

Erinnern und verantworten^{*}

Warstein, den 21. April 2005

Karl H. Beine

Es mutet schon seltsam an, wie wenig Energie, Zeit und Mittel die Psychiatrie für gewöhnlich darauf verwendet, sich zu erinnern, besonders in der studentischen Ausbildung fällt mir das auf. Kaum ein Lehrbuch macht sich zur Geschichte des Faches eigene Gedanken.

Wir sind heute morgen hier, um diesem »Nicht Erinnern«, der immerwährenden Hingabe an den Alltag entgegenzutreten. Und dafür ist Warstein ein vortrefflicher Ort und der Anlass vorzüglich: Wir eröffnen das Psychiatrie-Museum. Es verdient Anerkennung und Wertschätzung, dass Sie sich hier über viele Jahre intensiv und kundig mit der Warsteiner Psychiatriegeschichte und darüber hinaus befasst haben.

Es freut mich sehr, dass es Ihnen gelungen ist, dieser Auseinandersetzung hier in dem Museum, das wir heute feierlich eröffnen, einen Ort, einen Ausdruck und Zeit gegeben haben.

Denn für die Menschenfreundlichkeit der Psychiatrie ist es von sehr großer Bedeutung, solche Ort und solche Zeiten zu haben und sie sich immer wieder neu zu erschaffen, zu erarbeiten, denn die Psychiatrie, sie lebt ja ihre Geschichte, ob sie nun will oder nicht, ob sie nun weiß oder nicht weiß.

Und zu dieser Geschichte gehört wohl auch, dass sie gute Ideen, die zum Wohle von kranken Menschen umgesetzt worden sind, immer mal wieder vergisst.

Dazu eine Geschichte.

Das Landratsamt eines Landkreises leitete ein Schreiben des ärztlichen Direktors eines psychiatrischen Krankenhauses an den Bürgermeister und den Rat einer Kreisgemeinde weiter, mit folgendem Inhalt:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie davon in Kenntnis setzen, dass die stationäre Behandlung bei Frau Martha Müller, Witwe Ihres ehemaligen Gemeindeangestellten Werner Müller, abgeschlossen ist. Frau Müller ist völlig wiederhergestellt und kann entlassen werden.

Allzu großen Belastungen ist sie allerdings noch nicht gewachsen. Deshalb muss

^{*} Nach einem Vortrag am 21.04.2005 aus Anlass der Eröffnung des Psychiatrie-Museums

dafür gesorgt werden, das Frau Müller bei ihrer Rückkehr in die Heimat in geregelte Verhältnisse kommt. Vor allem benötigt sie eine ihren Kräften und Fähigkeiten angemessene Arbeit; am ehesten kommt eine stundenweise Tätigkeit in einem Büro in Betracht. Sie hat zwar den Wunsch, als Verkäuferin in einem Kaufhaus zu arbeiten, dem ist aber wegen ihrer noch labilen psychischen Verfassung zu widerraten. Da Frau Müller angesichts ihres eingeschränkten Leistungsvermögens aus ihrem Verdienst den Lebensunterhalt wird nicht bestreiten können, empfehlen wir, eine Aufstockung ihres Einkommens in Verhandlungen mit der Krankenkasse bzw. der Landesversicherungsanstalt unter Berufung auf ihre derzeit noch bestehende Teilarbeitsunfähigkeit zu erreichen. Wir gehen davon aus, dass sich die Kostenträger angesichts des bestehenden hohen Rückfallrisikos und der damit verbundenen Gefahr einer kostenaufwendigen Dauerunterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung entgegenkommend zeigen werden. Von großer Wichtigkeit für einen günstigen Verlauf der Wiedereingliederung von Frau Müller ist es weiterhin, dass sie eine passende Wohnung findet; am besten wäre es, wenn ihr ein Platz in einer Pflegefamilie vermittelt würde.

Mit freundlichen Grüßen

Der Ortsbürgermeister bestätigt den Eingang des Schreibens, gibt seiner Freude über die bevorstehende Entlassung von Frau Müller Ausdruck und versichert dem Krankenhausleiter in seinem Antwortbrief, dass man im gewünschten Sinne verfahren werde.

Daraufhin schreibt der Chefarzt an das Landratsamt, er könne sich auf Grund wiederholter negativer Erfahrungen mit einer solchen doch recht allgemein gehaltenen Rückäußerung nur dann zufrieden geben, wenn das Landratsamt die Garantie für die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen übernehme.

Das Landratsamt antwortet, dass die Angelegenheit nicht in seine Zuständigkeit falle, ersucht aber dennoch die Gemeinde um eine differenziertere Stellungnahme. Der Ortsbürgermeister übersendet dem Krankenhausdirektor daraufhin einen Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Gemeinderates mit einer Beschlussfassung, die den Vorschlägen des Krankenhauses zur Gestaltung der Entlassung von Frau Müller entspricht.

Ein wie ich finde ziemlich unglaublicher Vorgang. Denn wer hat schon mal gehört, dass der Chefarzt einer psychiatrischen Klinik sich über das Landratsamt an Bürger-

meister und Rat einer Gemeinde wendet wegen der Entlassungsmodalitäten eines stationär aufgenommenen Gemeindemitgliedes, selbst wenn es sich um die Witwe eines ehemaligen Gemeindebediensteten handelt, und damit nicht genug, sogar den Gemeinderat dazu veranlasst, darüber einen offiziellen Beschluss zu fassen.

