Begriff „Rassismus“ immer noch mit „Ethnozentrismus“ oder „Xenophobie“

⁴⁶² Ebd.: 401

⁴⁶³ Schultheiss 1994: 138

⁴⁶⁴ Schmuhl 2000: 400

gleichsetzen würden, während Historiker mittlerweile „Rassismus“ als ein „in sich geschlossens Weltbild“ begriffen, „das mit dem Anspruch auftritt, die Entwicklungen, Widersprüche und Probleme der Welt insgesamt schlüssig zu erklären - und zwar [...] auf [...] naturwissenschaftlicher Basis.“⁴⁶⁵

Auf der anderen Seite hat die Analyse der Zeitschriftenartikel auch gezeigt, daß es deutsche Autoren (z.B. Furch, Dropmann) gibt, die sich zwar von der nationalsozialistischen „Euthanasie“ distanzieren, bei denen dieser Verweis auf die Geschichte aber ebenfalls nur eine marginale Funktion hat. Ihr Interesse gilt häufig deontologischen Entwürfen, die sich auf den hippokratischen Eid, auf das Christentum oder den Kantschen Begriff der Menschenwürde beziehen (vgl. Kapitel 2.5 und 3.2.2). Dabei gehen sie offenbar von der Annahme aus, das Wissen um die jüngste Geschichte sei dem Leser so präsent, daß marginale Hinweise genügen, um die sozialdarwinistischen bzw. nationalsozialistischen Ideologien ad absurdum zu führen. Doch dieses Verfahren erschwert es dem Leser, der die weltanschaulichen Prämissen des Autors nicht teilt, dessen Thesen zuzustimmen, zumal die tragenden Grundbegriffe weltanschaulicher Konzepte sich auch im Geschichtsprozeß notwendigerweise wandeln. Exemplarisch hat Thomas Rütten in seinem Aufsatz „Die Herausbildung der ärztlichen Ethik - Der Eid des Hippokrates“⁴⁶⁶ die Wirkungsgeschichte des Corpus Hippocraticum nachgezeichnet. Mit diesem Werk sei zwar immer die „Imagination einer humanen Medizin“ verbunden gewesen⁴⁶⁷, zugleich zeige sich aber auch, wie sehr das Verständnis des Textes und seine Aktualisierungen der Zeitgeschichte unterworfen worden seien bis hin zu der perversen Verdrehung im „Dritten Reich“, als die Nationalsozialisten „den individualethischen Ansatz des Eides kollektivethisch umdeuteten und statt des einzelnen Patienten das deutsche Volk bzw. die deutsche (arische) Rasse zum eigentlichen Schutzbefohlenen des Arztes erklärten“⁴⁶⁸ und so die „Euthanasie“-Aktionen und den Genozid an den Juden rechtfertigten.

⁴⁶⁵ Ebd.: 400; Schmuhl zitiert hier Herbert 1991: 28

⁴⁶⁶ Rütten 1996

⁴⁶⁷ Ebd.: 58

⁴⁶⁸ Ebd.: 66

Die Ergebnisse dieser Arbeit legen also nahe, daß eine tragfähige und empirisch fundierte Medizinethik „ohne historische Reflexion nicht denkbar“ ist.⁴⁶⁹ Kann man Singers Argumentation auf diese Weise historisch fundiert kritisieren bzw. widerlegen, so fällt eine Kritik an Dörners oder Alexanders Kontinuitätsargumenten ungleich schwerer. Auch hier spielt die empirische Unterfütterung eine Rolle. So fordern Kritiker Dörners auch immer wieder eine genaue Darlegung der Wahrscheinlichkeit und Plausibilität seiner angeführten Thesen. Beweise lassen sich jedoch kaum erstellen - und auch der Rekurs auf die Geschichte zeigt lediglich, daß der Nationalsozialismus *eine* Form des säkularen Modernisierungsprozesses darstellte und so eine mögliche Antwort auf die „Endlösung der Sozialen Frage“ war. Eine Wiederholbarkeit ist diesbezüglich nicht unbedingt auszuschließen; wie wahrscheinlich diese jedoch ist, kann auch mit Hilfe des historischen Rekurses kaum präzisiert oder vorausgesagt werden.

Offensichtlich läßt sich in der aktuellen Medizinethik-Debatte, auch in internationaler Perspektive, die Bezugnahme auf die Vergangenheit nicht ausklammern. Das ist auch plausibel, da bei einer konkreten aktuellen ethischen Herausforderung das Repertoire von Begründungs- und Handlungsmöglichkeiten ja nicht dauernd ganz neu erfunden wird, sondern immer auf existierende Denkweisen und Handlungsoptionen zurückgreift und diese dann möglicherweise modifiziert oder ergänzt, sich jedenfalls aber notwendigerweise in einem historischen Kontinuum befindet, das nicht einfach 1945 neu begonnen hat. Wenn aber die Geschichte als Argument im aktuellen Ethik-Diskurs verwendet wird, ist es wünschenswert, daß dies in historisch informierter Weise geschieht. Hier bestehen jedoch erhebliche Desiderate gerade unter professionellen Medizinethikern.

⁴⁶⁹ Schmuhl 2000

5.1.2 Ausblick auf den bioethischen Diskurs der Gegenwart

Die Schwerpunktsthemen „Lebensanfang“ und „Lebensende“ beschäftigen seit 1994 intensiv die medizinethische Debatte. Gerade am Beispiel der Embryonenforschung wird deutlich, wie sehr medizinethische Positionen von der Einbindung in ein kulturelles oder religiöses Umfeld und von Definitionen der Menschenwürde oder des Personenrechtes geprägt werden. Auf der einen Seite äussern sich Wissenschaftler und Forscher begeistert über neuartige Therapiemöglichkeiten, auf der anderen Seite mehren sich jedoch diejenigen Stimmen, die vor einem zu reduktionistischen Menschenbild und der Instrumentalisierung menschlichen Lebens warnen. Der in dieser Arbeit bereits angesprochene Konflikt zwischen einer rational-analytischen und einer auf religiösen und metaphysischen Überzeugungen aufbauenden Medizinethik scheint angesichts der rasanten Fortschritte auf dem Gebiet der Humangenetik nun erst recht aufzubrechen.

Neuartige Technologien wie Pränataldiagnostik oder therapeutisches Klonen verlangen immer mehr nach ethischen Reflexionen, die Handlungsmaximen entwickeln. Dabei scheint ein Rückblick auf die Geschichte der Medizin unumgänglich zu sein. So legt zum Beispiel die Untersuchung der historischen Dimension von medizinethischen Standpunkten offen, daß das in bioethischen Debatten immer noch vorgetragene Argument von dem Primat der Wissenschaften und der Forschung gegenüber dem Respekt vor der Subjektivität des Kranken eine seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert bestehende Wertsetzung der modernen experimentellen Medizin ist und in menschenverachtender Weise während des „Dritten Reiches“ radikal umgesetzt wurde. Viele Autoren weisen darauf hin, daß die medizinische Wissenschaft dringend auf Grenzsetzungen angewiesen sei, deren Kriterien nicht aus der Wissenschaft selbst, sondern nur über einen offenen gesellschaftlichen Dialog gewonnen werden können.⁴⁷⁰ Zum vermeintlichen Primat der Wissenschaftlichkeit und zu einer Wertehierarchie, derzufolge der Wissensgewinn Priorität gegenüber der Subjektivität des Kranken hat, schreibt Roelcke: „In den pluralistischen Gesellschaften Westeuropas und Nordamerikas mit funktionierender Rechtsprechung wurde diese Wertsetzung sowohl von Ärzten als auch von Laien durchgängig in Frage gestellt sowie durch öffentliche Diskussion und juristische Regularien im Zaun gehalten.“⁴⁷¹

⁴⁷⁰ Vgl.: Roelcke 2000a

⁴⁷¹ Ebd.: 209

Öffentliche Dialoge sind aber in unserer postmodernen Zeit nicht leicht zu führen. In seiner Frankfurter Rede stellt Jürgen Habermas schon in der Wahl seines Titels „Glauben“ und „Wissen“ gegenüber.⁴⁷² Auf der Ebene der hier zu verhandelnden Problematik wären seine Begriffe mit „metaphysisch begründete Ethik“ und „rational-analytische Ethik“ zu übersetzen. Habermas erinnert in seiner Rede daran, daß in einer Zeit des „nachmetaphysischen Denkens“ - so der Titel eines anderen Werkes von ihm⁴⁷³ - alle Formen der Ethik, die Handlungsnormen aus ontologischen Strukturen ableiten wollen, in den Verdacht geraten, daß sie nur ein intuitives Wissen der Beteiligten vorführen und deshalb nicht haltbar sind. Zugleich macht er aber auch deutlich, daß die säkularen Sprachen auf die semantischen Potentiale der Religion angewiesen sind. Angesichts der Problematik des naturalistischen Fehlschlusses schreibt Habermas schon in seiner Aufsatzsammlung: „Solange die religiöse Sprache inspirierende, ja unaufgebbare semantische Gehalte mit sich führt, die sich der Ausdruckskraft einer philosophischen Sprache [...] entziehen und der Übersetzung in begründete Diskurse noch harren, wird Philosophie auch in ihrer nachmetaphysischen Gestalt Religion weder ersetzen noch verdrängen können.“⁴⁷⁴ Habermas fordert angesichts dieser Konstellation: Das normative Denken müsse sich heute „auf die Autorität von Wissenschaften einstellen, die das gesellschaftliche Monopol an Weltwissen innehaben“; es müsse sich zugleich auf „die Prämissen eines Verfassungsstaates einlassen, der sich aus einer profanen Moral begründet.“⁴⁷⁵ Sind diese Voraussetzungen gegeben, könne sich ein Diskurs entwickeln, in dem die religiösen Bilder in die Sprache der postsäkularen Gesellschaft „übersetzt“ werden. Eine solche Übersetzung müsse geleistet werden „aus dem Interesse, im eigenen Haus der schleichenden Entropie der knappen Ressource Sinn entgegenzuwirken.“⁴⁷⁶

Die Debatte zwischen metaphysisch begründeten und rational-analytischen Formen der Ethik scheint also unumgänglich zu sein, doch nur in einem „Konflikt der Interpretationen“⁴⁷⁷ kann eine Lösung gefunden werden. Der Naturalismus wird seine Zweifel anmelden, wo immer Menschen sich unter Berufung auf verheißungsvolle Schlüsselerfahrungen und Symbolisierungen, die ihnen scheinbar umfassend Recht geben, der irritierenden Konfrontation

⁴⁷² Habermas 2001

⁴⁷³ Habermas 1992

⁴⁷⁴ Ebd.: 60

⁴⁷⁵ Habermas 2001: 54

⁴⁷⁶ Ebd.: 54

⁴⁷⁷ Ricoeur 1974

mit wissenschaftlichen Erkenntnissen entziehen wollen. Und die metaphysisch begründeten Denkansätze werden immer wieder die Grenzüberschreitungen eines Naturalismus zurückweisen, der behauptet, die metaphysischen Sinngebungsversuche seien nur biologisch-funktionale Selbst-Stabilisierungsversuche.

Dabei wird die Suche nach dem einen, entscheidenden und alle überzeugenden Argument wahrscheinlich erfolglos bleiben. Neue Zeiten und andere Kulturen verlangen neue Abwägungsprozesse, wie Hick und Bruchhausen festgestellt haben. Axel Bauer schreibt diesbezüglich: „Unsere moralischen Werte, die keine absolute philosophische oder weltanschauliche Basis zu besitzen scheinen, gründen in einem schwer entwirrbaren Geflecht aus evolutionären genetischen Dispositionen und kulturell erworbenen, historisch tradierten Erfahrungen. Dieses Geflecht ist keineswegs statisch, sondern es beinhaltet eine ständige Dynamik, die uns gelegentlich beunruhigt.“⁴⁷⁸ Ethische Standards, so Bauer, müssten von sozialen Gemeinschaften stets aufs Neue geprüft, modifiziert oder auch aufgegeben werden. Nur dadurch könne der medizinethische Diskurs in einer pluralistischen Gesellschaft aufrechtgehalten werden.

Medizinethik und Medizinhistorik dürfen hierbei keine getrennten Sphären bilden. Die historischen Reflexionen belegen eindringlich, welche Gefahren auftauchen, wenn einseitige Theorien verabsolutiert werden. Sie zeigen auf, daß hinter vermeintlichen Sachzwängen historisch zu lokalisierende Wertentscheidungen stehen. Sie verdeutlichen, welches Unheil bestimmte Wertpräferenzen hervorgerufen haben, daß diese Wertpräferenzen unterschwellig auch in der gegenwärtigen Debatte zu finden sind und daß sie unter neuen Rahmenbedingungen neue Destruktionen herbeiführen können.