Dennoch, dieser Schriftwechsel hat stattgefunden, und zwar vor ziemlich genau 164 Jahren in den Monaten April und Mai des Jahres 1841 zwischen dem Direktor der damaligen Irrenanstalt Zwiefalten, einem württembergischen Oberamt und dem Schultheißenamt einer Gemeinde am Fuße der schwäbischen Alb. A. Veltin entdeckte die Krankenakte im Archiv des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten.¹

Die Briefe lassen unschwer erkennen, dass der Anstaltsdirektor und die Gemeindevertreter davon ausgehen und darin einig sind, das Entlassungsziel bei der wiederhergestellten Frau Müller könne nach dem Krankenhausaufenthalt in nichts anderem als in der Rückkehr in ihren Heimatort bestehen und die Gemeinde habe die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Der ärztliche Direktor der Anstalt Zwiefalten nimmt die Gemeinde mit großer Selbstverständlichkeit in ihrer Funktion als Zuständige und Verantwortliche für die nachstationäre Versorgung einer psychisch Kranken in Anspruch.

Hilfen bei der Existenzgründung und Existenzsicherung für die infolge längeren Krankenhausaufenthaltes sozial entwurzelte Frau, eben dieses erwartet der Direktor des Irrenhauses Zwiefalten von der Heimatgemeinde seiner Patientin. Die Bedingungen, die der genesenen, doch psychisch noch ungefestigten Frau ein Leben in ihrem Heimatort ermöglichen, werden klar von ihm benannt: Wohnung, Arbeit und ausreichende Mittel für den Lebensunterhalt. Interessant auch seine Begründung für die Gewährung einer finanziellen Hilfe. In einem Schreiben heißt es: *".....Ebenso wird es notwendig sein, der M. noch mehrere Jahre lang eine mäßige Geldunterstützung in angemessener Art zukommen zu lassen; ein Opfer, zu welchem sich die betreffenden Kassen (gemeint sind wohl die Hilfs- und Armenkassen) gegen die Gefahr eines Rückfalles und der damit bedingten, vielleicht lebenslänglichen Verpflegung in der Anstalt ohne Zweifel gerne verstehen werden."*

¹ Veltin A (1990) Die Notwendigkeit einer gemeindenahen Psychiatrie – zur Philosophie der Psychiatriereform und des Expertenberichtes. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.

Diese Sätze sind heute so aktuell wie damals: Der Hinweis auf die Bedeutung einer wirtschaftlich gesicherten Lebensführung eines Kranken für die Minderung des Rückfallrisikos, der Appell an die Kostenträger die notwendigen Mittel bereit zu stellen und sich dadurch die Finanzierung andernfalls zu erwartender Krankenhausaufenthalte zu ersparen, spielen auch in den gegenwärtigen Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern und damit in der gesamten Fortentwicklung der Gemeindepsychiatrie eine hervorragende Rolle.

Da mag sich jeder selbst fragen, wie die Lehren sind, die wir aus diesen inzwischen 164 Jahre alten schlichten und menschenfreundlichen Prinzipien gelungener psychiatrischer Versorgung bis heute gezogen haben. Um sich solche Fragen immer wieder zu stellen da braucht es einen Ort, einen Ausdruck und eine Zeit. Dazu braucht es „Fenster in die Vergangenheit“, so wie Sie hier im Museum geschaffen wurden.

Vielleicht auch deshalb, weil wir dazu neigen, von Generation zu Generation zu vergessen und Psychiatrie immer wieder gleichsam neu zu erfinden, vielleicht deshalb liest sich die die Geschichte der Psychiatrie mitunter wie eine Abfolge von gescheiterten Bemühungen, nun endlich die psychischen Krankheiten zu besiegen, zu überwinden, zu bewältigen oder gar auszumerzen.

Und oft, allzu oft hat die Psychiatrie dabei den Unterschied zwischen den psychischen Erkrankungen selbst und den an ihnen leidenden Menschen nicht beachtet. Sie hat Behandlungsmethoden erfunden und angewendet, die sich mehr gegen den Träger der Erkrankung denn gegen die Erkrankung richtete.

Und es gibt gegenteilige Beispiele. Eines, dass sich an diesem Ort und zu diesem Anlass geradezu aufdrängt, dass ist Hermann Simon und die Arbeitstherapie. Hier in Warstein, beim Bau dieser Anstalt hat er damit erste Erfahrungen gemacht. Er schreibt: *„In Warstein hatten wir das große Anstaltsgelände in einem sehr unfertigen und wüstem Zustand übernommen und dabei war der Krankenbestand zuerst nur gering. Das Bestreben bei der noch im Bau befindlichen Anstalt die umfangreichen Erdarbeiten, die Herstellung von Parkanlagen, Wegen usw. neben der großen Guts- wirtschaft mit eigenen Kräften zu erledigen, drängt dazu, unter den noch auf der Abteilung herumsitzenden und im Bett liegenden Kranken immer wieder neue Aushebungen für die Arbeit zu veranstalten und allmählich auch immer kühner auf recht*

zweifelhafte, unruhige und störende Elemente zurückzugreifen. Das Ergebnis überraschte insofern, als bald eine auffallend günstige Veränderung des ganzen Anstaltsbildes eintrat: Es wurde viel ruhiger und geordneter, als es vorher gewesen war und die gewohnten hässlichen Krankheitsbilder verschwanden allmählich“.²

In diesem widersprüchlichen Feld, da ist es die Pflicht derer, die heute Verantwortung tragen, die Geschichte zu bedenken.