Eine sinnvolle Medizinethik ist ohne die Einbeziehung informierter historischer Reflexionen kaum denkbar. Der Versuch, zeitlos gültige Normen aufzustellen, indem man sie aus dem historischen Prozeß extrahiert, ist angesichts eines sich stetig ändernden gesellschaftlichen Kontextes jedoch zum Scheitern verurteilt. Das Faschismus-Argument sollte nicht dahingehend instrumentalisiert werden, differenzierende Aussagen zu bioethischen Problemen der Gegenwart totzuschlagen. Aber die medizinhistorischen Untersuchungen haben auch deutlich gemacht, daß das „Dritte Reich“ auf theoretische Konstrukte eines Kosten-Nutzen-Denkens zurückgreifen

⁴⁷⁸ Bauer 1999: 54

konnte, die schon in der pränationalsozialistischen Ära erarbeitet worden waren und die sich anmaßen, über die Würde des menschlichen Subjektes instrumentell zu verfügen. Diese historische Einsicht sollte die Bioethik für die Frage sensibilisieren, ob sich nicht aus Modellen der Gegenwart, die auf einem reduktionistischen Menschenbild aufbauen, langfristig Entwicklungen ergeben können, die ähnlich wie im Nationalsozialismus - wenn auch auf anderen Wegen - zur Inhumanität und zur gesellschaftlichen Ausgrenzung bestimmter Formen menschlichen Lebens führen können.⁴⁷⁹

Ob und wie der bioethische Diskurs zu einem Ergebnis kommen kann, ist nicht Gegenstand dieser historischen Untersuchung. Er wird weitergeführt werden müssen und kann dabei auf die historischen Einsichten nicht verzichten. Diesbezüglich wird gelten, was Otto Neurath gesagt hat: „Wie Schiffer sind wir, die ihr Schiff auf offener See umbauen müssen, ohne es jemals in einem Dock zu zerlegen und aus besten Bestandteilen neu errichten können.“⁴⁸⁰

⁴⁷⁹ Im Bereich der Gentechnik drängt sich derzeit z.B. die Frage auf, ob die Pränataldiagnostik nicht eugenische Selektionskriterien bereitstellt: „Was im Nationalsozialismus der polizeistaatliche Terror, die Unterdrückungsbürokratie, die Tötung / Sterilisierung von Menschen war, kann heute durch ein verinnerlichtes, normatives Wertdenken, kombiniert mit einer Technik, die ihre Präventivmaßnahmen *vor* der Geburt legt, unblutig angerichtet werde.“ (Schulz 1992: 112)

⁴⁸⁰ zitiert nach von Kutschera 1981

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit thematisiert das Verhältnis von Medizingeschichte und medizinischer Ethik. Dabei stellt sich die Frage, ob und in welcher Form ethische Normen aufgrund ihrer historischen Tradition aufgestellt und gerechtfertigt werden können.

Konkret handelt es sich um eine Auswertung von wissenschaftlichen Artikeln aus verschiedenen Fachzeitschriften, die sich im Rahmen der medizinethischen Debatte von ca. 1980 bis 1994 auf die Medizin im Nationalsozialismus und deren Vorgeschichte beziehen.

Als Quellenmaterial dienen

- die im deutschsprachigen Raum publizierten Fachblätter:

Arzt und Christ [ab 1993 *Zeitschrift für medizinische Ethik*]

Deutsches Ärzteblatt

Ethik in der Medizin

- sowie folgende angloamerikanische Zeitschriften:

Bioethics

IME-Bulletin [ab 1989 *Bulletin of Medical Ethics*]

Journal of medical ethics

Kennedy Institute of Ethics Journal

Ethics and Medicine.

Die in den Artikeln vorgefundenen Bezugnahmen auf die Geschichte werden in ihrem Stellenwert für die jeweilige ethische Argumentation rekonstruiert. Dabei konzentriert sich die Auswahl auf drei wesentliche Themenfelder:

- 1.) Die Debatte über „Euthanasie“, Sterbehilfe und die „Lebenswert-Diskussion“.
- 2.) Das ärztliche Ethos und sein Bezug zur Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus.
- 3.) Der Fall „Peter Singer“.

Der gewählte Zeitraum von ca. 1980 bis 1994 repräsentiert die Phase einer vor allem in Deutschland intensivierten und öffentlich geführten Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus und zieht sich bis zu der 1994 verabschiedeten Bioethik-Konvention, die allgemein verbindliche Grundsätze in der Anwendung von medizinisch-wissenschaftlichen Methoden auf den Menschen erarbeitete.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf zwei Leitfragen:

- 1.) Auf welche Weise und mit welcher Funktion wird die nationalsozialistische Vergangenheit in der aktuellen Medizinethik verwendet?
- 2.) Geschieht die Bezugnahme auf die Geschichte in historisch informierter Weise, d.h. entsprechen die aufgestellten Behauptungen über die Medizin im Nationalsozialismus und deren Vorgeschichte dem aktuellen Stand des historischen Wissens?

In der Bewertung der vorgefundenen historischen Rückblicke wird zwischen einer *konstitutiven*, *marginalen* und *impliziten* Form der Bezugnahme unterschieden: Eine *konstitutive* Argumentation erfordert die detaillierte Einbeziehung historischer Erkenntnisse bzw. Ereignisse, auf die sich die zentrale Botschaft des ethischen Argumentes beruft; d.h. die historische Bezugnahme stellt die argumentative Basis des Artikels dar. Eine *marginale* Argumentation verwendet den historischen Rückblick additiv; die zentrale Botschaft ist nicht notwendigerweise auf eben dieses Argument angewiesen. Eine *implizite* Bezugnahme bedient sich sprachlicher Parallelen oder zweideutig aufzufassender Begrifflichkeiten ohne exakte Bezüge rational zu entfalten. *Implizite* Argumentationsformen berufen sich häufig auf indirekte Vergleiche zwischen ethischen Positionen, Personen oder Ereignissen der Gegenwart mit denen der NS-Zeit.

Die Ergebnisse der Arbeit lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- 1.) Es fanden sich sowohl im deutschsprachigen medizinethischen Diskurs als auch in medizinethischen Fachzeitschriften aus Großbritannien und den USA eine häufige und z.T. differenzierte Bezugnahme.
- 2.) Es fanden sich Publikationen, in denen die Medizin zur Zeit des Nationalsozialismus konstitutiv, marginal oder implizit thematisiert wurde.
- 3.) In der Mehrzahl der Fälle wird der aktuelle Forschungsstand jedoch nur unzureichend zur

Kenntnis genommen, so daß die Bezugnahme auf die Geschichte des Nationalsozialismus oft oberflächlich und wenig überzeugend erscheint.

In den angloamerikanischen Beiträgen überwiegt eine marginale Bezugnahme auf die NS-Zeit. Die Autoren argumentieren dabei aus der eher pragmatischen Tradition ihrer eigenen Geschichte und konzentrieren sich auf Problemfelder, die aus der Sicht des Utilitarismus relevant sind. Die deutschen Artikel lassen häufiger eine konstitutive Argumentationslinie erkennen, wobei sich die Autoren auf Kontinuitäten konzeptuell-pragmatischer und institutioneller Art in der Zeit vor und nach 1933 bis 1945 stützen.

In der Analyse der vorgefundenen Artikel prallen zudem immer wieder zwei unterschiedliche Formen medizinischer Ethik-Konzepte aufeinander: Vertreter einer rational-analytischen Ethik stehen den Befürwortern einer metaphysisch begründeten Ethik gegenüber, die sich auf deontologische Entwürfe, den Hippokratischen Eid oder den Kant'schen Begriff der Menschenwürde beruft.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß eine sinnvolle Medizinethik ohne die Einbeziehung des historischen Rückblickes bzw. der historischen Reflexion kaum denkbar erscheint.

Voraussetzung ist jedoch, daß Geschichte als Argument in der aktuellen Medizinethik-Diskussion in informierter Weise benutzt wird.

Summary

Topic of this dissertation is the relationship between history and medical ethics. It is to discuss whether and in which way ethical standards could be set up and justified because of their historical tradition. Moreover, this dissertation presents an evaluation of numerous scientific articles published in international journals which refer to medicine in the Third Reich, the period of National Socialism, its prehistory and the implications resulting for the present medicoethical debate.

The following periodicals were chosen as source-material :

- german journals:

Arzt und Christ [from 1993 on *Zeitschrift für medizinische Ethik*]

Deutsches Ärzteblatt

Ethik in der Medizin

- angloamerican journals:

Bioethics

IME-Bulletin [from 1989 on *Bulletin of Medical Ethics*]

Journal of medical ethics

Kennedy Institute of Ethics Journal

Ethics and Medicine

The historical references found in these articles were analysed and classified accounting to the form of their ethical argumentation. The selection of articles was based on three main topics:

- I) The debate of active and passive euthanasia and the 'Lebenswert' ('worth-of-life') discussion.

II) The medical self-assessment and its implications on the physicians role in the Third Reich.

III) The case of 'Peter Singer'.

The selected period from 1980 up to 1994 represents a time of intensive public discussion over medicine in the Third Reich. Starting in Germany in 1980 this debate developed as far as the passing of a European Bioethical Convention that prepared general binding principles on applications to scientific-medical methods on human beings.

This dissertation focuses on two key-notes:

I) How and in what intention are medicoethical arguments used referring to the period of National Socialism?

II) Are the presented references historically correct, i.e. do these statements correspond to current historical knowledge of medicine in the period of National Socialism and its prehistory?

For that purpose historical arguments were classified in *constitutive*, *marginal* and *implicit* forms of argumentation. A constitutive argument is based on a detailed historical finding or knowledge that builds up its central message. A marginal argument uses the historical review in an additional way. The arguments central message is not absolutely dependent on this reference. An implicit form of argumentation is mainly characterized by idiomatic expressions or ambiguous terms without presenting any precise context. This kind of argument often tends to compare various persons, occurrences or ethical stands of today with those of the former period of National Socialism.

Results:

I) A sometimes detailed historical reference used in the medicoethical debate was found in German as well as in Anglo-American journals.

II) Medicoethical arguments referring to the period of National Socialism and medicine in the Third Reich were used in constitutive, marginal or implicit forms.

III) Concerning present results in historical research a certain lack of acknowledgement could be noticed; therefore many arguments appeared little convincing.

The angloamerican authors mainly used a marginal argumentation which is based on a pragmatic tradition of their own history and is influenced by utilitaristic points of view.

The german authors often presented a constitutive form of argumentation showing continuations of social and institutional designs before and after the period of 1933 to 1945.

Further on, this analysis showed a clash of two different medicoethical stands:

representatives of a rational-analytical ethic face supporters of a metaphysically based ethic that derives from deontological concepts, the Hippocratic oath or Kants idea of man's dignity.

Finally it is to say that an efficient medicoethical debate appears unthinkable without including historical reviews and consideration; provided that historical arguments are used in a responsible and informed way.

Literaturverzeichnis

- Alderson P. Abstract bioethics ignores human emotions. *Bulletin of Medical Ethics* 1991 (May): 13-21
- Alexander L. Medical Science under Dictatorship. *Ethics and Medicine* 1949/1987; 3/2: 26-33
- Anscombe GEM. Commentary 2. *Journal of medical ethics* 1981; 7: 122-123
- Aly G, Roth KH. Die restlose Erfassung. Volkszählen, Identifizieren, Aussondern im Nationalsozialismus. Frankfurt a.M.: Fischer, 2000
- Aly G. Anstaltsmord und Katastrophenmedizin 1943-1945 – „Die Aktion Brand“ In: Dörner K, Hrsg. Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. Rehberg-Loccum: Psychiatrie-Verlag, 1985: 33-55
- Aly G. Aktion T4 – 1939-1945. Die „Euthanasie“- Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin: Edition Hentrich, 1989
- Aly G. „Endlösung“, Völkerverschiebung und der Mord an den europäischen Juden. Frankfurt a. M.: Fischer, 1999
- Baader G. Diskussion. In: Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, Hrsg. Medizin im Nationalsozialismus. München: Verlag Oldenbourg, 1988: 71-73 (das Kolloquium „Medizin im Nationalsozialismus“ fand am 5. November 1987 im Institut für Zeitgeschichte in München statt)
- Baader G. Medizin im Nationalsozialismus (II) - Rassenhygiene und Eugenik - Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte „Minderwertige“ im Nationalsozialismus. *Deutsches Ärzteblatt* 85 (1988); H 27: B-1357-1360; siehe auch ders. in: Bleker J, Jachertz N, Hrsg. Medizin im Dritten Reich. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1993: 36-42
- Baader G. Die Erforschung der Medizin im Nationalsozialismus als Fallbeispiel einer Kritischen Medizingeschichte. In: Bröer R, Hrsg. Eine Wissenschaft emanzipiert sich: Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler: Centaurus, 1999: 113-120
- Bauer A. Auf der schiefen Ebene zum Designer-Baby. *FAZ* 20. Oktober 1999; Nr 244: 54
- Beauchamp TL, Perlin S, eds. *Ethical Issues in Death and Dying*. Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc., 1987
- Beauchamp TL, Childress F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2002 (5. Auflage)