Und da ist es gut und hilfreich, dass es hier in Warstein Menschen gibt, die historischen Erfahrungen sinnfälligen Ausdruck gegeben haben.

Sie haben das auch getan für das psychiatriehistorisch wohl bedeutsamste Thema, das von seiner Abgründigkeit nichts verloren hat – und heute aktueller ist denn je: Nämlich die so genannte Euthanasie.

Seit 1985 gedenken sie hier in Warstein an jedem Totensonntag der Opfer der deutschen Psychiatrie zwischen 1933 und 1945.

Vor zehn Jahren durfte ich selbst hier in der Treise-Kapelle aus diesem Anlass sprechen.

Da muss man sich die Frage stellen, wie es kommt, dass die aktuelle Debatte um die Euthanasie, die Sterbehilfe an vielen Orten so geschichtsvergessen geführt wird.

Was können wir aus der Geschichte der Psychiatrie lernen, wenn es um dieses Thema geht?

Zunächst einmal, dass die aktuelle Debatte über die Euthanasie so neu gar nicht ist.

Sie lässt sich nämlich zurückverfolgen bis in die Antike.

Aristoteles († 384 v. Chr.) etwa forderte, dass „*keine verkrüppelte Geburt aufgezogen werde*“.³ Das Lebensrecht des einzelnen Menschen bestimmte sich in der griechischen Kultur primär am Nutzen für die Gemeinschaft. Behindertes oder krankes Leben, das auf dauerhafte Behandlung oder Pflege angewiesen war, wurde als über-

² Teller C (1986) Ich muß wirken, solange es Tag ist. Biographische Anmerkungen zu Hermann Simon. In: Simon H Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Bonn; Psychiatrie Verlag: 168

³ Falk C M (1983) Geschichte und Bedeutung der Euthanasia Medica des 19. Jahrhunderts und ihr Einfluß auf die spätere Euthanasie und Ausübung der Sterbehilfe. Diss. Marburg: 10

große Belastung für die Gemeinschaft empfunden und aktiv getötet, oder dem Tod anheimgegeben.

Auch für alte Menschen galten im antiken Griechenland ähnliche Erwägungen, etwa wenn Euripides forderte: *„Solche, wenn sie der Welt nichts mehr nützen, sollten sich durch den Tod entfernen und den Jüngeren aus dem Wege gehen“*.⁴

Eine erste und bis in unsere Tage bedeutungsvolle Unterscheidung zwischen körperlich und psychisch kranken Menschen findet sich bei Platon († 427 v. Chr.), dem Lehrer des Aristoteles. Es heißt in Platons Staat: *„Richter und Ärzte sollen den an Leib und Seele wohl Geratenen Pflege angedeihen, die körperlich aber nicht gut veranlagt sterben lassen und die seelisch Mißratenen töten“*.⁵

Die zweite - historisch jüngere - Tradition geht auf die stoischen Philosophen zurück, die das selbstbestimmte und selbstbestimmende, autonome Individuum in das Zentrum ihrer Erwägungen rückten. Im Spannungsgefüge zwischen menschlicher Unabhängigkeit und Abhängigkeit wurde der Unabhängigkeit - der Freiheit - allemal der größere Wert zugeschrieben. Diese freiheitliche Selbstbestimmung sollte auch im Angesicht eines qualvollen Leidens Gültigkeit behalten. Gerade in einer Lebensphase, die durch schwere Schmerzen, Ängste, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und nahenden Tod gekennzeichnet sei, dürfe das Individuum nicht die Macht über das eigene Leben und den eigenen Tod verlieren. Im Angesicht eines solchen Schicksals sei das Recht auf einen selbstbestimmten Tod Ausdruck höchster menschlicher Freiheit. In diesem Sinne schien der Tod - eigenhändig oder mit fremder Unterstützung - nicht mehr als ein vom einzelnen Menschen unbeeinflussbarer Endpunkt eines schicksalhaften Lebenslaufes, sondern höchster Ausdruck freier Willenstätigkeit. Seneca schreibt: *„Früher oder später sterben, darauf kommt es nicht an; wohl aber darauf, gut oder übel zu sterben. Gut sterben heißt, der Gefahr, übel zu leben, zu entgehen“*.⁶

Diese Denktradition findet ihre Fortsetzung in der abendländisch-idealistischen Philosophie. Insbesondere F. Nietzsche sah in der Möglichkeit, in allen Situationen Herr über das eigene Leben und den eigenen Tod zu sein, die unabdingbare Voraussetzung für ein freies und würdiges Leben. In seiner Rede „vom freien Tod“ ließ Nietz-

⁴ Potthoff Th (1982) Euthanasie in der Antike. Diss. Münster: 172

⁵ Falk C M (1983) Geschichte und Bedeutung der Euthanasia Medica des 19. Jahrhunderts und ihr Einfluß auf die spätere Euthanasie und Ausübung der Sterbehilfe. Diss. Marburg: 10

⁶ Falk C M (1983) Geschichte und Bedeutung der Euthanasia Medica des 19. Jahrhunderts und ihr Einfluß auf die spätere Euthanasie und Ausübung der Sterbehilfe. Diss. Marburg: 9

sche Zarathustra schon 1885 sagen: „*Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich es will*“.⁷ Unfrei, unwürdig und letztlich lebensunwert sei es - so Nietzsche - verwehre man dem Menschen das Recht auf den *freien Tod*. Der Mensch sei dann ein fremdbestimmtes, ohnmächtiges Opfer eines schicksalhaften Sterbeprozesses, auf den er keinerlei Einfluss habe. Ein solches Tabu sei aber weder mit den Prinzipien der Menschenwürde noch mit dem Grundrecht auf selbstbestimmtes Handeln vereinbar und somit letztlich unfrei, unwürdig und wertlos.