The Belmont Report. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. OPRR Reports 1979; 3-5

Benzenhöfer U. Anthropologische Medizin und Sozialmedizin im Werk Viktor von Weizsäcker. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 1994

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

Birnbacher D. Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? In: Ach JS, Gaidt A, Hrsg. Herausforderungen der Bioethik. Stuttgart-Bad Cannstatt: Formman-Holzboog, 1993: 45-67

Bleker J, Jachertz N. Medizin im „Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

Bleker J, Schmiedebach HP. Weiterhin ein Thema für Ärzte? Deutsches Ärzteblatt 86 (1989); H 17: B 870-872

Bräutigam HH, Thomsen Claas. Was heißt lebensfähig? Die ZEIT 1989 (23. Juni); 13-15

Bringewat P. Unbeachtlicher Selbsttötungswille und ernstliches Tötungsverlangen. In: Eser A, Bringewat P, Hrsg. Suizid und Euthanasie. Stuttgart: Enke, 1976: 368-377

Brockhaus - Die Enzyklopädie. 3.Bd (BED - BROM) Leipzig-Mannheim: Brockhaus, 1996: 353

Boddington P, Podpadec T. Measuring quality of life in theory and in practice: A dialogue between philosophical and psychological approaches. Bioethics 1992; Vol 6, No 3: 201-217

Broszat M. Hitler und die Genesis der „Endlösung“. Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 1977; 25: 159-190

Bruchhausen W. Medizin und Moral ohne Kontext. In: Organ der Akademie für Ethik in der Medizin, Hrsg. Ethik in der Medizin. Berlin - Heidelberg: Springer, 2001: 176-192

Bulletin of Medical Ethics. Bioethics attacked in Germany. September 1990; 61: 19-23

Bulletin of Medical Ethics. Nuremberg fifty years on: Germany. November 1996; 123: 3

Christoph F. (K)ein Diskurs über „lebensunwertes Leben“. Der SPIEGEL 1989; 23: 240-242

Darwin C. Autobiographie. Leipzig-Jena: 1959

Dörner K. Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 1967; Jg 15: 121-152

Dörner K. Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Campus, 1975

- Dörner K. Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Rehberg-Loccum: Psychiatrie-Verlag, 1980: 74-11
- Dörner K. Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute? Deutsches Ärzteblatt 84 (1987); H 48: B-2282-2287
- Dörner K. Diskussion. In: Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, Hrsg. Medizin im Nationalsozialismus. München: Verlag Oldenbourg, 1988: 84 (das Kolloquium „Medizin im Nationalsozialismus“ fand am 5. November 1987 im Institut für Zeitgeschichte in München statt)
- Dörner K. Medizin im Nationalsozialismus (X) - Anstaltsalltag in der Psychiatrie und NS-Euthanasie. Deutsches Ärzteblatt 86 (1989a); H 11: B-534-538
- Dörner K. Wenn Mitleid tödlich wird - die 100-jährige Tradition des Euthanasie-Gedankens. Der SPIEGEL 1989b; 34: 173-176
- Dörner K. Warum die Diskussion der aktiven und der passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich ist - Zu dem Beitrag von Dr. phil. Helga Kuhse in Heft 16/1990 - Ethik ist unteilbar. Deutsches Ärzteblatt 87 (1990); H 37: B-1909-1910
- Dropmann K. Grundsätze ohne Talar und Theologie! Deutsches Ärzteblatt 83 (1986); H 6: B-306
- Eibach U. Zur „Menschenwürde“ und zum „Lebenswert“ unheilbar kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Arzt und Christ 1990; 36: 78-94
- von Engelhardt D. Historisches Bewußtsein in der Naturwissenschaft von der Aufklärung bis zum Positivismus. Freiburg-München: Karl Alber, 1979 / 1987
- von Engelhardt D. Euthanasie in historischer Perspektive. Zeitschrift für medizinische Ethik 1993; 39: 15-25
- Fairbairn GJ. Kuhse, Singer and slippery slopes. Journal of medical ethics 1988; 14: 132-134
- Faith Conray. 'Family keeps eye on U.S.- right-to-die-issue.' Great Falls Tribune (Montana) 1990 (January 22); 3A
- Faulstich H. Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Freiburg: Lambertus-Verlag, 1998
- Faulstich H. Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer. In: Frewer A, Eickhoff C, Hrsg. „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt a. M.: Campus, 2000: 218-234
- Faustmann PM. Einfache Rechnung. Deutsches Ärzteblatt 84 (1987); H. 31/32: B-1451
- Fischer W. Politische Dimensionen. Deutsches Ärzteblatt 84 (1987); H 31/32: B 1451-1452

- Frewer A. Medizinethik in Weimarer Republik und Nationalsozialismus. Frankfurt a.M.: Campus, 2000
- Friedländer H. The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1995
- Furch W. Medizinische Ethik - weltweit in Gefahr. Deutsches Ärzteblatt 1981; H 51: 2447-2450, Fortsetzung in: Deutsches Ärzteblatt 1981; H 52/53: 2495-2501
- Gelsner K. Interview mit Dr. Karsten Vilmar. Ärzteschaft in Nationalsozialismus und Demokratie - wie war es, wie ist es - Die „Vergangenheitsbewältigung“ darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren. Deutsches Ärzteblatt 84 (1987); H 18: B-847-859
- Gerkan R. Euthanasie. Monistisches Jahrhundert 1913/14; 2: 169-173
- Gerst T. „Nürnberger Ärzteprozeß“ und ärztliche Standespolitik - Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs. Deutsches Ärzteblatt 91 (1994); H 22/23: C-1037-1046
- Glover J. Causing Death and Saving Lives. Harmondsworth: Penguin, 1977
- Graf Gobineau. Essai sur l'inégalité des races humaines. Paris, 1853-1855
- Guckes B. Das „Faschismus-Argument“ in der Diskussion um die Legalisierung von Sterbehilfe. In: Toellner R, Wiesing U, Hrsg. Geschichte und Ethik in der Medizin (Bd.10). Stuttgart: Fischer, 1997: 131-154
- Habermas J. Nachmetaphysisches Denken. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1992
- Habermas J. Glauben und Wissen. In: Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 2001 - Ansprachen aus Anlass der Verleihung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2001: 37-54
- Hafner KH, Winau R. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Eine Untersuchung an der Schrift von Karl Binding und Alfred Hoche. Medizinhistorisches Journal 1974; 9: 227-254
- Halter H. „Die Mörder sind noch unter uns.“ Der SPIEGEL 1988; 25: 112-122
- Hanuske-Abel H. From Nazi Holocaust to Nuclear Holocaust? A Lesson to Learn? The Lancet 1986; No 8051: 271-273
- Harris J. Ethical problems in the management of some severely handicapped children. Journal of medical ethics 1981; 7: 117-120
- Hegselmann R, Merkel R, Hrsg. Zur Debatte über Euthanasie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1991