Zeitlich etwas früher entwickelte Charles Robert Darwin (1809 - 1882) seine Evolutionstheorie. Sein Hauptwerk „*On the Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*“ erschien 1859. Darwins Theorie der Evolution durch natürliche Selektion besagt, dass die Individuen einer Population alle verschieden voneinander sind. Von diesen sind bestimmte Individuen an die herrschenden Umweltbedingungen besser angepasst als andere und haben damit größere Überlebens- und Fortpflanzungswahrscheinlichkeiten. Die genetische Beschaffenheit dieser besser angepassten Individuen wird durch Vererbung an folgende Generationen weitergegeben. Dieser schrittweise (graduelle) und kontinuierliche Prozess bewirkt die Evolution der Arten.

Während Darwin die Evolution des Naturgeschehens beschrieb und deutete, übertrugen die so genannten Sozialdarwinisten - Francis Galton,⁸ ein Vetter Darwins, Joseph Arthur de Gobineau⁹ und Huston Stewart Chamberlain¹⁰ - die Darwin'sche Evolutionstheorie der Natur durch *natürliche Selektion* auf soziale, politische und ethische Zusammenhänge. Besondere Bedeutung erfuhren in diesem Kontext die vermeintlich schädlichen Auswirkungen der Zivilisation. Diese Segnungen der Moderne in Form von sozialen, hygienischen und medizinischen Standards seien die Hauptursache für die fehlende natürliche Weiterentwicklung der Menschheit und das Ausbleiben des immerwährenden Fortschritts. Demzufolge müsse die fehlende natürliche Selektion durch eine gesellschaftliche Auslese ergänzt bzw. ersetzt werden. Zugunsten der Selektionsthese trat die ursprüngliche Evolutionsthese immer weiter in den Hintergrund. So entstand die - „wissenschaftlich“ legitimierte - Notwendigkeit,

7 Nietzsche F (1994) Also sprach Zarathustra. Stuttgart; Reclam: 73

8 Galton F (1869) Hereditary Genius, its Laws and Cesequences. London

9 Gobineau J. A. G (1935) Die Ungleichheit der Menschenrassen. Berlin

10 Chamberlain H S (1899) Die Grundlagen des 19. Jahrhunderts. München

Kriterien für einen gesellschaftlichen Selektionsprozess zu begründen. Diese *wissenschaftlichen* Begründungen lieferte die zunehmend an Bedeutung gewinnende Disziplin der Rassenkunde bzw. Rassenhygiene. Durch die modernen und »unnatürlichen« Lebensumstände seien die Menschen aufgrund der hygienisch-medizinischen und sozialen Errungenschaften dem unmittelbaren, kompromißlos-natürlichen Selektionsprozess entzogen. Dies habe die fehlende Auslese »erbgesunder« Menschen zur Folge. Galton prägte den Begriff der Eugenik, der Lehre von der Verbesserung der Erbanlagen einer ganzen Rasse. Die weitere Entwicklung zeitigte einen erheblichen Ausbau der Lehre von der Rassenkunde und der Rassenhygiene. Dies fand nicht nur in zahlreichen Publikationen, sondern auch in einem deutlichen Anstieg der Zahl der Lehrstühle für Rassenkunde, Rassenhygiene und Rassenanthropologie seinen Ausdruck.¹¹

Die Rassenanthropologie hatte sich zwischenzeitlich zu einem zentralen sozialen und politischen Denkmodell entwickelt und sollte später grundlegende Bedeutung erlangen für die »*Schaffung eines neuen Menschen und eines neuen Volkes in einer neuen Ordnung*«. Sich gründend auf die unerschütterliche Überzeugung von der Erbllichkeit aller menschlichen Seinsweisen, allen menschlichen Verhaltens wurden die Sterilisation und die Euthanasie als rassehygienisch wirksamste Steuerungsinstrumente zur Erhaltung und Auffrischung der Rasse begriffen, beschrieben und propagiert. Dabei handelte es sich beim Rassebegriff weniger um wissenschaftlich begründbare Unterscheidungsmerkmale zwischen den Völkern, als vielmehr um einen politischen Kampfbegriff gegen Krankheit und Anderssein.

Schon sehr früh wurden die Grenzen zwischen der Tötung auf Verlangen und der Tötung unheilbar kranker und schwachsinniger Menschen verwischt.

Bereits 1895 legte A. Jost in „Das Recht auf den Tod“ seine Beweggründe für diese Forderung dar. Das Recht auf den Tod sei abhängig vom Wert des Menschenlebens. Der Wert des Lebens bestimme sich zum einen aus der Summe von Nutzen und Schaden, den dieses Leben für die Allgemeinheit habe. Zum anderen sei der Wert des Lebens abhängig von der Summe von Freude und Schmerz des einzelnen Individuums. Sowohl dem Tode geweihte Menschen als auch geistig und körperlich behinderte Menschen waren für Jost *Unheilbare*. *Unheilbarkeit* und der dann unvermeidliche, zwecklose und nutzlose Leidensprozess sei dem Einzelnen nicht zuzumuten, aber auch für die Gesellschaft unerträglich, etwa wenn man bedenke, „*was ein*

¹¹ Vgl.: Günther M (1982) Die Institutionalisierung der Rassenhygiene an den deutschen Hochschulen vor 1933. Diss. Mainz.

*solcher an Lebensmitteln, Pflege etc. braucht, ferner was er in vielen Fällen einerseits als physischer Ansteckungsherd für seine Umgebung bedeutet, andererseits als Träger einer geistigen Infektion durch den deprimierenden Einfluß auf die Gemüther in seiner Nähe“.*¹² Andererseits sollten die Konsequenzen aus der Einsicht in die *Unheilbarkeit* aber auch der freien Willensentscheidung des leidenden Individuums vorbehalten sein, dem dann die letzte Entscheidung bleibe. Jeder, dessen Lebenswert durch Krankheit verloren gegangen sei - so Jost - solle ein Recht auf den Tod haben, Geisteskranke sollten dagegen auch ohne ihre Zustimmung getötet werden.¹³

In vielen Veröffentlichungen zu diesem Problembereich gewannen gesellschaftliche und ökonomische Interessen eindeutig die Überhand gegenüber jenen des einzelnen Menschen.

1920 erfuhr die Auseinandersetzung um die Euthanasie durch die Veröffentlichung des Juristen Binding und des Psychiaters Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ eine vorläufige Zuspitzung. Neben sterbenden Menschen sollten *unheilbar Blödsinnige* getötet werden. Die Tötung solcher Menschen sei eine „*Pflicht gesetzlichen Mitleids*“, ein solches Leben sei nutzlos und „*ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke*“.¹⁴ Die Euthanasie wurde in dieser stark beachteten Schrift in erster Linie mit der Wertlosigkeit eines solchen Lebens begründet. Weder für den betroffenen Menschen selbst, noch für seine Angehörigen oder die Gesellschaft habe das Weiterleben unter solchen Umständen irgendeinen Wert. Im Gegenteil: Binding und Hoche sprechen von *Halb-, Viertels- und Achtelskräften, Ballastexistenzen, Menschenhüllen und Vollidioten*. Sie suchen den Nachweis zu erbringen, „*welches ungeheure Kapital in Form von Nahrungsmitteln Kleidung und Heizung, dem Nationalvermögen für einen unproduktiven Zweck entzogen wird*“.¹⁵

1922 richtete der Biologe Ernst Mann seine „Vier Forderungen der Barmherzigkeit“ an den deutschen Reichstag. Darin forderte er die schmerzlose Vernichtung von: „*Geisteskranken, Sterbenden, Lebensmüden, verkrüppelten Kindern*.“¹⁶ Ausdrücklich untermauerte Mann 1922 seine Forderungen mit dem hohen Erkenntnisstand und den großen Möglichkeiten der modernen Medizin: „*Es hat noch nie in der Welt so*

12 Jost A (1895) Das Recht auf den Tod. Sociale Studie. Göttingen; Dietrich'sche Verlagsbuchhandlung: 23

13 Jost A (1895) Das Recht auf den Tod. Sociale Studie. Göttingen; Dietrich'sche Verlagsbuchhandlung: 32

14 Binding K Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig: 31

15 Binding K Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig: 54

16 Reumschüssel P (1968) Euthanasiepublikationen in Deutschland - Eine kritische Analyse als Beitrag zur Geschichte der Euthanasieverbrechen. Diss. Greifswald: 24

*tiefes, langandauerndes, weitverbreitetes Elend gegeben wie heutzutage, wo Chirurgie und Arztkunst ihre höchsten Triumphe feiern."*¹⁷

Parallel zur stürmischen Entwicklung der Eugenik, Rassenkunde und Rassenhygiene hatte sich seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts ein erheblicher Wandel im Umgang mit psychisch kranken Menschen vollzogen. Getragen von einem großen therapeutischen Optimismus und Fortschrittsglauben in dieser Epoche erfuhr das staatliche „Irrenwesen“ einen erheblichen Ausbau. Viele der fortschrittlich orientierten und reformfreudigen Psychiater hatten Anstaltsneubauten und die Institutionalisierung der Versorgung psychisch Kranker nachhaltig unterstützt. *„1880 wurden in sämtlichen preußischen Irrenanstalten [. . .] 27.000 Fälle gezählt; 1910 waren es 143.000“*.¹⁸ *1880 kamen auf 100.000 Einwohner 98 in Irrenanstalten behandelte Fälle; 1910 waren es 356.*¹⁹ Während dreier Jahrzehnte also hatte sich die Zahl der stationär behandelten Psychiatriepatienten mehr als verfünffacht. Hier in Warstein waren 1905 335 Patienten, 1914 waren es bereits 1431.²⁰ Verbunden mit diesem erheblichen Ausbau der stationären Psychiatrie war die Hoffnung, man könne auf diese Weise psychische Krankheiten „besiegen“. Aber allen hohen Erwartungen zum Trotz: der erhoffte therapeutische Fortschritt blieb aus, der Psychiatrie als wissenschaftlicher Disziplin im Kanon der übrigen medizinischen Fachrichtungen blieben die großen Entwicklungssprünge versagt. Die Behandlung des einzelnen kranken Menschen war vor wie nach zeitaufwendig, mühselig und schwierig; das Bemühen um Ursachenforschung und die Entwicklung effektiver Behandlungsverfahren von wenig Erfolg gekrönt. Und so mag es auch eine Folge enttäuschter Hoffnungen einer Generation von Psychiatern sein, dass sich die Priorität von der wenig erfolgreichen Behandlung einzelner Menschen hin zum Streben zur aussichtsreicher erscheinenden „Behandlung des Volkskörpers“ verschob. Wie leicht eine vordergründig fortschrittlich und am Einzelfall orientierte Grundhaltung umschlagen kann in einen „Fortschrittsglauben“, der sich einer „höheren Ebene“, dem „Volksganzen“ verpflichtet fühlt, dass wird bei vielen Biografien damaliger Psychiater deutlich. Nicht wenige waren zunächst Optimismus und Engagement dem einzelnen psychisch kranken Menschen verpflichtet, beteiligt an der Entwicklung der „offenen Irrenfürsorge“, einem Konzept, das heute als sozialpsychiatrisch bezeichnet werden würde. Später dann hat er sich - nicht zu-