- Herbert U. Rassismus und rationales Kalkül. Zum Stellenwert utilitaristisch verbrämter Legitimationsstrategien in der nationalsozialistischen „Weltanschauung“ In: Schneider W, Hrsg. Vernichtungspolitik. Eine Debatte über den Zusammenhang von Sozialpolitik und Genozid im nationalsozialistischen Deutschland. Hamburg: Hamburger Edition, 1991: 25-35
- Hoerster N. Rechtsethik der Sterbehilfe. In: Atrott HH, Pohlmeier H, Hrsg. Sterbehilfe in der Gegenwart. Regensburg: Roderer Publishers, 1990: 55-63
- Hick C. Codes and morals: Is there a missing link? (The Nuremberg code revisited). *Medicine, Health Care and Philosophy* 1998; 1: 143-154
- Honnefelder L. Medizin und Ethik. Herausforderungen und Neuansätze der biomedizinischen Ethik in der Gegenwart. *Arzt und Christ* 1990; 36, H 2: 67-77
- Hubenstorf M. Medizin im Nationalsozialismus (XII) - Von der „freien Arztwahl“ zur Reichsärzteordnung - Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus. *Deutsches Ärzteblatt* 86 (1989); H 14: B 726-730 sowie in: Bleker J, Jachertz N, Hrsg. *Medizin im „Dritten Reich“*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1993: 43-53
- Jachertz N. Ärzte und NS-Zeit - Die Gnade des Verzeihens. *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987); H 22: B 1067-1068
- Jochemsen H. Medical Genetics: Its Presuppositions, Possibilities and Problems. *Ethics and Medicine* 1992; 8.2: 18-31
- John Cardinal Heenan, Archbishop of Westminster. A fascinating story. In: Lack S, Lamerton R, Chapman G, eds. *The hour of our death*. London: 1974
- Jost A. *Das Recht auf den eigenen Tod*. Göttingen, 1895
- Kater MH. *The Nazi Party. A Social Profile of Members and Leaders 1919-1945*. Cambridge: Harvard University Press, 1983
- Kater MH. Professionalization and Socialization of Physicians in Wilhelmine and Weimar Germany. *Journal of Contemporary History* 1985; 20: 677-701
- Kater MH. Medizin und Mediziner im Dritten Reich. *Historische Zeitschrift* 1987a; 244: 311-331
- Kater MH. Hitler's Early Doctors: Nazi Physicians in Predrepression Germany. *Journal of Modern History* 1987b; 59: 25-52
- Kater MH. The Burden of the Past: Problems of a Modern Historiography of Physicians and Medicine in Nazi Germany. *German Studies Review* 1987c; 10: 31-56
- Klee E. *„Euthanasie im NS-Staat“*. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ Frankfurt a.M.: Fischer, 1985 / 1999 (9.Aufl.)

- Klinkhammer G. Entwurf einer europäischen Bioethik-Konvention. Nach Proteststurm zurückgewiesen. Deutsches Ärzteblatt 91 (1994); H 42: A 2813-2814
- Koch T. Das unbedingte Lebensrecht eines jeden Menschen - Eine Kritik von Peter Singers „Praktischer Ethik“. Ethik in der Medizin 1990; 2: 118-128
- Kottow MH. Euthanasia after the Holocaust - is it possible? A report from the Federal Republic of Germany. Bioethics 1988; Vol 2, No 1: 58-69
- Kühl S. Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert. Frankfurt a.M.: Campus Verlag, 1997
- Kudlien F. Ärzte im Nationalsozialismus. Köln: Kiepenhauer & Witsch, 1985
- Kudlien F. Medizin im Nationalsozialismus (Schluß) - Bilanz und Ausblick. Deutsches Ärzteblatt 86 (1989); H 17: B 873-875
- Kuhse H. Debate: Extraordinary means and the sanctity of life. Journal of medical ethics 1981a; 7: 74-79
- Kuhse H. Response. Journal of medical Ethics 1981b; 7: 81-82
- Kuhse H, Singer P. Should the baby live? The Problem of Handicapped Infants. Oxford: Oxford University Press, 1985/1987
- Kuhse H. Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind. Deutsches Ärzteblatt 87 (1990a); H 16: B 913-920
- Kuhse H. Schlußwort. Deutsches Ärzteblatt 87 (1990b); H 38: B 1977-1990
- von Kutschera F. Grundfragen der Erkenntnistheorie. Berlin-New York: de Gruyter, 1981
- Leist A. Bioethics in a low key: A report from Germany. Bioethics 1993; Vol 7, No 2/3: 271-279
- Lenk H, Maring M. Wissenschaftsethik. In: Pieper A, Thurnherr U, Hrsg. Angewandte Ethik. München: Beck, 1988: 288-311
- Leven KH. Der Hippokratische Eid im 20. Jahrhundert. In: Toellner R, Wiesing U, Hrsg. Geschichte und Ethik in der Medizin (Bd. 10). Stuttgart: Fischer, 1997: 111-129
- Leven KH. Die 'NS-Euthanasie' und die gegenwärtige Debatte um aktive Sterbehilfe. In: Dornberg M, Heiss HW, Illhardt FJ, Hrsg. Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen? Stuttgart-New York: Schattauer, 1998: 9-21
- Levinas E. Ethique et infini. Paris: Fayard, 1982

- Lifton RJ. The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide. New York: Basic Books 1986a (dt. Übersetzung: Ärzte im Dritten Reich. Stuttgart: Klett-Cotta, 1986b)
- Lindeboom GA. Natuur en Geest in de geneeskunde. Rede uitgesproken ter gelegenheid van de 85ste dies natalis der VU (24. Oktober 1965), Haarlem: Erven F. Bohn N.V., 1965: 29
- Löw R. Philosophisch-anthropologische Aspekte der Behindertenproblematik. *Arzt und Christ* 38 (1992); H 4: 291-300
- Locke J. Versuch über den menschlichen Verstand. In vier Büchern. Band I: Buch I und II. Hamburg: Meiner, 1981 (4. Aufl.)
- Lorber J. Ethical Problems in the management of Myelomeningocele and Hydrocephalus. *Journal of the Royal College of Physicians* 1975; Vol. 10, No 1: 47-60
- Lorber J. Commentary I and reply. *Journal of medical ethics* 1981; 7: 120-122
- Liotard J.-F. La Condition postmoderne: Rapport sur le savoir. Paris: Editions de Minuit, 1979 (dt. Übersetzung: Lyotard J.-F. Das postmoderne Wissen. Ein Bericht. Aus dem Französischen von Otto Pfersmann. Vollständig überarbeitete Fassung. Graz-Wien-Böhlau: Edition Passagen, 1986)
- Mann G. Biologismus - Vorstufen und Elemente einer Medizin im Nationalsozialismus. *Deutsches Ärzteblatt* 85 (1988); H 17: B 836-841; sowie in Bleker J, Jachertz N, Hrsg. *Medizin im „Dritten Reich“*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1993: 25-35
- Marcel G. De mensen contra het menselijke. Utrecht: Erven J. Bijleveld, 1958
- Marker LR. Euthanasia, the Ultimate Abandonment - A perspective from the United States. *Ethic and Medicine* 1990; 6.2: 21-25
- Mayer A. Arzttum im Dritten Reich. *Deutsches Ärzteblatt* 63 (1966); H 12: 785-787
- McIntyre A. After virtue. London: Duckworth, 1985
- Merkel R. Der Streit um Leben und Tod. *Die ZEIT* 1989 (23. Juni); 13-15
- Mielke F. Referat auf dem 51. Deutschen Ärztetag am 16. Oktober 1948 in Stuttgart; gedrucktes Protokoll in der Bibliothek des „Deutschen Ärzteblatts“.
- Mitscherlich A. „Geschichtsschreibung und Psychoanalyse. Bemerkungen zum Nürnberger Ärzteprozeß“ *Schweizer Annalen* 1945; 11: 604-613
- Mitscherlich A, Mielke F. Das Diktat der Menschenverachtung. Heidelberg: Lambert Schneider, 1947
- Mitscherlich A, Mielke F. Wissenschaft ohne Menschlichkeit - medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Heidelberg: Lambert Schneider, 1949

Mitscherlich A, Mielke F. Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag, 1960/1991

Mitscherlich A. Der Patient - nur ein Werkstück? Der SPIEGEL 1978 (Essay); 38: 238-239

Mommsen H. Die Realisierung des Utopischen: Die „Endlösung der Judenfrage“ im Dritten Reich. Geschichte und Gesellschaft 1983; 9: 381-420

Müller-Hill B. Murderous Science. Oxford: Oxford University Press, 1988

Patzig G. Zum Entwurf einer Bioethik-Konvention des Europarates. Ethik in der Medizin 1994; 6: 169-171

Peiffer J. Gedenkrede. Erinnern und Bedenken: Tübinger Universitätsreden 1991; 41: 11-21

Penselin C. Bemerkungen zu den Vorwürfen, Viktor von Weizsäcker sei in die nationalsozialistische Vernichtungspolitik verstrickt gewesen. In: Benzenhöfer U, Hrsg. Anthropologische Medizin und Sozialmedizin im Werk Viktor von Weizsäckers. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 1994: 123-130

Peter J. Der Nürnberger Ärzteprozeß im Spiegel seiner Aufarbeitung anhand der drei Dokumentensammlungen von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke. Münster-Hamburg: Lit.-Verlag, 1994

Piechowiak H, von Manz HG. Ärztliche Ethik aus christlicher Sicht - Fragestellungen und Aktivitäten im deutschsprachigen Raum und weltweit - unter besonderer Berücksichtigung von „Arzt und Christ“. Arzt und Christ 1980; 26, H 1-4: 215-227

Pieper A. Evolutionäre Ethik. In: Pieper A, Thurnherr U, Hrsg. Angewandte Ethik. München: Beck, 1998: 244-263

Ploetz A. Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus. In: Grundlinien einer Rassenhygiene (1. Theil). Berlin, 1895

Poliakov L, Delacampagne L, Girard P. Über den Rassismus. Frankfurt a.M.: Klett-Cotta, 1984

Post SG. The echo of Nuremberg: Nazi data and ethics. Journal of medical ethics 1991; 17: 42-44

Proctor R. Racial Hygiene. Cambridge: Harvard University Press, 1988

Pross C. Wiedergutmachung - der Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt: Athenäum, 1988

Pross C. Breaking through the postwar coverup of Nazi doctors in Germany. Journal of medical ethics 1991; 17 (Supplement): 13-16

- Rachels J. Euthanasia, Killing and Letting Die. In: Ladd J, ed. Ethical Issues Relating to Life and Death. Oxford: Oxford University Press, 1979: 150ff
- Ramsey P. Patient as Person. New Haven: Yale University Press, 1970
- Reichenbach BR. Euthanasia and the active-passive distinction. Bioethics 1987; Vol. 1, No 1: 51-73
- Ricoeur P. Le conflict des interprétations. Paris 1969 (deutsche Übersetzung durch Rütsche J. Der Konflikt der Interpretationen. München: Kösel-Verlag, 1974)
- Roe. Was ist heute lebensunwert? Deutsches Ärzteblatt 83 (1986); H 6: B 285
- Roe. „Spiegel“-Archiv - Fehlschüsse mit Giftpfeilen. Deutsches Ärzteblatt 85 (1988); H 5: B-228-229
- Roelcke V, Hohendorf G, Rotzoll M. Psychiatrische Forschung, „Euthanasie“ und der „Neue Mensch“. In: Frewer A, Eickhoff C, Hrsg. „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt a.M. - New York: Campus Verlag, 2000a: 193-214
- Roelcke V. Psychiatrische Wissenschaft im Kontext nationalsozialistischer Politik und „Euthanasie“. Zur Rolle von Ernst Rüdin und der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie / Kaiser-Wilhelm-Institut. In: Kaufmann D, Hrsg. Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus. Göttingen: Wallenstein-Verlag, 2000b: 112-150
- Roelcke V, Hohendorf G, Rotzoll M. Psychiatrische Genetik und „Erbgesundheitspolitik“ in Nationalsozialismus: Zur Zusammenarbeit zwischen Ernst Rüdin, Carl Schneider und Paul Nitsche. In: Nissen G, Badura F, Hrsg. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann, 2000c: 59-73
- Roelcke V. Zeitgeist und Erbgesundheitsgesetzgebung im Europa der 1930er Jahre. Eugenik, Genetik und Politik im historischen Kontext. Nervenarzt 2002; 73: 1019-1029
- Rogers B, Becker BM, Gershon ES et al. The brains of the Vogt collection [letter]. Archives of general psychiatry 1988; 45: 774-776
- Rüdin E. Über das deutsche Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. In: Wiesing U, Hrsg. Ethik in der Medizin. Stuttgart: Reclam, 2000: 43-45
- Rütten TH. Die Herausbildung der ärztlichen Ethik: Der Eid des Hippokrates. In: Schott H, Hrsg. Meilensteine der Medizin. Dortmund: Harenberg, 1996: 57:66
- Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Declaration on euthanasia. May 5. Vatican City: Polyglot Press, 1980
- Schlaudraff U. Euthanasia in Germany. Bulletin of Medical Ethics (November) 1992; 83: 19-23
- Schmidt R. Parallelen. Deutsches Ärzteblatt 84 (1987); H 31/32: B -1452