17 Mann E (1922) Die Erlösung der Menschheit vom Elend. Weimar: 32

18 Blasius D (1990) Der verwaltete Wahnsinn. Frankfurt/Main; Fischer Verlag: 79

19 Blasius D (1990) Der verwaltete Wahnsinn. Frankfurt/Main; Fischer Verlag: 82

20 Teller C (1986) Ich muß wirken, solange es Tag ist. In: Simon H Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Nachdruck . Bonn; Psychiatrie Verlag: 169

letzt aufgrund enttäuschter Reformervwartungen - zu einer zentralen Figur der Nazi-Euthanasie entwickelt. Besonders bemerkenswert erscheint, mit welcher Leichtigkeit auf dem Altar des übergeordneten Fortschritts, der in der Befreiung einer ganzen Gesellschaft von Fürsorgelasten, der Verbesserung der Erbanlagen eines ganzen Volkes und in der „Erlösung der Menschheit vom Elend“ (Ernst Mann) besteht, der einzelne Mensch buchstäblich geopfert wurde.²¹

Es waren insbesondere Rassehygieniker, Ärzte und Juristen, aber auch Theologen, die für die Euthanasie eintraten. Selbstverständlich ist eine solche Entwicklung aufs Engste verwoben mit dem Zustand der nationalen Wirtschaft, der Weltwirtschaftskrise, der Finanznot der Weimarer Republik, dem verlorenen ersten Weltkrieg in Deutschland und dem „Diktat von Versailles“. So hieß es denn auch in der Rede Adolf Hitlers auf dem Nürnberger Parteitag von 1929: *„Würde Deutschland jährlich eine Million Kinder bekommen und sieben- bis achthunderttausend der Schwächsten beseitigen, dann würde am Ende das Ergebnis vielleicht sogar eine Kräftesteigerung sein. Das Gefährliche ist, daß wir selbst den natürlichen Ausleseprozess abschneiden“*.²²

Die formlose und rückdatierte Ermächtigung des Führers zur Euthanasie stellt keinen überraschenden und voraussetzungslosen Sprung in der Geschichte dar. Vielmehr war diese Entwicklung lange, bevor die Nationalsozialisten Taten folgen ließen, ideengeschichtlich, ökonomisch, sozialpolitisch und propagandistisch vorbereitet worden. Hitler verfaßte im Oktober 1939 den auf das Datum des Kriegsbeginns rückdatierten Erlaß: *„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich bekannter Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“*.²³

Die Zentrale der Tötungsorganisation war in der Berliner Tiergartenstraße 4 angesiedelt. So ging die Euthanasieaktion der Nationalsozialisten unter dem Kürzel Aktion T4 in die Annalen der Geschichte ein. Man muss davon ausgehen, dass zwischen 1939 und 1945 eine perfekt organisierte psychiatrische Tötungsmaschinerie etwa 260.000 psychisch kranke und geistig behinderte erwachsene Menschen²⁴ und min-

21 Pötzl U (1995) Sozialpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung. Valentin Valthausen, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee in der Zeit des Nationalsozialismus. Husum; Matthiesen Verlag

22 Bock G (1986) Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Opladen; Westdeutscher Verlag: 238

23 Mitscherlich A Mielke F (1978) Medizin ohne Menschlichkeit. Frankfurt/Main; Fischer Taschenbuch Verlag: 184

24 Schmuhl H W. Die Patientenmorde. In: Ebbinghaus A Dörner K. (2001) Vernichten und Heilen. Berlin; Aufbau Verlag: 297

desten 5000 Kinder ermordete.²⁵ Unter den Opfern auch 1576 Patienten aus Warstein.

Dass, was ich Ihnen in den letzten Minuten vorgetragen habe, dass wird in der angelsächsischen Literatur mit dem verharmlosenden Begriff der »NS-Analogie-These« beschrieben.

In der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft kam die Diskussion um die Euthanasie bis in die siebziger Jahre praktisch nicht vor. Nachhaltig hatten die im Namen der Menschlichkeit begangenen Gräueltaten dies Thema tabuisiert. Erst mit erheblicher zeitlicher Distanz gewinnt die öffentlich geführte Debatte um die Euthanasie wieder zunehmend an Bedeutung. Die Sorgen um die Verhütung des Nachwuchses von geistig und psychisch behinderten Menschen, das geforderte *Recht auf einen würdigen Tod* als Ausdruck höchster menschlicher Freiheit, oder gar die Frage, ob man behinderten Neugeborenen nicht besser eine angeblich qualvolle Existenz erspare, indem man sie töte, werden - mit wohlbekanntem Argumenten - wieder diskutiert. Selbst Hinweise auf die *Kostenexplosion im Gesundheitswesen* und die Überalterung der Bevölkerung sind in diesem Zusammenhang vereinzelt zu lesen und zu hören.