Schmuhl HW. Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie - Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890 - 1945. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992

Schmuhl HW. Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs. Eine Zwischenbilanz. In: Frewer A, Eickhoff C, Hrsg. „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfedebatte Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt a.M.: Campus, 2000: 385-407

Schotmans PT. Der Mensch als Schöpfer? In: Sinclair-Haus, Hrsg. Sinclair-Haus Gespräche 17, Bad Homberg v. d. Höhe: Herbert Quandt-Stiftung, März 2002

Schuh H. Läßt sich Euthanasie ethisch begründen? Die ZEIT 1989 (16. Juni); 78

Schultheiss C. Für eine argumentative Auseinandersetzung mit den Thesen Singers zur Euthanasiethematik. Ethik in der Medizin 1994; 6: 133-142

Schulz U. Gene, meine, muh, raus muß du. Von der Rassenhygiene zu den Gen- und Reproduktionstechnologien. München: Beck, 1992

Schwartz M. „Euthanasie“ - Debatten in Deutschland (1895-1945). Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 1998; 46 Jg., H4: 617-665

Siebeck R. Medizin in Bewegung. Stuttgart-New York: Thieme, 1983

Siep L. Bioethik. In: Pieper A, Thurnherr U, Hrsg. Angewandte Ethik. München: Beck, 1998: 16-36

Singer P. Practical Ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 1979

Singer P. Praktische Ethik. Stuttgart: Reclam, 1984/1994

Singer P. Bioethics and academic freedom. Bioethics 1990; Vol 4, No 1: 33-44

Singer P. Bioethik und akademische Freiheit. In: Hegselmann R, Merkel R, Hrsg. Zur Debatte über Euthanasie: Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1991: 312-326

Singer P. „Mir leuchtet nicht ein, wie man so Werte bewahren will.“ Peter Singer im Gespräch mit Christoph Fehige und Georg Meggle. In: Hegselmann R, Merkel R, Hrsg. Zur Debatte über Euthanasie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1991: 153-177

Sloterdijk P. Nach der Geschichte. In: Welsch W, Hrsg. Wege aus der Moderne. Schlüsseltexte der Postmoderne-Diskussion. VCH Weinheim: acta humaniora, 1988: 262-273

Der SPIEGEL. „Helfen Sie, ich kann so nicht weiterleben“ 1984; 18 (Titel)

Der SPIEGEL. Traurige Pflicht. 1986; 5: 61-63

Der SPIEGEL. Ärzte unter Hitler: „Mission verraten“ 1988; 3: 76-80

Der SPIEGEL. Euthanasie - Bizarre Verquickung. 1989; 34: 171-173

Der SPIEGEL. Höchste Ethik. 1993; 4: 195-196

Spaemann R. Grenzen - Zur ethischen Dimension des Handelns. Stuttgart: Reclam, 2001

Steinbock B. Killing and letting die. New Jersey: Englewood Cliffs, 1980

Stock U. Deutsche Ärzte und die Vergangenheit - Der Fall Hanauske-Abel: Wie ärztliche Standesvertreter mit einem kritischen Kollegen umgehen. Die ZEIT 1987 (19. Juni); 25 (Modernes Leben)

Toellner R. Einführung. In: Toellner R, Wiesing U, Hrsg. Geschichte und Ethik in der Medizin (Bd.10). Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Fischer, 1997: 1-4

Toellner R. Ärzte im Dritten Reich - „Nehmen wir die Last auf - die Last ist die Lehre.“ Wortlaut des Vortrages, gehalten auf der 1. Plenarsitzung des 92. Deutschen Ärztetages in Berlin. Deutsches Ärzteblatt 86 (1989); H 33: B 1617-1623

Vilmar K. Schlußwort - Erkenntnisse für Freiheit und Frieden. Deutsches Ärzteblatt 84 (1987); H 31/32: B 1455-1456

Vogt M. Philosophie. Köln: DuMont monte Verlag, 2003

Weindling P. International Eugenics: Swedish Sterilization in Context. Scandinavian Journal of History 1999; 24: 179-197

Weindling P. Zur Vorgeschichte des Nürnberger Ärzteprozesses. In: Ebbinghaus A, Dörner K, Hrsg. Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Berlin: Aufbau-Verlag, 2001a: 26-47

Weindling P. The Origins of Informed Consent: The International Commission of Medical War Crimes, and the Nuremberg Code. Bulletin of the History of Medicine 2001b; 75: 37-71

Weingart P, Kroll J, Bayertz K. Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt: Suhrkamp, 1988

Weiss SF. Race hygiene and national efficiency. Berkely: University of California Press, 1987

von Weizsäcker V. „Euthanasie“ und Menschenversuche. Psyche 1947; 1: 68-102

Wiesing U. Zum Verhältnis von Geschichte und Ethik in der Medizin. NTM N.S - Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaft, Technik und Medizin 1995; 3: 129-142

Wiesing U. Ethik in der Medizin. Stuttgart: Reclam, 2000

Winau R. Medizin im Nationalsozialismus (VIII) - Die Freigabe der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“. Euthanasie - Wandlung eines Begriffes. Deutsches Ärzteblatt 86 (1989); H 7: B 285-289), siehe auch ders. in: Bleker J, Jachertz N, Hrsg. Medizin im „Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1993: 162-174

Wittmann R. Metaethische Überlegungen zu dem ethischen Diskurs über P. Singers „Praktische Ethik“. In: Hegselmann R, Merkel R, Hrsg. Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1991: 249-275

World Medical Association. Bulletin 1949; 1: 15; sowie 1949; 1: 109

Die ZEIT. Exzeß der Vernunft oder Ethik der Erlösung? 1989 (14. Juli); 9-12

Ich danke

meinem Doktorvater Prof. Dr. Volker Roelcke,

meinen Eltern,

Lukas Scheef, Imogen Krebs

und

der Bunkerbude in Duisburg

Ich erkläre:

Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe.

Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“