Insofern dürfte die Entscheidung schwierig sein, ob es sich bei den artikulierten und publizierten Todeswünschen nicht vielmehr um die Angst vor dem schlechten, allerorten mitleidig-abgewerteten Leben handelt, denn um echte Todessehnsucht.

Es lässt sich unschwer erkennen, in welchem hohem Maß ein individuell artikulierter Todeswunsch abhängig ist von unserer aller Einstellung zum Leben und den Anstrengungen, die zur Erhaltung des Lebens von uns für notwendig erachtet werden.

Durchgängig in der aktuellen Kontroverse sind die altbekannten Argumente auszumachen.

Es geht vorgeblich um das Mitleid mit den sterbenden, schmerzgequälten Kranken, mit jenen, die schwerstbehindert sind und Eigenschaften wie Rationalität, Autonomie und Persönlichkeit angeblich nicht besitzen.

Daneben wird ganz auf die Entscheidungsfreiheit des einzelnen abgehoben. Seine

²⁵ Klee E (1995) Euthanasie im NS-Staat. Frankfurt/Main; Fischer Verlag: 295ff.

Entscheidung für den Tod sei Ausdruck höchster menschlicher Würde in Selbstbestimmung.

Wer immer beurteilt und/oder entscheidet, der Betroffene selbst oder ein anderer: die Entscheidung wird beeinflusst werden davon, wie viel an Wert dem eigenen oder auch dem fremden Leben unter bestimmten Umständen zugesprochen wird. Diese Wertung vollzieht sich sicher nicht unabhängig davon, wie viel an Bemühen und Anstrengungen die Menschen einer Gesellschaft unternehmen, ihre kranken, alten, sterbenden und behinderten Mitglieder menschenwürdig und bedürfnisgerecht zu behandeln oder zu betreuen.

Immerhin sollte man in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt lassen, dass sich insgesamt 7795 Personen aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern im deutschen Gesundheitswesen an einer groß angelegten Untersuchung beteiligt haben. Unter anderem war folgende Frage zu beantworten:

*Sind Sie der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines leidenden/sterbenden Menschen aktiv zu beenden?*²⁶ Mehr als in jedem anderen Tätigkeitsfeld wurde in der Psychiatrie die aktive Beendigung des Lebens eines leidenden/sterbenden Menschen unter bestimmten Umständen befürwortet.

Die Praxis in Holland sieht mittlerweile so aus, dass ein Arzt straffrei bleibt, wenn er die vom Gesetz vorgeschriebenen so genannten Sorgfaltskriterien einhält. Grundvoraussetzungen für die Gewährung von Euthanasie sind: freiwilliges Verlangen nach Tötung bei Vorliegen eines unerträglichen und unheilbaren Leidens. Dagegen ist die Tötung durch den Arzt ohne ausdrückliche Bitte des Patienten per definitionem keine Euthanasie und wird nach holländischem Strafrecht wie Totschlag oder Mord geahndet.

Ein „aussichtsloser Zustand“ wird nach medizinischen Kriterien festgestellt und bedeutet, dass sich der Zustand des Patienten nicht mehr bessern kann. Auch psychisches Leid, z.B. eine Depression wird als „unerträgliches Leiden“ akzeptiert. Bereits 1994 hatte der niederländische Psychiater B. E. Chabot der 50jährigen Sozialarbeiterin Netty Boomsma eine tödliche Giftdosis zur Verfügung gestellt. Sie hatte nach ihrer

²⁶ Beine K (1998) Sehen Hören Schweigen. Freiburg; Lambertus Verlag: 325

Scheidung und dem Tod ihrer beiden Kinder den Lebensmut verloren. Der oberste Gerichtshof sah von einer Strafverfolgung ab und erklärte, dass auch dann eine Not-situation im Sinne des Gesetzes vorliegen könne, wenn ein Patient nicht körperlich leide und sich nicht in der Sterbephase befinde.

Um die Praxis der Ärzte in Holland heraus zu finden, wurden diese in anonymisierter Weise befragt, in wie vielen und welchen Fällen sie das Leben von Patienten beendet und in welchem Maße sie sich an die vorgeschriebenen Sorgfaltspflichten gehalten hätten.

Das Ergebnis: Aktive Sterbehilfe wurde 1990 bei 2300, 1995 bei 3200 und 2001 bei 3500 Menschen durchgeführt.

Bei 1000 (1990) und jeweils 900 (1995 und 2001) Patienten wurde dagegen die aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliche Bitte der Betroffenen ausgeführt. Als Gründe für die Tötung ohne Verlangen nannten die Ärzte: „Jede medizinische Maßnahme war aussichtslos geworden“ (67%), „keine Aussicht auf Besserung“ (44%), „die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen“ (38%), „geringe Lebensqualität“ (36%) (auch hier waren Mehrfachnennungen möglich).

1984 hat die Königliche Niederländische Ärztesgesellschaft erklärt, dass sie die Voraussetzung der Freiwilligkeit nicht wörtlich nimmt bei Patienten, die ihren Willen nicht bestimmen können. Auch die holländische Justiz hat sich nicht strikt an die Bedingung der Freiwilligkeit gehalten. 1989 wurde ein Kind mit Down-Syndrom und angeborenem Darmverschluss geboren. Auf Verlangen der Eltern hat der verantwortliche Arzt das Kind nicht operiert, das Kind starb an den Folgen seines Darmverschlusses. Der zuständige Richter verurteilte den Arzt nicht, weil ein Sachverständiger ausgeführt hatte, dass das Down-Syndrom des Kindes nach einer Operation sowohl für das Kind als auch für seine Eltern ein ernstes Leiden dargestellt hätte. Nicht die Selbstbestimmung gab also den Ausschlag, sondern die Unterstellung eines unerträglichen und aussichtslosen Leidens, also die Lebensqualität. Und es ist die Belastung für die Gesellschaft – in diesem Falle die Eltern – die zur Begründung herhalten muss.

Da erstaunt es wenig, dass mittlerweile 16 000 Holländer eine „Lebenswunsch“-Erklärung oder eine „CredoCard“ stets mit sich tragen, in der sie sich gegen jede Art der Euthanasie bei ihnen selbst verwahren.²⁷

Durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe stellt sich zunehmend und schleichend eine gesellschaftlichen Akzeptanz dieses Vorgehens ein. Es droht die Gefahr, dass aus dem „Recht auf den eigenen Tod“ irgendwann die „Pflicht zum eigenen Tod“ wird. Bei einer derartigen Legalisierung geraten zwangsläufig mehr und mehr Menschen, die trotz psychischer oder organischer Leiden und unheilbarer Krankheit weiterleben oder ihre moribunden Angehörigen am Leben lassen wollen, in einen Rechtfertigungszwang.

Die mittlerweile gut belegten Erfahrungen der Hospize und der Palliativmedizin zeigen: Je mehr menschliche Zuwendung und effektive Schmerzstillung die Kranken erfahren, desto mehr nehmen sie ihren bevorstehenden Tod an und versuchen, die ihnen noch verbleibende Zeit so erfüllt wie möglich zu leben. In gleichem Maße nimmt der Wunsch nach einer vorzeitigen ärztlichen Beendigung ihres Lebens ab.

So können wir schon heute wissen, dass die Legalisierung der Euthanasie keine Hilfe ist, sondern die Verweigerung der medizinischen, pflegerischen und menschlichen Zuwendung.

In der deutschen Geschichte hat die Relativierung des Lebensrechtes unfaßliches Grauen über die Menschen gebracht. Hunderttausende von Menschen wurden der industriell organisierten Tötung anheimgegeben. Auch gegenwärtig vermag niemand vorwegzunehmen, welche möglichen Konsequenzen das in Frage stellen der Unantastbarkeit des Lebensrechtes hat. Im Zweifel aber – und nur so kann die historische Erkenntnis zu diesem Thema heißen – sollten wir daran festhalten, was Renate Schneider im November 1986 hier in Warstein formuliert hat: „Ich möchte an der Hand eines Menschen sterben, nicht durch die Hand eines Menschen“.²⁸

²⁷ Oduncu F S Eisenmenger W (17.07.2003) Geringe Lebensqualität. Süddeutsche Zeitung: 11

²⁸ Westfälische Klinik Warstein (Hrsg.) (1995) Dass diese Kliniken zu unserer Stadt gehören. Warstein: 18

Niemals hat sich Geschichte wiederholt in genau gleicher Weise. Und häufig wurde erst in der Rückschau erkennbar, dass die Irrtümer und Fehler einer Epoche sich schon vorher abzeichneten.

Das sollten wir aus der Geschichte unseres Faches lernen: Fast zu allen Zeiten haben psychiatrisch tätige Menschen für sich in Anspruch genommen, das jeweils optimale für die ihnen anvertrauten Menschen erreichen zu wollen, fortschrittlich zu handeln. Leider haben sich diese Bemühungen nicht selten als unzureichend und fragwürdig erwiesen – mitunter sogar als tragisch.

Misstrauen wir daher einstweilen dem unreflektierten Glauben an unsere eigene Fortschrittlichkeit, misstrauen wir den geschlossenen Lehrgebäuden, den hermetischen Konzepten, den letzten Wahrheiten und den schnellen, angeblich effektiven Lösungen. Und bleiben wir dem einzelnen Patienten, der Person, dem Menschen verpflichtet.

Bemühen wir uns darum, historische Erfahrungen und zukünftige Auswirkungen gegenwärtiger Diskussionen und Entscheidungen mitzubedenken. Mir scheint, wir könnten uns so ein wenig davor schützen, der Geschichte vergeblicher oder gar schädlicher Reformbemühungen ein weiteres Kapitel hinzuzufügen.

Um dies Ziel zu erreichen, da bedarf es des Erinnerns. Psychoanalytisch gesprochen: Erinnern und Durcharbeiten. Den Ort und die Räume dafür, die haben Sie hier in Warstein geschaffen. Ob uns das gelingt, aus der Erinnerung heraus, Gegenwart und Zukunft verantwortlich zum Wohle der uns anvertrauten Menschen zu gestalten – das werden nachfolgende Generationen entscheiden. Sie haben hier in Warstein ein gelungenes Zeichen gesetzt für die unauflösliche Verbindung von Erinnern und Durcharbeiten und der verantwortlichen Gestaltung der Gegenwart.

Vergessen wir am Ende nicht, dass er wahr bleibt, der Satz des dänischen Philosophen Søren Kierkegaard: „Das Leben wird vorwärts gelebt und rückwärts verstanden“.

Hamm, im April 2005